



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

OPINIÃO PÚBLICA SOBRE A PSICOLOGIA EM PORTUGAL  
CONTRIBUIÇÕES PARA AMPLIAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE  
PSICOLOGIA CLÍNICA E DE PSICOTERAPIA  
JORGE MANUEL AMARAL RAMOS

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA.

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DANIEL CUNHA MONTEIRO DE SOUSA.

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do  
Professor Doutor Daniel Cunha Monteiro de Sousa,  
apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de  
grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## AGRADECIMENTOS

Tive a felicidade de nascer num país onde o mar suscita curiosidade, respeito e um espírito orientado para o descobrir, para o investigar, para a exploração, bem como de coragem para arregar riscos, mar afora. Portanto, começo por agradecer a Portugal pelo seu legado de cientificidade implícita e imanente. Também tive a felicidade de nascer numa família onde o amor genuíno, o espírito de partilha, a resiliência e a apreciação da excelência foram pilares para a construção da minha personalidade, da qual, muito narcisicamente me orgulho. Portanto, agradeço aos meus pais pela minha existência biopsíquica e pelos valores humanos e profissionais que fui cristalizando em mim. Também tive a felicidade de contrair matrimónio com um ser humano exemplar, na sua dignidade, na sua congruência, no seu surpreendente talento para simplificar a complexidade, no seu humor, positivismo realista e, sobretudo, na sua capacidade de amar. Portanto, agradeço à minha esposa, Sandra Ramos, por todas estas, e outras, dimensões internas, cuja expressão e presença na nossa relação, foram positivamente preponderantes no percurso destes últimos cinco anos.

Os meus agradecimentos vão também para o Professor Doutor Daniel Sousa pela sua disponibilidade, pelas suas orientações e confiança nas minhas competências académicas, deixando-me uma muito agradável sensação de autonomia e de liberdade para expressar a síntese de nove anos de aprendizagens psicolinguísticas, mas sabendo intervir cirurgicamente em aspetos (e.g., sugerindo a transposição da dimensão qualitativa deste estudo para uma contingencial tese de doutoramento) que possibilitaram a conclusão desta tese no tempo previsto. Agradecimentos também para a Professora Doutora Stefanía Ægisdóttir pela sua incrível rapidez e clareza nos seus esclarecimentos às minhas dúvidas relativas ao instrumento psicométrico que adaptei. Agradeço também o importante apoio que recebi dos Professores Doutores James Gaskin, Jason Ravitz, João Marôco e Victor E. C. Ortuño, em questões relacionadas com estatística. Também agradeço as contribuições para a adaptação linguística do já referido instrumento, nomeadamente, dos Professores Doutores Carol Melo, Elisabeth Wood, Rui Zink e Stefanía Ægisdóttir, dos Doutores Ana Rangel, Christopher Goulding, Karina de Sousa, Kathryn Shah e Michele Costa, bem como às crianças (e seus pais) que tiveram a desconcertante tarefa de ler um questionário para adultos a fim de identificar palavras ou expressões semanticamente desconhecidas. Também agradeço a paciência e a disponibilidade (e muitas palavras de incentivo) das 879 pessoas que completaram o questionário para esta tese. E agradeço a Kelly Gordon e a Dean Kay por terem escrito uma das minhas músicas companheiras neste percurso, interpretada por Frank Sinatra: *That's Life!*

## RESUMO

**Objetivos:** Inexistindo estudos focados na opinião pública sobre a psicologia em Portugal, definiram-se três objetivos: (1) obter opiniões sobre os psicólogos clínicos comparativamente a outros profissionais de saúde; (2) adaptar uma escala que capta atitudes sobre: tolerância ao estigma, percepção de competência dos psicólogos e intenção de adesão psicoterapêutica; (3) cruzando estas duas fontes, contribuir para uma melhor interface psicólogos-público.

**Métodos:** Estudo quantitativo ( $N = 879$ ) que usou uma escala de diferencial semântico (Nunnally & Kittross, 1958) e a *Beliefs About Psychological Services* ou BAPS (Ægisdóttir & Gerstein, 2009), que foi sujeita a quatro análises fatoriais. Os resultados foram analisados com os *softwares* IBM-SPSS e IBM-AMOS, com um nível de significância  $\leq .05$ .

**Resultados:** Validaram-se duas versões da BAPS: uma estrutura trifatorial com 18 itens e uma tetrafatorial com 26 itens. A opinião pública sobre os profissionais de saúde é positiva, mas os psicólogos são percecionados numa posição intermédia entre os grupos avaliados com maior e menor favorabilidade. O público percebe utilidade nos serviços de psicologia, mas a percepção da velocidade do processo e da humanidade dos psicólogos (mas não o estigma social) poderão inviabilizar uma maior adesão terapêutica.

**Conclusões:** Urge informar o público sobre os serviços de psicologia, pois face à elevada prevalência de perturbações mentais na população portuguesa os psicólogos clínicos são recursos humanos subaproveitados, que podem contribuir para alavancar a economia. Mas importa continuar a investir na capacidade preditiva, na investigação, na automonitorização e na atualização da formação, para aumentar a qualidade dos serviços dos psicólogos clínicos.

**Palavras-chave:** opinião pública, psicologia clínica, adesão terapêutica, estigma, BAPS-*Beliefs About Psychological Services*

## ABSTRACT

**Objectives:** In the absence of studies focused on public opinion about psychology in Portugal, three objectives were defined: (1) to obtain opinions about clinical psychologists compared to other health professionals; (2) to adapt a scale to capture attitudes about: stigma tolerance, psychologists' expertness, and intention of psychotherapeutic adherence; (3) by crossing these two sources, contribute to a better psychologists-public interface.

**Methods:** Quantitative study (N = 879) that used a semantic differential scale (Nunnally & Kittross, 1958) and the *Beliefs About Psychological Services* or BAPS (Ægisdóttir & Gerstein, 2009), which was subjected to four factorial analyzes. The results were analyzed with IBM-SPSS and IBM-AMOS software, with a significance level  $\leq .05$ .

**Results:** Two versions of the BAPS were validated: a trifactorial structure with 18 items, and a tetrafactorial structure with 26 items. Public opinion on health professionals is positive, but psychologists are perceived in an intermediate position among the groups evaluated with more, and less favorability. The public perceives utility in psychological services, but the perception of the speed of the process, and the humanity of psychologists (but not the social stigma) may thwart a greater therapeutic adherence.

**Conclusions:** It is vital to inform the public about psychology services, because given the high prevalence of mental disorders in the Portuguese population, clinical psychologists are underused human resources, which can contribute to the economic growth. But, it is important to continue investing in predictive capacity, research, self-monitoring and updating of training, to increase the quality of the services provided by clinical psychologists.

**Keywords:** public opinion, clinical psychology, therapeutic adherence, stigma, BAPS-Beliefs About Psychological Services

## ÍNDICE

Abreviaturas .....	XV
Figuras .....	XVI
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	1
2.1 O Início dos Estudos sobre a Imagem Pública da Psicologia .....	1
2.2 Os Anos 50 e a Primeira Grande Intervenção da APA .....	1
2.3 Os Anos 60-70 e a Ambivalência dos Estudos Comparativos.....	2
2.4 Os Anos 80 e a Segunda Grande Intervenção da APA .....	3
2.5 Os Anos 90 e o Efeito de Montanha Russa.....	5
2.5.1. A terceira grande intervenção da APA.....	6
2.6 Continuação do Problema da Iliteracia Psicológica Pública.....	7
2.7 O Aprofundamento dos Estudos sobre a Opinião Pública.....	8
2.8 Primeiras Reflexões Sobre a Opinião Pública Acerca da Psicologia.....	9
2.9 Fatores Associados à Ambivalência Pública sobre a Psicologia .....	10
2.9.1. As grandes críticas à psicologia .....	11
2.9.2. Potenciais fontes do ceticismo público .....	11
2.9.3. Barreiras à procura de apoio psicológico .....	11
2.9.4. Cinco potenciais mediadores da adesão terapêutica.....	12
2.9.5. O estigma e a adesão terapêutica.....	12
2.10 O Contexto Português .....	13
2.10.1. Estudos preliminares: perspetivas das pessoas e dos clínicos .....	16
2.11 Pertinência, Objetivos, Questões de Investigação e Hipóteses.....	17
2.11.1. Questões de investigação .....	17
2.11.2. Objetivos .....	17
2.11.3. Hipóteses .....	17
3 MÉTODO.....	18
3.1 Delineamento .....	18
3.2 Participantes .....	18
3.2.1. Tipo de amostra.....	19

3.3	Procedimentos .....	19
3.3.1.	Adaptação linguística da EDS .....	19
3.3.2.	Adaptação linguística da BAPS .....	20
3.3.3.	Divulgação do questionário.....	21
3.3.4.	Preparação dos dados .....	22
3.4	Instrumentos.....	22
3.4.1.	Escala de Diferencial Semântico.....	22
3.4.2.	A Escala BAPS.....	23
3.4.3.	O Questionário .....	24
4	ANÁLISES FATORIAIS – ESTUDO 1 .....	25
4.1	Análise Fatorial Confirmatória .....	25
4.1.1.	Procedimentos .....	25
4.1.2.	Participantes .....	26
4.1.3.	Resultados .....	26
4.2	Análise Fatorial Exploratória .....	28
4.2.1.	Procedimentos .....	28
4.2.2.	Participantes .....	29
4.2.3.	Resultados .....	29
4.3	Plano de Melhoria das Qualidades Psicométricas da BAPS-PT.....	31
5	ANÁLISES FATORIAIS – ESTUDO 2 .....	33
5.1	Procedimentos Preliminares.....	33
5.2	Análise Fatorial Confirmatória .....	34
5.2.1.	Procedimentos .....	34
5.2.2.	Participantes .....	35
5.2.3.	Resultados .....	35
5.3	Análise Fatorial Exploratória .....	38
5.3.1.	Procedimentos .....	38
5.3.2.	Participantes .....	39
5.3.3.	Resultados .....	39
5.3.4.	Validade incremental.....	42
5.3.5.	Análise confirmatória no AMOS .....	43

6	RESULTADOS .....	43
6.1	EDS: Os Psicólogos Face a Outros Profissionais de Saúde.....	43
6.1.1.	Participantes .....	44
6.1.2.	Estatísticas descritivas.....	44
6.1.3.	Variáveis compósitas.....	45
6.1.4.	Efeitos das variáveis sociodemográficas .....	47
6.2	BAPS: Opiniões Específicas Apenas Sobre os Psicólogos.....	48
6.2.1.	Participantes .....	49
6.2.2.	Estatísticas Descritivas .....	49
6.2.3.	Variáveis Compósitas.....	49
6.2.4.	Efeitos das variáveis sociodemográficas .....	50
6.3	Cruzamento da EDS com a BAPS .....	52
6.3.1.	Fatores gerais da EDS e compósitos da BAPS.....	52
6.3.2.	Fatores específicos da EDS e compósitos da BAPS .....	53
6.3.3.	Preditores da intenção de adesão.....	54
7	DISCUSSÃO.....	55
7.1	Atitudes Favoráveis Para com os Profissionais de Saúde.....	55
7.1.1.	Psicólogos: úteis mas a velocidade do processo precisa de melhorar .....	55
7.1.2.	Equiparação aos médicos, mas preferência pela medicação .....	56
7.1.3.	Maior favorabilidade dos adultos emergentes.....	56
7.2	Atitudes Favoráveis Para com os Psicólogos.....	57
7.2.1.	Foco no estigma poderá estar a desfocar a automonitorização .....	57
7.2.2.	Identificação de um potencial alvo de intervenção .....	58
7.2.3.	A humanidade dos psicólogos como preditora da adesão .....	58
8	CONCLUSÕES .....	59
8.1	Elementos Específicos para Informar o Público .....	59
8.2	Psicólogos Clínicos: Recursos Humanos Subaproveitados .....	60
8.3	Fatores que Podem Ampliar a Qualidade dos Serviços .....	61
8.4	Pontos Fracos e Pontos Fortes .....	62
8.5	Propostas para Estudos Futuros .....	64

9	REFERÊNCIAS .....	65
10	ANEXOS.....	80
10.1	Anexo A – Viés Endogrupal (EDS).....	81
10.2	Anexo B – Dados Sociodemográficos da Amostra Total .....	82
10.3	Anexo C1 – Autorização para Adaptar a BAPS para a População Portuguesa .....	86
10.4	Anexo C2 – Fase I: Traduções da BAPS .....	88
10.4.1.	Tradução I .....	88
10.4.2.	Tradução II.....	90
10.5	Anexo C3 – Fase II: Síntese das Traduções da BAPS.....	93
10.6	Anexo C4 – Fase III: Retroversões da BAPS .....	100
10.6.1.	Retroversão I .....	100
10.6.2.	Retroversão II.....	103
10.7	Anexo C5 – Fase IV: Avaliações do Comité de Especialistas.....	105
10.7.1.	Avaliação I .....	105
10.7.2.	Avaliação II.....	109
10.7.3.	Avaliação III.....	114
10.7.4.	Avaliação IV .....	117
10.7.5.	Avaliação V .....	121
10.7.6.	Avaliação VI .....	124
10.8	Anexo C6 – Resumo das Avaliações do Comité de Especialistas .....	129
10.9	Anexo C7 – Problemas Identificados pelas Crianças .....	131
10.9.1	Caraterização sociodemográfica das crianças .....	135
10.10	Anexo C8 – Fase V: Teste da Versão Pré-final .....	136
10.11	Anexo C9 – Os 29 Itens em Teste para a Versão Portuguesa da BAPS .....	137
10.12	Anexo C10 – Texto Usado em Mensagens Privadas nas Redes Sociais .....	139
10.13	Anexo D1 – Etapas de Preparação dos Dados para Análise .....	140
10.14	Anexo D2 – Agrupamentos Profissionais.....	142
10.15	Anexo E1 – Instrumentos que Aferem Atitudes sobre a Psicologia.....	161
10.16	Anexo E2 – Os 18 Itens Originais da BAPS.....	163
10.17	Anexo E3 – Estrutura Compósita Tridimensional da BAPS-18.....	164

10.18 Anexo F – Questionário Completo (QOPP) .....	165
10.19 Anexo G1 – AFC1: Dados Sociodemográficos da Amostra.....	177
10.20 Anexo G2 – Limiares Empíricos das Medidas de Ajustamento .....	178
10.21 Anexo G3 – AFC1: Modelo Trifatorial da BAPS-18-PT .....	179
10.22 Anexo G4 – AFC1: Cálculo da Fidelidade Compósita.....	180
10.23 Anexo G5 – AFC1: Cálculo da Variância Média Extraída.....	181
10.24 Anexo G6 – AFC1: Cálculo da Validade Discriminante .....	182
10.25 Anexo H1 – AFE1: Análise dos <i>Outliers</i> Multivariados .....	183
10.26 Anexo H2 – AFE1: Análise da Normalidade Multivariada .....	184
10.27 Anexo H3 – AFE1: Dados Sociodemográficos da Amostra.....	185
10.28 Anexo H4 – AFE1: Rotações Ortogonais ( <i>Varimax</i> ).....	186
10.28.1 MMV: solução inicial.....	186
10.28.2 MMV: solução final .....	187
10.28.3 FEP: solução inicial.....	188
10.28.4 FEP: solução final .....	189
10.28.5 MCP: solução inicial .....	190
10.28.6 MCP: solução final.....	191
10.29 Anexo H5 – AFE1: Rotações Oblíquas ( <i>Promax</i> ).....	192
10.29.1 MCP: solução inicial .....	192
10.29.2 MCP: solução final.....	193
10.29.3 MMV: solução inicial.....	194
10.29.4 MMV: solução final .....	195
10.30 Anexo H6 – AFE1: Rotações Oblíquas – FEP – Solução Inicial .....	197
10.31 Anexo H7 – AFE1: Rotações Oblíquas – FEP – Solução Final .....	198
10.32 Anexo H8 – Solução com Quatro Fatores para a BAPS-PT-27 .....	201
10.33 Anexo H9 – Análise da Consistência Interna da BAPS-PT-27 .....	202
10.33.1 Fator 1 – Intenção.....	202
10.33.2 Fator 2 – Competência .....	202
10.33.3 Fator 3 – Estigma .....	203
10.33.4 Fator 4 – Colaboração .....	203
10.33.5 Escala Total.....	204

10.34 Anexo H10 – Potenciais Novos Itens para o Fator Colaboração da BAPS .....	205
10.35 Anexo H11 – Potenciais Novos Itens para o Fator Estigma da BAPS .....	206
10.36 Anexo I – Os 21 Novos Itens da Segunda Versão Exploratória da BAPS-PT .....	207
10.37 Anexo J1 – AFC2: Análise dos <i>Outliers</i> Multivariados .....	208
10.38 Anexo J2 – AFC2: Análise da Normalidade Multivariada .....	210
10.39 Anexo J3 – AFC2: Dados Sociodemográficos da Amostra .....	211
10.40 Anexo J4 – AFC2: Primeira Análise da Fidelidade Individual .....	214
10.41 Anexo J5 – AFC2: BAPS-PT-15 .....	226
10.42 Anexo J6 – AFC2: BAPS-PT-14 .....	231
10.43 Anexo J7 – AFC2: BAPS-PT-18 .....	233
10.44 Anexo J8 – AFC2: Fidelidade Compósita da BAPS-PT-18 .....	239
10.45 Anexo J9 – AFC2: Validade Convergente da BAPS-PT-18 .....	241
10.46 Anexo J10 – AFC2: Validade Discriminante da BAPS-PT-18 .....	242
10.47 Anexo K1 – AFE2: Análise de <i>outliers</i> multivariados .....	243
10.48 Anexo K2 – AFE2: Análise da Normalidade Multivariada .....	244
10.49 Anexo K3 – AFE2: Análise da Multicolinearidade e da Matriz de Input .....	245
10.50 Anexo K4 – AFE2: Dados Sociodemográficos da Amostra .....	246
10.51 Anexo K5 – AFE2: BAPS-PT-27 (Com Um Carregamento Cruzado) .....	248
10.51.1 Estatísticas iniciais com 37 itens .....	248
10.51.2 Consistência interna do fator 1 (Intenção de Adesão) .....	262
10.51.3 Consistência interna do fator 2 (Sentido de Colaboração) .....	263
10.51.4 Consistência interna do fator 3 (Crenças Comportamentais) .....	264
10.51.5 Consistência interna do fator compósito (4, 5 e 6) (Tolerância ao Estigma) .....	265
10.51.6 Solução com 27 itens .....	266
10.52 Anexo K6 – AFE2: BAPS-PT-26 (Com Um Carregamento Cruzado) .....	272
10.52.1 Consistência interna do fator Intenção de Adesão .....	277
10.52.2 Consistência interna do fator Sentido de Colaboração .....	277
10.52.3 Consistência interna do fator Crenças Comportamentais .....	278
10.52.4 Consistência interna do fator Tolerância ao Estigma (internalizado e percebido) .....	278
10.52.5 Consistência interna da escala total – BAPS-PT-26 .....	278

10.53 Anexo K7 – AFE2: BAPS-PT-25 (Sem Carregamentos Cruzados).....	280
10.53.1 Consistência interna do fator Tolerância ao Estigma (sem o #18) .....	285
10.54 Anexo K8 – AFE2: BAPS-PT-25 (Solução Forçada a Quatro Fatores).....	286
10.55 Anexo K9 – AFE2: Análise Paralela da BAPS-PT em Exploração .....	289
10.56 Anexo K10 – AFE2: Estudo da Estrutura Tetrafatorial da BAPS-PT-26.....	290
10.56.1 Sumário do ajustamento do modelo .....	290
10.57 Anexo K11 – AFE2: Validade Incremental dos Novos Itens da BAPS-PT-26....	293
10.58 Anexo L1 – Filtro para o Estudo da EDS .....	301
10.59 Anexo L2 – EDS: Dados Sociodemográficos da Amostra .....	302
10.60 Anexo L3 – EDS: Estatísticas Descritivas de Todos os Fatores.....	305
10.61 Anexo L4 – EDS: Resumo das Médias e dos Desvios-padrão .....	306
10.62 Anexo L5 – EDS: Gráficos Comparativos das Médias .....	307
10.63 Anexo L6 – EDS: Estatísticas Descritivas das Variáveis Compósitas .....	311
10.64 Anexo L7 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Médias Globais .....	312
10.64.1 Enfermeiros VS Médicos .....	312
10.64.2 Enfermeiros VS Psicólogos.....	313
10.64.3 Enfermeiros VS Psiquiatras.....	314
10.64.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos .....	315
10.64.5 Médicos VS Psicólogos.....	316
10.64.6 Médicos VS Psiquiatras.....	317
10.64.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos.....	318
10.64.8 Psicólogos VS Psiquiatras .....	319
10.64.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos .....	320
10.64.10 Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos .....	321
10.65 Anexo L8 – EDS: Comparação das Médias Globais da Opinião Pública .....	322
10.66 Anexo L9 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Humanidade.....	323
10.66.1 Enfermeiros VS Médicos .....	323
10.66.2 Enfermeiros VS Psicólogos.....	324
10.66.3 Enfermeiros VS Psiquiatras.....	325
10.66.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos .....	326
10.66.5 Médicos VS Psicólogos.....	327

10.66.6 Médicos VS Psiquiatras.....	328
10.66.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos.....	329
10.66.8 Psicólogos VS Psiquiatras.....	330
10.66.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos.....	331
10.66.10 Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos.....	332
10.67 Anexo L10 – EDS: Comparação das Médias da Percepção de Humanidade.....	333
10.68 Anexo L11 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Processo.....	334
10.68.1 Enfermeiros VS Médicos.....	334
10.68.2 Enfermeiros VS Psicólogos.....	335
10.68.3 Enfermeiros VS Psiquiatras.....	336
10.68.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos.....	337
10.68.5 Médicos VS Psicólogos.....	338
10.68.6 Médicos VS Psiquiatras.....	339
10.68.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos.....	340
10.68.8 Psicólogos VS Psiquiatras.....	341
10.68.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos.....	342
10.68.10 Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos.....	343
10.69 Anexo L12 – EDS: Comparação das Médias sobre o Processo Terapêutico.....	344
10.70 Anexo L13 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Eficácia.....	345
10.70.1 Enfermeiros VS Médicos.....	345
10.70.2 Enfermeiros VS Psicólogos.....	346
10.70.3 Enfermeiros VS Psiquiatras.....	347
10.70.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos.....	348
10.70.5 Médicos VS Psicólogos.....	349
10.70.6 Médicos VS Psiquiatras.....	350
10.70.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos.....	351
10.70.8 Psicólogos VS Psiquiatras.....	352
10.70.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos.....	353
10.70.10 Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos.....	354
10.71 Anexo L14 – EDS: Comparação das Médias da Percepção sobre a Eficácia.....	356
10.72 Anexo M1 – EDS: Teste T às Médias do Sexo.....	357

10.73 Anexo M2 – EDS: Teste T às Médias entre Aderentes e Não-aderentes .....	365
10.74 Anexo M3 – EDS-Habilitações: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welch</i> .....	373
10.75 Anexo M4 – EDS-Residência: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welch</i> .....	403
10.76 Anexo M5 – EDS-Classe Social: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welch</i> .....	417
10.77 Anexo M6 – EDS-Idade: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welch</i> .....	429
10.78 Anexo N1 – Amostra Para o Estudo dos Resultados da BAPS .....	459
10.79 Anexo N2 – BAPS: Estatísticas Descritivas .....	462
10.80 Anexo N3 – BAPS: Resumo das Médias e dos Desvios-padrão .....	463
10.81 Anexo N4 – BAPS: Estatísticas Descritivas das Variáveis Compósitas .....	464
10.82 Anexo N5 – BAPS: Teste T às Médias Segundo o Sexo.....	465
10.83 Anexo N6 – BAPS: Teste T às Médias Segundo a Aderência às Consultas .....	467
10.84 Anexo N7 – BAPS-Habilitações: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welsh</i> .....	469
10.85 Anexo N8 – BAPS-Residência: Testes <i>One-Way ANOVA</i> .....	473
10.86 Anexo N9 – BAPS-Classe Social: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welsh</i> .....	475
10.87 Anexo N10 – BAPS-Idade: Testes <i>One-Way ANOVA</i> e <i>Welsh</i> .....	477
10.88 Anexo O1 – Correlações: Fatores Gerais da EDS e BAPS-PT-18 .....	482
10.89 Anexo O2 – Correlações: Fatores Gerais da EDS e os da BAPS-PT-18.....	483
10.90 Anexo O3 – Correlações: Fatores Específicos da EDS e BAPS-PT-18 .....	486
10.91 Anexo O4 – Correlações: Fatores Específicos da EDS e Gerais da BAPS-18.....	487
10.92 Anexo P1 – RLM: Estudo Preliminar .....	491
10.93 Anexo P2 – RLM: Preditores da Intenção de Adesão .....	501
10.94 Anexo Q – Potenciais Novos Itens para o Fator Humanidade da BAPS .....	511

## **Abreviaturas**

AFC – Análise Fatorial Confirmatória.

AFE – Análise Fatorial Exploratória.

APA – *American Psychological Association*.

ATSPPH-SF – *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form*.

BAPS – *Beliefs About Psychological Services*.

BAPS-PT-18 – Versão portuguesa da BAPS com 18 itens.

BAPS-PT-26 – Versão portuguesa da BAPS com 26 itens.

BAPS-PT-27 – Versão exploratória portuguesa da BAPS com 27 itens.

EDS – Escala de Diferencial Semântico.

FEP – Fatorização dos Eixos Principais.

INE – Instituto Nacional de Estatística.

MCP – Método das Componentes Principais.

MMV – Método da Máxima Verosimilhança.

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses.

PD – Países Desenvolvidos.

PePC – Psicoterapeutas e Psicólogos Clínicos.

PED – Países em Desenvolvimento.

PM – Psicologia da Mídia.

QOPP – Questionário sobre a Opinião pública Portuguesa acerca da Psicologia.

RLM – Regressão Linear Múltipla.

SG – *Survey Gizmo* (plataforma na *Internet* onde foi contruído e difundido o QOPP).

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

SSRPH – *Stigma Scale for Receiving Psychological Help*.

TAPS – *Thoughts About Psychotherapy Survey*.

TCP – Teoria do Comportamento Planeado.

TVE – Total de Variância Explicada.

UE – União Europeia.

VIF – *Variance Inflation Factor*.

### **Figuras**

Figura 1 – Esquema da Teoria do Comportamento Planeado de Icek Aizen. [31]

Figura 2 – Modelo trifatorial da BAPS-PT-18. [37]

Figura 3 – Solução tetrafatorial da BAPS-PT-26. [42]

Figura 4 – Médias das opiniões comparativas sobre os profissionais de saúde. [45]

Figura 5 – Fatores compósitos da BAPS-PT-18: testes T e correlações. [50]

# 1 INTRODUÇÃO

Aferir a opinião pública sobre a psicologia e os psicólogos tem suscitado o interesse de alguns investigadores, sobretudo desde meados do século passado. Este trabalho inscreve-se nesse interesse, mas com um foco exclusivo na opinião pública portuguesa, que foi obtida considerando duas perspetivas de análise: uma mais geral (onde os psicólogos foram comparados com outros profissionais que prestam serviços de saúde) e uma mais específica (onde apenas os psicólogos foram o objeto de estudo). Da síntese destas duas formas de obter a opinião pública portuguesa resultaram indicadores que podem contribuir para fomentar a adesão terapêutica e ampliar a qualidade dos serviços de saúde mental em Portugal.

## 2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 O Início dos Estudos sobre a Imagem Pública da Psicologia

De uma perspetiva diacrónica, o estudo publicado por North e Hatt (1947) terá sido o primeiro onde se aferiu a opinião pública acerca da psicologia, ainda que de forma indireta, dado ser um estudo sociológico que comparou o prestígio de 90 profissões, onde a psicologia foi a 22.<sup>a</sup> mais prestigiada, à frente, por exemplo dos engenheiros civis (23.<sup>a</sup>) e sociólogos (27.<sup>a</sup>), mas atrás dos professores universitários (8.<sup>a</sup>) e médicos (3.<sup>a</sup>). Só depois surgiu o artigo de Guest (1948) que foi o pioneiro (segundo Wood, Jones, & Benjamin, 1986) na publicação de um estudo com foco na aferição das atitudes públicas sobre os psicólogos, após identificar que era necessário dignificar a imagem da classe, pois estava enviesada por filmes, jornais e revistas cómicas. Concluiu que a atitude em geral para com os psicólogos era favorável, mas que face a arquitetos, engenheiros, farmacêuticos e economistas, os psicólogos eram os que deixavam as pessoas mais constrangidas numa situação social; por outro lado, a psicologia, face aos restantes grupos, foi considerada a menos desejável como profissão. Os inquiridos também não souberam distinguir um psicólogo de um psiquiatra, logo, Guest também concluiu que seria essencial informar o público sobre a variedade de serviços dos psicólogos.

### 2.2 Os Anos 50 e a Primeira Grande Intervenção da APA

O artigo de Guest (1948) desencadeou ações na *American Psychological Association* (APA), que deram origem a nove artigos (entre 1952 e 1959) sobre a imagem da psicologia, mas apenas os dois que se seguem aferiram a opinião pública (Wood *et al.*, 1986). Grossack (1954) entrevistou 51 indivíduos que expressaram, em geral, uma atitude positiva, mas concluiu que estavam pouco informados, logo, a responsabilidade social da psicologia deveria

transcender a procura de apoio financeiro para a investigação, a legislação e o crescimento como ciência, facultando ao público mais informação. Quatro anos depois, Nunnally e Kittross (1958), efetuaram um estudo mais abrangente onde, a fim de melhorar a comunicação com o público sobre a saúde mental, os psicólogos foram comparados com outros profissionais de saúde; concluíram que a opinião pública era positiva, mas era mais favorável para com os médicos e enfermeiros do que para com os «psi-» (i.e., psicólogos, psicólogos clínicos, psicólogos de investigação, psiquiatras e psicanalistas). Todavia, Withey (1959), de uma forma indireta (pois focou-se no estudo da opinião pública sobre a ciência e os cientistas), também contribuiu para saber o que as pessoas pensam da psicologia, dado ter aferido que, apesar de 83% dos inquiridos ter respondido que o mundo é um local melhor graças à ciência e 92% ter concordado que a ciência aumenta a qualidade de vida, cerca de 50% expressaram que nunca se irá conhecer o comportamento humano através da ciência.

### **2.3 Os Anos 60-70 e a Ambivalência dos Estudos Comparativos**

Hodge, Siegel e Rossi (1964) replicaram o estudo de North e Hatt (1947) e obtiveram uma correlação muito forte ( $r = 0.99$ ) entre os resultados dos dois estudos (i.e., uma grande estabilidade atitudinal). A psicologia (nas 90 profissões) foi considerada a 18.<sup>a</sup> mais prestigiada, à frente, por exemplo dos engenheiros civis (22.<sup>a</sup>) e biólogos (25.<sup>a</sup>), mas atrás dos professores universitários (8.<sup>a</sup>) e médicos (2.<sup>a</sup>). Portanto, face aos dados de 1947 observou-se uma subida na perceção de prestígio do público sobre a profissão de psicólogo. Não foram tiradas conclusões específicas sobre cada profissão, mas os dados evidenciam um maior conhecimento sobre a psicologia como profissão: em 1947 houve 15% de respostas «não sei» e neste segundo estudo foram apenas de 6%. Três anos depois foi publicado outro estudo comparativo (Thumin & Zebelman, 1967) de seis profissões: advogados, cirurgiões, dentistas, engenheiros, psiquiatras e psicólogos. Nas preferências profissionais para o futuro dos seus filhos, os respondentes posicionaram a psicologia no final da lista e expressaram preferência pela psiquiatria caso se sentissem deprimidos (87%), necessitados de tranquilizantes (50%) ou mentalmente doentes (83%), mas prefeririam a psicologia para casos de dificuldades maritais (43%) ou para saber o QI dos filhos (73%). Concluiu-se que após cerca de duas décadas sobre o estudo de Guest (1948), a psicologia continuava a não ser uma profissão desejável e que tinha havido negligência por parte da APA, dado que esta nunca implementou um programa através do qual se obtenha o *feedback* da opinião pública sobre a psicologia.

Todavia, o trabalho destes investigadores parece que não teve um grande impacto nas instâncias que lideram a psicologia. E apesar das evidências empíricas, Bevan (1976)

defendeu que a opinião pública sobre a psicologia poderia estar a refletir uma desconfiança sobre a ciência em geral, mas também referiu ser necessário criar novas estratégias para reconciliar a identidade clivada da psicologia: a parte laboratorial e a pública. Atkinson (1977) também salientou que a investigação em psicologia é vista da pior forma porque a informação a que o público tem acesso é limitada e também não ajuda o facto de a imprensa ser responsiva para com o criticismo das pessoas sobre a psicologia e dar rara importância às subsequentes explicações sobre os fundamentos das investigações. Dois anos depois, porque continuava a ser escassa a investigação sobre a atitude pública para com os profissionais de saúde, McGuire e Borowy (1979), replicaram o estudo de Nunnally e Kittross (1958) e concluíram que se mantinham as atitudes mais favoráveis para com os profissionais da medicina do que para com os «psi-» (excecutoando os *counselors*), levando à conclusão de que parecia não ter havido evolução na opinião pública (face ao estudo de 1958) quanto à aceitação e à compreensão das especialidades de saúde mental mais tradicionais.

#### **2.4 Os Anos 80 e a Segunda Grande Intervenção da APA**

Decidiu então a APA intervir macrossistemicamente: em 1982 financiou anúncios televisivos; em 1983 adquiriu a revista *Psychology Today*, com 850.000 subscritores (Pallack & Kilburg, 1986); e em 1984 publicou uma brochura que enfatizou o valor da investigação sobre o comportamento animal (Wood *et al.*, 1986), cujos estudos tinham sido bastante criticados por Adams (1984) e foram mesmo levados ao Congresso Norte-americano onde os colegas das ciências biomédicas expressaram que não podiam assegurar o valor das pesquisas que os psicólogos faziam com animais (Benjamin, 1986). Apesar destas (e de outras) tensões, ir-se-iam colher alguns frutos dos investimentos efetuados pela APA para melhorar a opinião pública sobre a psicologia? Na segunda metade dos anos 80 publicaram-se mais estudos que pareceram animar a classe, mas conservando um certo «efeito de montanha russa».

Webb e Speer (1985; 1986) advogaram que os estudos de Guest (1948), de Hodge *et al.* (1964) e o de Thumin e Zebelman (1967) não proveram dados úteis sobre como as pessoas veem a psicologia, por isso investiram na aferição do que o público pensa dos psicólogos e sobre o quão favoravelmente os consideram (face aos médicos, psiquiatras, *counselors*, professores e cientistas). Por via de um estudo misto (qualitativo e quantitativo) os resultados salientaram duas dimensões: ter uma mentalidade flexível *versus* fixa e lidar com fenómenos normais *versus* anormais. Os psicólogos e os psiquiatras foram considerados mais flexíveis ao passo que os médicos e os cientistas foram percecionados como sendo mais rígidos. A maior favorabilidade atitudinal foi para com os psiquiatras (seguindo-se os psicólogos, médicos,

*conselors*, professores e cientistas). Concluiu-se que existia uma percepção favorável para com os psicólogos, mas imprecisa, dado que a distinção com os psiquiatras não foi clara e apenas foram considerados pelos inquiridos os psicólogos clínicos, logo, o foco de atuação deveria ser sobre o que fazem os psicólogos, ao invés de incidir sobre a favorabilidade da sua imagem pública. Mas Wood *et al.* (1986) voltaram a estudar a imagem pública da psicologia e os resultados indicaram que as atitudes públicas (91%) sobre a psicologia eram favoráveis; mas o conhecimento sobre esta ciência era fraco e 60% da amostra expressou que a psicologia era incompatível com as suas crenças religiosas, logo, perceberam progressos na favorabilidade para com a imagem da psicologia mas era necessário instruir o público sobre o valor desta ciência para progredir na direção do seu maior objetivo: melhorar o bem-estar humano. Já Schindler, Berren, Hannah, Beigel e Santiago (1987) estudaram a percepção pública sobre a competência e as qualidades pessoais de quatro grupos: psicólogos, psiquiatras, médicos e clérigos. Os psicólogos e os psiquiatras foram apontados como sendo mais qualificados (para tratar casos de e.g., ideação suicida, abuso sexual e consumo de drogas) do que os médicos e os clérigos. Mas os clérigos foram avaliados como sendo mais calorosos, cuidadosos, estáveis e profissionais. O resultado mais surpreendente (segundo os autores) foi nas diferenças entre os psicólogos e os psiquiatras: os primeiros foram avaliados como sendo mais calorosos, cuidadosos e eficazes no tratamento de problemas de ajustamento e de relacionamentos, ao passo que os psiquiatras foram vistos como sendo mais educados e qualificados para tratar perturbações mais severas, concluindo-se que os psiquiatras precisam de aferir o porquê de serem vistos como menos empáticos, enquanto os psicólogos deveriam procurar saber porque são percecionados como sendo menos capazes de tratar psicopatologias mais graves.

Mas a década de oitenta parece ter-se concluído de uma forma positiva (em termos de avanço científico) com o artigo de Webb (1989) onde foram comparadas três medidas de aferição da opinião pública (sobre seis profissões: *counselor*, médico, psiquiatra, psicólogo, cientista e professor): (1) prototípica (um método indireto, que elicita opiniões mais pessoais, onde os participantes descreveram as profissões para se obter grupos de adjetivos favoráveis e desfavoráveis); (2) a adaptação da técnica de produção de adjetivos de Allen e Potkay (1983), um método semi-indireto onde os participantes elegeram cinco adjetivos, pré-determinados, para descrever cada profissão; e (3) uma escala de *Likert* para comparar grupos (um método direto, que elicita respostas com base em estereótipos). Em função da medida resultaram diferentes opiniões: na indireta, os psicólogos foram os mais favoravelmente avaliados; na direta, os menos favorecidos; e na semi-indireta, os terceiros com maior favorabilidade. Webb

(1989) concluiu que esta diferença pode-se justificar com a captação de várias dimensões atitudinais pelas medidas indiretas, enquanto a direta capta mais os estereótipos do que as opiniões pessoais; daí que, o público poderá ter opiniões superficiais menos favoráveis, mas mais favoráveis quando são levados a pensar com maior profundidade sobre as questões.

## **2.5 Os Anos 90 e o Efeito de Montanha Russa**

Na última década do século XX, manteve-se o «efeito de montanha russa». Murstein e Fontaine (1993) efetuaram um estudo comparativo apenas sobre os profissionais de saúde (e.g., médicos, psiquiatras, enfermeiros psiquiátricos e psicólogos) a fim de aferir a opinião pública sobre estas profissões. Talvez o resultado mais interessante tenha sido o facto de os respondentes não se sentirem mais desconfortáveis em consultar um psicólogo do que um médico, mas expressaram sentirem-se mais confortáveis em consultar um psicólogo do que um psiquiatra e até do que um clérigo (cuja classe tinha recebido maior favorabilidade em estudos anteriores) bem como qualquer outras das restantes profissões em estudo. Porém, o conhecimento sobre o que fazem os psicólogos foi pobre (confundindo-se com o trabalho dos psiquiatras) e o grupo a que os respondentes mais recorreram para cuidar da sua saúde mental foi ao dos médicos, seguindo-se os psicólogos (depois os clérigos e psiquiatras). Concluiu-se que, face aos estudos de Nunnally e Kittross (1958) e de McGuire e Borowy (1979), onde os psicólogos foram avaliados menos favoravelmente do que os médicos, e ao mesmo nível dos psiquiatras, pela primeira vez os psicólogos foram preferidos face aos psiquiatras e foram avaliados como sendo quase tão socialmente agradáveis como os médicos, o que denota a subida da popularidade da psicologia (em detrimento da descida dos médicos e psiquiatras).

Porém, os eventos sucedem-se e as opiniões são maleáveis. Richardson e Handal (1995) estudaram a opinião pública sobre a eficiência de oito grupos de profissionais (e.g., psicólogos clínicos, psiquiatras e médicos) relativamente a 26 psicopatologias. Os resultados destacaram que os psiquiatras, os *counselors* e os psicólogos clínicos, foram percecionados como sendo os mais eficientes (em 17 das perturbações analisadas, e.g., depressão, disfunção sexual e fobias), mas foi percecionada uma maior eficiência dos psiquiatras para com as perturbações mais severas (e.g., perturbação dissociativa da identidade e esquizofrenia). O tempo percebido pelos respondentes para se começar a notar as melhorias decorrentes da psicoterapia foi de quatro meses e a duração total média percebida foi de oito meses. Acresce que, contrariando estudos prévios (e.g., Norcross & Prochaska, 1982; Bascue & Inman, 1984) onde se considerou que os psicólogos clínicos e os *counselors* não se distinguem, este estudo

evidenciou que os segundos foram percecionados como mais competentes no tratamento de psicopatologias mais leves do que os psicólogos clínicos (Richardson & Handal, 1995).

Em contraste, foi publicado no mesmo ano um estudo onde ficaram salientes as reações negativas do público sobre o envolvimento de psicólogos na Guerra do Golfo (1990-1991). Raviv e Weiner (1995) chamaram a atenção para a ampliação do problema da opinião pública sobre a psicologia, com a expansão da psicologia da mídia (PM). Por um lado defende-se que a PM pode ser um veículo para chegar ao grande público a fim de o prover com informação sobre cuidados primários (e.g., Schwebel, 1982; Balter, 1983), por outro advoga-se que a PM suscita dúvidas sobre a sua legitimidade e desejabilidade (e.g., Klonoff, 1983; Bouhoutsos, 1983). Facto é que, na Guerra do Golfo, a mídia ficou repleta (cinco vezes mais do que antes da guerra) de artigos psicológicos, entrevistas e avaliações; seguindo-se as críticas: o público questionou se os psicólogos teriam perdido a capacidade de se autocontrolarem e elencou uma série de tópicos antipsicologia (e.g., a exagerada legitimação do medo, em vez de encorajarem estratégias de *coping*) (Raviv & Weiner, 1995).

**2.5.1. A terceira grande intervenção da APA.** A APA não ficou alheia ao que se passou em Israel e envidou algumas ações: atribuiu um subsídio a um programa de rádio para promover o conhecimento público acerca da psicologia científica (DeAngelis, 1995); criou um programa para melhorar o entendimento dos jornalistas sobre a psicologia (Caveliere, 1995); e uma campanha para informar o grande público sobre o valor da psicologia e os vários papéis dos psicólogos (Farberman, 1997), num investimento de cerca de dois milhões de dólares (Newman & Holtzman, 2006). E terá valido a pena? Janda, England, Lovejoy e Drury (1998) aferiram as perceções sobre o grau de importância da psicologia face a outras disciplinas (biologia, química, economia, medicina, física e sociologia). Os psicólogos foram avaliados como os que menos contribuíram para a sociedade e como tendo menos perícia, mas o mais inesperado foi o facto de em 27 comentários espontâneos, 25 foram sobre a psicologia e destes, 24 foram negativos (e.g., que se deve confiar mais no senso comum do que nos psicólogos e que a psicologia é responsável por criar problemas sociais) e apenas um positivo (de alguma forma têm feito um bom trabalho). Concluiu-se que a favorabilidade para com as ciências duras (i.e., naturais) face às ciências moles (i.e., as sociais) não tem uma razão óbvia, mas é possível que as opiniões se baseiem em estereótipos, em vez de em conhecimentos factuais (dado que, e.g., respondentes que não tinham uma ideia clara do que fazem os físicos avaliaram mais favoravelmente a física do que a psicologia); por outro lado, a forma de expressão de perspetivas divergentes (pelos investigadores) pode contribuir para que o

público questione a utilidade da psicologia, por isso importa efetuar um melhor trabalho na apresentação de dados ao público, privilegiando as evidências sobre a eficiência dos métodos usados; por fim, Janda *et al.* (1998) recomendaram um maior investimento na educação da opinião pública, para lá da psicologia clínica (pois as respostas foram muito associadas a perturbações mentais e a psicoterapias). No limiar do novo milénio, Laungani (1999) chamou a atenção para outro fator que poderá não contribuir para a favorabilidade pública sobre a psicologia: o rápido crescimento de novas psicoterapias pode confundir potenciais utentes pois estes poderão não saber o que distingue uma psicoterapia de outra, bem como não saber quais as psicoterapias que são comensuráveis e as que possuem mais investigação sobre a sua eficiência, logo, não havendo informação pública que clarifique estas questões, para além de confuso e indeciso o público poderá percecionar que os seus interesses não são protegidos.

Portanto, apesar dos esforços da APA, o final do século XX não foi animador no que concerne aos resultados da investigação dedicada a estudar a imagem pública da psicologia. Por outro lado salienta-se a necessidade de melhorar a interface psicologia-público, pois as pessoas participam nas investigações, mas a psicologia parece não ter ainda encontrado as formas ideais de veicular informação pública que não só mitigue a desfavorabilidade para com a sua imagem como também seja promotora da adesão terapêutica. Proporcionaria o novo milénio novos e positivos desenvolvimentos para a resolução destas problemáticas?

## **2.6 Continuação do Problema da Iliteracia Psicológica Pública**

Já no nosso século um dos primeiros artigos publicados sobre a imagem pública da psicologia foi o de Dennis (2002) evidenciando que o jornal *New York Times* (entre 1904 e 1947) publicou no seu editorial 196 comentários negativos sobre a psicologia, minando a sua credibilidade. Um ano depois foi publicado um artigo (Hartwig & Delin, 2003) que enfatizou o facto de em duas décadas de estudos sobre a imagem pública dos psicólogos australianos, se ter aferido uma baixa popularidade e um fraco conhecimento sobre o que eles fazem; porém, os estudos efetuados na Austrália usaram sobretudo medidas diretas daí que (em linha com o estudo de Webb, 1989) procuraram aferir a opinião pública (comparando os psicólogos com professores, advogados, médicos de clínica geral, psiquiatras e enfermeiros) com medidas diretas e indiretas. Nas diretas, os psicólogos foram os menos favoravelmente avaliados (e os enfermeiros os mais favorecidos); nas indiretas foram avaliados mais favoravelmente do que advogados, professores e psiquiatras (mas abaixo dos médicos e enfermeiros). Concluiu-se que a opinião pública sobre os psicólogos australianos pode não ser tão desfavorável quanto se pensava, mas para ampliar a adesão terapêutica importa promover socialmente o valor da

psicologia (Hartwig & Delin, 2003). Cinco anos depois foi publicado um estudo comparativo (Penn, Schoen, & Berland Associates, 2008) que salientou um aspeto positivo: 82% dos respondentes concordaram que os estudos feitos por psicólogos contribuem para melhorar a qualidade de vida; mas também houve resultados desfavoráveis: a psicologia foi vista como uma disciplina científica por uma minoria (e 41% da amostra considerou-a menos rigorosa do que a medicina); quando questionados sobre qual a profissão mais adequada para reduzir a taxa de divórcios apenas 22% indicou os psicólogos; já quanto a problemas de saúde (e.g., a obesidade e o tabagismo) 12% referiu que os psicólogos seriam os mais indicados (ao passo que os médicos foram apontados como os ideais para lidar com essas problemáticas por 60% da amostra); os psicólogos foram apontados por 11% da amostra como sendo mais indicados para melhorar a produtividade organizacional (sendo os economistas os mais escolhidos). Concluiu-se que o público não estava ciente da variedade de contribuições que a psicologia tem feito para a sociedade (e.g., no âmbito da saúde física, da economia e ambiental).

## **2.7 O Aprofundamento dos Estudos sobre a Opinião Pública**

Na presente década continuam a ser publicados estudos com foco na opinião pública acerca da psicologia, mas sobre dimensões mais específicas. Currin, Hayslip e Temple (2011) compararam três coortes de idosos (em 1977, 1991 e 2000) e duas coortes de jovens adultos (em 1991 e 2000). Os resultados evidenciaram que a população mais idosa estabilizou as suas perceções positivas sobre os serviços de saúde mental, mas a perceção dos mais jovens sofreu um decréscimo de favorabilidade. Por outro lado os dados sugerem que, ao longo do tempo, aumentou a favorabilidade das mulheres em geral (face dos homens) para com os serviços de saúde mental. Concluiu-se que é importante continuar a informar o público (em especial a população mais idosa) sobre a relevância de recorrer aos serviços de saúde mental, mas também é provável que muitos idosos, tendo vivenciado situações problemáticas sem apoio psicológico, tenham criado competências de *coping* eficazes. Por seu turno, Hill *et al.* (2012) estudaram se o estilo de vinculação influencia as atitudes acerca da psicoterapia. Os dados indicaram que os participantes com um estilo seguro, são menos ansiosos nas interações com os terapeutas, obtêm mais benefícios da psicoterapia e percebem menos estigma, enquanto os com um estilo inseguro têm menos benefícios, mais dificuldades em se exporem no *setting* e percebem mais estigma. Hill *et al.* (2012) sugeriram a criação de intervenções (junto da opinião pública) que enfatizem o profissionalismo dos psicólogos e os benefícios da terapia, bem como programas de treino de terapeutas sobre como lidar com os estilos de vinculação.

Já Oliveira e Menezes (2013) estudaram as percepções acerca da psicologia no Brasil. Os resultados salientaram que a psicologia é sobretudo reconhecida nos contextos clínico, organizacional, escolar e hospitalar (porém as descrições foram essencialmente relacionadas com a prática clínica. Por outro lado, obtiveram opiniões opostas quanto ao mercado de trabalho: a psicologia foi percebida como um campo flexível e em crescimento, o que contrastou com as percepções de saturação do mercado (que já não consegue absorver tantos psicólogos) e de desvalorização da profissão (considerando-se que têm uma carga de trabalho excessiva e as suas remunerações são baixas). Concluíram que, face a estudos anteriores (e.g., Pereira & Neto, 2003), a opinião pública sobre a psicologia progrediu pouco, mormente no que concerne aos seus contextos de atuação, logo é necessário valorizar mais a profissão e refletir sobre a imagem que é passada ao público. E como do público fazem parte outros profissionais de saúde, qual será a atitude deles para com a psicologia? Gallagher (2013) entrevistou estudantes de medicina e os resultados foram mistos: as atitudes em geral foram positivas (e.g., a psicologia é uma matéria importante no currículo de medicina), mas foram também expressas atitudes negativas (e.g., não é uma disciplina científica); e talvez o dado mais inesperado tenha sido o relacionado com a cultura de ensino: alguns docentes de medicina transmitem atitudes negativas aos estudantes sobre a psicologia (e.g., que não é uma disciplina relevante), logo, não surpreenderá que os estudantes de medicina a trivializem.

## **2.8 Primeiras Reflexões Sobre a Opinião Pública Acerca da Psicologia**

Como súpula desta perspetiva diacrónica, que compreende cerca de oito décadas de análises da opinião pública sobre a psicologia, parece ser claro que a psicologia tem envidado recorrentes esforços para legitimar a sua existência num paradigma científico exigente, para melhorar a sua imagem pública e para prover a sociedade com informação que contribua para um melhor entendimento das suas variadas especializações. Também parece ser evidente que as décadas de ambivalência atitudinal do público sobre a psicologia, conforme é expectável, têm consequências comportamentais. Por exemplo, nos E.U.A., de 1998 para 2008, o uso de medicamentos psicotrópicos subiu de 44.1% para 57.4% (respetivamente), ao passo que, no sentido inverso (e no mesmo período), o recurso das pessoas à psicoterapia passou de 15.9% para 10.5% (Olfson & Marcus, 2010). E é claro que a atitude pública também é influenciada pelos utentes da psicologia clínica, os quais, se tiverem más experiências no *setting* (levando-os e.g., a fazer *dropout* ou a sentirem a deterioração dos seus sintomas) poderão contribuir para pelo menos quatro efeitos sistémicos: (1) o facto de um utente continuar afetado psicologicamente poderá ser motivo de angústia para os seus familiares e amigos; (2) a má

experiência com um psicólogo pode ser extrapolada para a classe; logo (3) em interações com os seus pares, as pessoas com más experiências poderão tecer e enfatizar opiniões mais desfavoráveis sobre a psicologia; (4) o próprio psicólogo poderá baixar a sua percepção de autoeficiência, o que poderá ter impacto no seu desempenho profissional (Ramos, 2016a).

A este respeito, Øvretveit (1992) refere que 65% a 90% dos utentes insatisfeitos não regressam e sugerem a entre 15 a 25 amigos ou familiares que não procurem os serviços (i.e., a má reputação leva à perda de utentes e à dificuldade em recuperá-los). Numa meta-análise de 125 estudos concluiu-se que cerca de 47% dos utentes fizeram *dropout* (i.e., desistiram da psicoterapia antes de melhorarem; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Noutra meta-análise (de 143 estudos) aferiu-se que 11.3% dos utentes pioram após o processo terapêutico, isto é, ocorreu um efeito de deterioração (Shapiro & Shapiro, 1982), o qual, ascendeu aos 29.8% numa outra meta-análise (de 443 estudos) sobre intervenções para jovens delinquentes (Lipsey, 1992). E para além destes factos que contribuem para a desfavorabilidade da imagem da psicologia, cada vez mais o público tem acesso à informação, logo, havendo uma ambivalência atitudinal ela pode ser resolvida pela negativa face a notícias como a da colaboração de membros da APA com a *Central Intelligence Agency* no uso de técnicas de tortura psicológica em prisioneiros de Guantanamo, sobre a qual, a APA já reconheceu que enfrenta um trabalho árduo com vista a restabelecer a confiança pública na psicologia (Ackerman, 2015). Mas estes são apenas alguns dos fatores associados à ambivalência pública acerca da psicologia, dado que existe uma multiplicidade de variáveis que os investigadores têm estudado.

## **2.9 Fatores Associados à Ambivalência Pública sobre a Psicologia**

O interesse em saber porque os indivíduos não recorrem à psicoterapia tem suscitado muita investigação. Segundo Lambert (2013) milhares de estudos e centenas de meta-análises têm demonstrado a eficiência da psicoterapia, estimando-se que cerca de 65% das pessoas que recebem tratamento terão resultados positivos (face a outras em lista de espera durante o mesmo período em que decorre a psicoterapia). Já Wampold e Imel (2015) referem que, em média, uma pessoa que receba psicoterapia estará melhor do que 80% das que não o fazem. Mas saberá o público destes indicadores? Andrews, Issakidis e Carter (2001) referem que apenas cerca de 33% dos australianos com psicopatologias (cuja prevalência na população em geral era de 23%), recorriam aos serviços de saúde mental. Quando os restantes cerca de dois terços de pessoas foram questionadas sobre porque não procuravam tratamento, a maioria respondeu preferir o autocuidado. Comparando-se estes dados com os de quatro outros países, deu-se conta de um cenário sistémico com taxas ainda mais baixas: nos E.U.A. e no Canadá,

apenas 22% das pessoas com psicopatologias (cuja prevalência era, respetivamente, de 29% e 20%) recorria aos serviços; na Holanda a proporção de pessoas com perturbações que recebia tratamento era semelhante à australiana (32%) e no Reino Unido era de cerca de 25% (onde as prevalências de psicopatologias eram de 24%, em ambos os países). Portanto perceber melhor as razões que levam as pessoas necessitadas de serviços de saúde mental a não recorrerem a eles é muito relevante dado que estão em causa elevadas proporções populacionais clínicas. Com esse objetivo (entre outros), Vogel, Wester e Larson (2007) e Lilienfeld (2012) listaram 25 fatores associados à desfavorabilidade e às barreiras do público para com a psicologia.

**2.9.1. As grandes críticas à psicologia.** Lilienfeld (2012) efetuou uma revisão da literatura subordinada ao tema: ceticismo público para com a psicologia. Aferiu que existem seis grandes e frequentes críticas: (1) a psicologia é mero senso comum; (2) a psicologia não usa métodos científicos; (3) não se podem efetuar generalizações com a psicologia porque cada pessoa é única; (4) os resultados dos estudos em psicologia não são replicáveis; (5) a psicologia não faz predições precisas; e (6) a psicologia não é útil para a sociedade.

**2.9.2. Potenciais fontes do ceticismo público.** Por outro lado, Lilienfeld (2012) também elencou oito potenciais fontes do ceticismo público para com a psicologia: (1) a falha da psicologia na sua automonitorização; (2) a má imagem pública da psicologia; (3) a indistinção entre psicólogos e psiquiatras; (4) o viés retrospectivo (i.e., a percepção de que já se sabia algo após esse algo ser dado a conhecer); (5) a ilusão do entendimento (i.e., para muitas pessoas a psicologia é mais fácil do que e.g., a física); (6) o reducionismo eliminativo (o ser humano tende a obter explicações simples e a ciência procura explicações parcimoniosas, logo as explicações da psicologia podem parecer menos científicas do que, e.g., as da neurociência); (7) a desculpa da impotência científica (i.e., quando as conclusões dos estudos são dissonantes das intuições do senso comum); e (8) a falha em distinguir a investigação básica da investigação aplicada. Lilienfeld (2012) concluiu que o ceticismo público para com a psicologia deve ser visto como um contributo para uma comunicação mais eficaz das ciências psicológicas, como uma janela para perceber onde é importante intervir e como um impulso importante para melhorar a cientificidade da dimensão clínica da psicologia.

**2.9.3. Barreiras à procura de apoio psicológico.** De outra perspetiva, Vogel *et al.* (2007) fizeram uma revisão da literatura e aferiram a existência de sete fatores que funcionam como barreiras à procura de ajuda, não só no âmbito da psicologia clínica e da saúde, como no da psiquiatria e no da assistência social: (1) o estigma social; (2) o medo da terapia (e.g., a forma como o psicólogo irá tratar a pessoa); (3) o medo das emoções (i.e., o voltar a vivenciar

emoções fortes e dolorosas); (4) a antecipação da utilidade da terapia e dos seus riscos (e.g., o profissional julgar a pessoa); (5) as autorrevelações (e.g., de sentimentos íntimos); (6) as normas sociais (i.e., o padrão comportamental da rede social da pessoa, no que diz respeito aos hábitos de recorrer aos serviços de saúde mental); e (7) a autoestima (pois admitir que se necessita de ajuda revela, implicitamente, que não se consegue resolver o problema sozinho).

**2.9.4. Cinco potenciais mediadores da adesão terapêutica.** Vogel *et al.* (2007) identificaram também fatores que podem funcionar como mediadores (das sete barreiras) no recurso aos serviços de saúde mental: (1) o sexo (os homens são mais relutantes na procura de ajuda); (2) a raça e a etnicidade (os sistemas de crenças podem ser inconciliáveis com a busca de ajuda); (3) o contexto (a percepção de estigma associado à procura de ajuda num centro de saúde é menor do que numa instituição de saúde mental); (4) o problema (e.g., a percepção de estigma é maior quando se procura ajuda para alcoolismo do que para um tema emocional); e (5) a idade (e.g., os idosos procuram menos apoio). Estes autores concluem que é necessário aumentar a informação junto do público (incidindo sobre estes fatores). E parece ser óbvia a presença do fator estigma (explícita e implicitamente) na maioria das variáveis identificadas por Vogel *et al.* (2007) e talvez por isso ele seja um fator muito estudado, pois face ao seu impacto na pessoa estigmatizada, Finzen (1996) considera-o como uma segunda doença.

**2.9.5. O estigma e a adesão terapêutica.** O estigma social pode ser considerada uma forma de desconsiderar ou de difamar um comportamento, a identidade ou a condição de outra pessoa e pode decorrer de três situações (Goffman, 1963): (1) manifestas (e.g., devido a deformações físicas, e.g., anorexia, ou uma doença, e.g., a lepra); (2) desvios de personalidade (e.g., ter uma perturbação mental ou cometer adultério); (3) tribais (i.e., traços imaginários ou reais de pertença a um grupo não-normativo). É um conceito distinto de «estereótipo», que se refere às expectativas sociais (sobre um objeto social) as quais podem ser negativas (e.g., «as pessoas com psicopatologias são perigosas»), logo, os estereótipos também podem contribuir para estigmatizar as pessoas (Sickel, Seacat, & Nabors, 2014). O estigma social é estudado pela psicologia desde os anos 60 do século passado (Crowe, Averett, & Glass, 2016) e hoje em dia é um construto multidimensional: há o estigma associativo (quando se é estigmatizado porque se tem um membro da família ou um amigo com uma perturbação mental; Mehta & Farina, 1988); o estigma internalizado (ou, autoestigma, quando uma pessoa internaliza as atitudes negativas de outras pessoas; Corrigan, 2004); o estigma antecipado (a percepção de que se irá ser estigmatizado e.g., após se revelar que se possui um problema de saúde mental; Quinn & Chaudoir, 2009); e o estigma de procura de ajuda (i.e., o estigma por se procurar

apoio para lidar com uma perturbação mental; Tucker *et al.*, 2013). Estimando-se que 70% das pessoas com psicopatologias não recebem cuidados de saúde mental (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013), são muito importantes as ações de sensibilização da opinião pública, que motivem a adesão terapêutica. A meta-análise de Mackenzie, Erickson, Deane e Wright (2014), evidenciou que entre 1968 e 2008 as atitudes para com a procura de apoio psicológico são mais desfavoráveis, o que poderá radicar na carência de intervenções sobre o estigma para com as pessoas com perturbações mentais. Concluiu-se que, mesmo sabendo-se que a farmacoterapia e a psicoterapia não diferem significativamente em termos de eficiência (DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008), a atitude pública desfavorável para com a psicologia, o estigma social e o *marketing* farmacológico, poderão ser fatores associados ao decréscimo da procura de serviços de psicoterapia (Mackenzie *et al.*, 2014).

E será relevante considerar as variações culturais. Num estudo transcultural (Seeman, Tang, Brown, & Ing, 2016), com foco no estigma sobre a saúde mental, os respondentes de 229 países salientaram quatro tópicos: (1) nos países desenvolvidos (PD; e.g., E.U.A, Canadá e Austrália) apenas em 7.5% da amostra existe a perceção de que as pessoas com perturbações mentais são mais violentas do que as outras; já nos países em desenvolvimento (PED, e.g., México e Marrocos) esta perceção foi de 15.5%; (2) 48% dos inquiridos dos PD consideram que uma psicopatologia é semelhante a uma doença física (ao passo que nos PED cerca de 13.5% têm a mesma opinião); (3) nos PD só 7% dos respondentes tem a perceção de que uma psicopatologia é uma condição reversível, enquanto nos PED esta proporção foi superior (e.g., 16% na Argélia e 12% na Índia); (4) 57% dos respondentes ( $N = 596712$ ) indicaram estar em contacto diário com (pelo menos) uma pessoa que sofre de uma psicopatologia, as quais, são ocultadas nas sociedades mais tradicionais (e.g., em países asiáticos como a China) pois são consideradas uma desonra familiar. Concluiu-se que o estigma para com a doença mental é um fenómeno transcultural, mas há diferenças sobre quem é estigmatizado e porquê.

Conforme se constata, até aqui tenho feito referências a estudos efetuados sobretudo nos E.U.A. (mas também na Austrália, na Holanda, no Brasil, no Canadá, entre outros países) acerca da opinião pública sobre a psicologia. Mas e quanto a Portugal? Que estudos têm sido efetuados para aferir a opinião pública acerca da psicologia em Portugal?

## **2.10 O Contexto Português**

Conforme Jesuíno (1994), no que diz respeito à imagem pública da psicologia em Portugal, “embora não dispondo de dados objetivos, julgamos legítimo especular que em

Portugal, como em tantos outros países, a psicologia é hoje reconhecida como uma atividade científica de pleno direito” (p. 233). E em 2016, continuava-se a desconhecer estudos cujo objetivo tenha sido o de aferir a opinião pública sobre a psicologia em Portugal. Existiam no entanto publicações através das quais efetuei algumas inferências. Replicando um estudo de Seligman (1995), Vasco, Santos e Silva (2003) aferiram as perceções dos utentes, de serviços de saúde portugueses, sobre os resultados subjetivos percebidos e a satisfação com os médicos de família, psicólogos e psiquiatras. Quanto à procura de apoio psicológico, 60% da amostra recorreu a amigos e colegas, aos companheiros ou cônjuges e a outros familiares, sendo três as principais razões para não consultarem um profissional de saúde mental: (1) eles próprios resolverem os problemas; (2) o recurso à família ser suficiente; e (3) o custo das consultas. Dos 28% de inquiridos que procuraram apoio psicológico, recorreram aos médicos de família (39%), psiquiatras (30%), médicos de especialidade (28%) e só 15% aos psicólogos, sobre os quais, 64% dos utentes ficaram muito satisfeitos. Concluiu-se que existia um “quadro otimista relativamente à satisfação da população com os resultados da psicoterapia” (p. 490), mas será importante que os médicos referenciem os psicólogos nos casos clínicos mais graves.

Já em 2006 e em 2010 as taxas de procura de ajuda foram menos animadoras. De acordo com o Eurobarómetro da Comissão Europeia (2010) sobre a saúde mental na União Europeia (UE), em Portugal, a proporção de respondentes (21%) que procurou ajuda para um problema psicológico ou emocional é mais elevada do que a média da UE (15%) e aumentou face a 2006 (16%). No entanto (dos 21%) 17% dos inquiridos mencionaram ter recorrido aos médicos de clínica geral, 3% aos psiquiatras e só 2% aos psicólogos. Além disso, a proporção dos respondentes portugueses (15%) que referiu tomar medicamentos antidepressivos é mais elevada do que a média da UE (7%). Esta medicação foi tomada sobretudo para problemas de depressão e de ansiedade. Já Miranda (2012) efetuou uma tese de mestrado onde estudou a satisfação com a qualidade dos serviços de psicoterapia e de psicologia clínica, bem como as perceções que a população não-clínica possui sobre a necessidade de recorrer a esses serviços. Os resultados evidenciaram uma associação positiva entre a satisfação com os resultados da psicoterapia e o bem-estar subjetivo; e duas correlações negativas: entre a satisfação com os resultados e os sintomas, e entre essa mesma satisfação e o stresse. No sentido inverso, quanto maior a insatisfação com os serviços, menor o bem-estar subjetivo e maior a magnitude dos sintomas. Na amostra total, 46.1% já tinha recorrido a psicoterapia e 28.5% expressaram já ter sentido essa necessidade. Das descrições livres salientou-se que vários inquiridos não sabiam

como as consultas de psicologia os poderia ajudar e outros advogaram que estas deveriam ser disponibilizadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Coppens *et al.* (2013) estudaram as atitudes acerca da depressão e da procura de serviços de saúde mental na Alemanha, Irlanda, Hungria e Portugal. Na amostra portuguesa a concordância com os itens do estigma pessoal foi de 32% e com os itens do estigma percebido foi de 54% (ambos acima da média dos quatro países). Quanto à abertura para procurar apoio psicológico 83% dos portugueses referiram-na, mas menos de metade (48%) perceberam valor nesse apoio. Logo, na subamostra portuguesa, parece-me existir uma ambivalência atitudinal: uma grande abertura para procurar apoio psicológico, mas uma menor percepção de valor nesse apoio. Já Master, Carvalho, Motta, Sousa e Gilbert (2016) adaptaram e validaram para a população portuguesa a *Attitudes Towards Mental Health Problems Scale*. Observaram que os participantes, com e sem problemas psiquiátricos, não expressaram diferenças nas atitudes para com os problemas de saúde mental (i.e., na percepção de como a comunidade e a família lidam com os referidos problemas), na vergonha externa (i.e., na percepção de como a comunidade e a família lidariam com a pessoa caso ela tivesse uma psicopatologia) e na vergonha interna (i.e., a autoavaliação negativa por se ter um problema de saúde mental). Mas houve diferenças significativas entre dois grupos na vergonha refletida (i.e., nas crenças sobre como a família do respondente seria vista se este tivesse uma psicopatologia; e na vergonha de ter um familiar chegado com uma perturbação mental): a subamostra de respondentes com perturbações mentais apresentou valores mais baixos de vergonha refletida (face à subamostra sem problemas psiquiátricos) o que se poderá dever à sua experiência com o problema ou por terem desenvolvido estratégias de *coping* eficientes para lidar com o estigma.

Em suma, os estudos sobre a população portuguesa revelam oscilações acentuadas em termos de procura de apoio psicológico (28% em 2003; 16% em 2006; 21% em 2010; 46% em 2012), mas quanto à psicologia em específico, passou de 15% em 2003 para 2% em 2010. Quanto à intenção de adesão terapêutica aferiu-se uma proporção de 29% em 2012 e de 83% em 2013. E à semelhança dos estudos em outros países, o fator estigma aparentava ser preponderante como barreira aos serviços de psicologia. Mas não existiam estudos empíricos com foco direto na opinião da população portuguesa acerca da psicologia em Portugal. E a sua existência é essencial. Um estudo epidemiológico (feito em 30 países) sobre a prevalência de perturbações mentais salientou que os países com os índices mais elevados foram os E.U.A. (26,4%) e Portugal (23,1%), estimando-se que cerca de 1 em cada 5 portugueses sofra de perturbações mentais (Caldas de Almeida & Xavier, 2013). Contrasta com estes dados o

facto de Portugal ser o país da Europa com o maior número de cursos de psicologia por milhão de habitantes (2,96), existindo 21929 diplomados no final de 2014 e estando 3480 inscritos nos Centros de Emprego em Agosto de 2015, elevando-se este número para 4395 quando se consideram também aqueles com as cédulas suspensas (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2012; 2017). Portanto, em Portugal existem muitas pessoas necessitadas de cuidados de saúde mental e muitos psicólogos. É um contraste que sugere a imagem de duas ilhas: numa está a população de psicólogos (necessitada de utentes para colocar em prática o seu conhecimento); noutra, a de indivíduos com psicopatologias (necessitados de psicólogos clínicos que os apoiem na superação das suas dificuldades). Sabe-se que há «embarcações» que permitem alguma mobilidade entre estas «duas ilhas», mas poder-se-á contruir uma «ponte» que possibilite uma maior acessibilidade e interatividade entre as duas populações? Quais serão os elementos que poderão contribuir para (ou inviabilizar) essa construção?

**2.10.1. Estudos preliminares: perspetivas das pessoas e dos clínicos.** Para tentar obter respostas a estas questões e colmatar a referida lacuna empírica, efetuei um estudo exploratório onde aferi as vivências intencionais sobre as consultas de psicologia. O público salientou a importância de os psicoterapeutas e os psicólogos clínicos (PePC) darem mais atenção às dimensões técnica (e.g., menos julgamentos, mais capacidade para criar uma relação de confiança e fazerem interpretações mais pertinentes), pessoal (e.g., mais empatia e simpatia, maior qualidade comunicativa e mais otimismo) e instrumental (e.g., mais garantias de confidencialidade e esclarecimentos sobre o contrato terapêutico). Também se salientou o desejo, em 70% dos respondentes, de (em linha com o que preconiza a psicologia positiva) poderem recorrer a uma abordagem psicológica clínica integrada, focada não só nos aspetos negativos da personalidade, como nos positivos (Ramos, 2016a). Quanto à população da «outra ilha», quando os PePC foram inquiridos sobre o que poderá contribuir para que haja uma baixa adesão às consultas de psicologia na população portuguesa, salientou-se um facto que poderá ser uma barreira que dificulta a conexão entre as «ilhas»: 74% das atribuições causais são externas, isto é, as causas apontadas por parte dos PePC radicam sobretudo nas pessoas (e.g., a sua mentalidade, a escassez de recursos financeiros, a falta de vontade de mudar ou o estigma social) e na inoperância das instituições, como a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP) e o SNS, ou do próprio governo (Ramos, 2016b).

Estes dois estudos sublinham que a maioria de atribuições causais externas, que ambas as populações apontam (para que não haja uma maior adesão terapêutica), estão a criar barreiras, ao invés uma interface que contribua para ampliar os níveis da saúde mental em

Portugal. Porém, estes estudos foram efetuados como trabalhos para unidades curriculares do 4.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica (no ISPA-IU), logo estiveram sujeitos à limitação temporal (entre outras) decorrente de estarem a ser trabalhados (cada um deles) em conjunto com mais sete disciplinas, por isso, o presente trabalho pretende efetuar um aprofundamento teórico e metodológico do primeiro estudo (Ramos, 2016a), a fim de se obterem conclusões mais sólidas sobre a opinião pública acerca da psicologia em Portugal.

## **2.11 Pertinência, Objetivos, Questões de Investigação e Hipóteses**

Para além de não existir um estudo específico sobre a opinião pública acerca da psicologia em Portugal, também não havia um instrumento psicométrico que servisse esse fim. Assim, por um lado este estudo adquire pertinência por ser pioneiro, mas sobretudo porque, dando voz às pessoas (de uma forma anónima e confidencial) a fim de aferir eventuais barreiras que as impedem de aderir às consultas, pretende contribuir para ampliar a adesão psicoterapêutica (e mitigar a elevada prevalência de psicopatologias em Portugal) e para que os PePC tenham carreiras profissionais mais profícuas. Por outro lado, a adaptação integral de um instrumento psicométrico para a população portuguesa, visou enriquecer a abordagem metodológica usada e deixar um legado científico para estudos futuros.

**2.11.1. Questões de investigação.** (1) À semelhança dos estudos de Nunnally e Kittross (1958) e de McGuire e Borowy (1979), terão os portugueses opiniões mais favoráveis para com os médicos e os enfermeiros do que para com os psicólogos? (2) Face ao estudo de Coppens *et al.* (2013) haverá uma baixa perceção de competência dos psicólogos e uma maior intenção de adesão, bem como uma menor tolerância ao estigma? (3) Que conteúdos poderão surgir do cruzamento entre os dois instrumentos psicométricos usados, a fim de criar uma «ponte mais larga e sólida entre as duas ilhas»?

**2.11.2. Objetivos.** Este estudo tem três grandes objetivos: (1) efetuar uma replicação parcial do estudo de Nunnally e Kittross (1958) para obter a opinião pública acerca dos serviços de psicologia em comparação com outros serviços de saúde; (2) adaptar um instrumento psicométrico que visa obter atitudes sobre três fatores: tolerância ao estigma, perceção de competência dos psicólogos e intenção de adesão psicoterapêutica; (3) com o cruzamento dos dois instrumentos aprofundar o conhecimento sobre como poderá ser criada uma melhor interface entre os PePC e as pessoas necessitadas de serviços de saúde mental.

**2.11.3. Hipóteses.** Na sequência de investigações anteriores é expetável que: (1) no estudo comparativo, a opinião pública sobre os médicos e enfermeiros seja mais favorável do

que a sobre os psicólogos; (2) espera-se que a opinião pública sobre os serviços de psicologia seja positiva relativamente à intenção de adesão terapêutica, mas a perceção de competência dos psicólogos e a tolerância ao estigma deverão ser mais baixas; (3) com a interseção dos instrumentos espera-se obter dados que contribuam para «aproximar as duas ilhas».

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Delineamento

Este estudo foi efetuado em seis fases: (1) fez-se uma revisão da literatura sobre a aferição da opinião pública acerca dos serviços de psicologia, bem como dos instrumentos existentes para esse fim; (2) foi parcialmente adaptada a Escala de Diferencial Semântico (EDS) usada por Nunnally e Kittross (1958) que visa obter a opinião pública sobre os psicólogos face a outros profissionais de saúde; (3) foi adaptado na íntegra o instrumento *Beliefs About Psychological Services* (BAPS) criado por Ægisdóttir e Gerstein (2009; 2014) que capta atitudes específicas sobre os serviços de psicologia; (4) foi criado um questionário onde se agregaram os instrumentos (e questões para obter dados sociodemográficos); (5) os resultados foram analisados com o apoio do *software IBM SPSS Statistics* (v. 20) e do *IBM SPSS AMOS* (v. 22), com um nível de significância  $\leq .05$  (i.e., assumiu-se uma margem de erro de 5%); e (6) culmina com a discussão, conclusões e sugestões para estudos futuros.

#### 3.2 Participantes

Obtiveram-se 879 respostas no total. Contudo, apesar de o questionário sobre a opinião pública portuguesa acerca da psicologia (QOPP) não ser, de forma explícita, dirigido a psicólogos, psicoterapeutas ou a psiquiatras, responderam 142 psicólogos e estudantes de psicologia. A análise desta subamostra nas variáveis compósitas da EDS evidenciou um viés endogrupal (i.e., favorabilidade face aos restantes profissionais de saúde; Anexo A), daí que esta subamostra foi excluída e será usada num estudo futuro onde se analisarão as perceções dos próprios psicólogos sobre os serviços de psicologia em Portugal (comparando-as com a restante opinião pública). Assim, a amostra ficou reduzida a 737 indivíduos: 561 (76%) do sexo feminino e 176 (24%) do sexo masculino. A média das idades foi de 44 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-83$ ), a grande maioria ( $N = 485$ ; 66%) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior) e apenas 7% possui habilitações abaixo do 12.º ano de escolaridade. 51% dos inquiridos já consultou um psicólogo (43% nunca o fez e há 6% de casos omissos). A maioria (62%) reside na zona de Lisboa. As ocupações mais representadas são: professores

(7.5%,  $N = 55$ ), assistentes (e.g., de bordo, dentários, educativos; 5.4%,  $N = 40$ ) e reformados (5%,  $N = 27$ ). A maioria (58%) perceciona-se como pertencendo à classe média, 29% à classe média-baixa ou baixa e 13% à classe média-alta ou alta (há um caso omissa) (Anexo B).

**3.2.1. Tipo de amostra.** Porque as respostas foram obtidas através do QOPP, que ficou disponível na *Internet*, a amostra é não-probabilística e por conveniência. Foram usados quatro critérios de inclusão: (1) os respondentes serem maiores de 18 anos; (2) residirem em Portugal; (3) não residindo em Portugal, conhecerem a realidade social portuguesa; e (4) não serem psicólogos, psicoterapeutas ou psiquiatras (conforme já supramencionado).

### 3.3 Procedimentos

**3.3.1. Adaptação linguística da EDS.** A EDS, usada por Nunnally e Kittross (1958) e por McGuire e Borowy (1979), incluía 12 grupos de comparação (médicos de clínica geral, médicos de especialidade, enfermeiros, psicólogos, psicólogos de investigação, psicólogos clínicos, psiquiatras, psicanalistas, assistentes sociais, utentes de hospitais de saúde mental, Eu (i.e., o próprio respondente) e pacientes mentais) em 19 dimensões bipolares de adjetivos (aferidas numa escala entre 1=adjetivo desfavorável e 7=adjetivo favorável): (1) insincero-sincero; (2) imprevisível-previsível; (3) fraco-forte; (4) lento-rápido; (5) rude-gentil; (6) frio-caloroso; (7) perigoso-seguro; (8) tenso-relaxado; (9) inútil-útil; (10) ineficaz-eficaz; (11) complicado-simples; (12) descolorido-colorido; (13) inconfiável-confiável; (14) feminino-masculino; (15) impulsivo-calmo; (16) aborrecido-interessante; (17) pouco determinado - muito determinado; (18) impassível-emotivo; (19) desorganizado-organizado.

Porém, o uso desta escala na íntegra implicaria submeter os respondentes a um total de 228 itens, daí que, porque ao adicionar os 29 itens da BAPS (que subiram para 39 numa segunda fase do estudo) e as variáveis sociodemográficas, teríamos um questionário muito extenso, determinou-se que os grupos ficariam reduzidos a cinco: enfermeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras e terapeutas alternativos. Assim, por não se enquadrarem nos objetivos do estudo foram excluídas as categorias Pacientes Mentais, Eu (i.e., o próprio respondente) e Utentes de hospitais de saúde mental. Os assistentes sociais não foram incluídos por não ter sido claro (aquando da decisão de quais os grupos a reter) se poderiam ser incluídos nos profissionais de saúde (o que é factual e foi uma falha); os médicos de clínica geral e os de especialidade agruparam-se na categoria Médicos; os psicólogos, psicólogos clínicos e psicanalistas ficaram na categoria Psicólogos Clínicos (pois duvida-se que o público em geral distinga os psicólogos clínicos dos psicanalistas). Os grupos dos Enfermeiros e Psiquiatras

não sofreram alterações e incluiu-se uma nova categoria, a dos Terapeutas Alternativos, já que nos E.U.A. 83 milhões de adultos gastaram 33.9 bilhões de dólares em medicinas alternativas e complementares (MAC) (Nahin, Barnes, Stussman, & Bloom, 2009), as quais são usadas por cerca de 40% dos pacientes norte-americanos (Ring & Temple, 2016); em Portugal ( $N = 174$ ) cerca de 76% (83% quando são considerados apenas as mulheres) já foram pelo menos uma vez utentes de MAC (Carvalho, Lopes, & Gouveia, 2012). Porém esta nova categoria levantou a questão de como a apresentar ao público: terapeutas alternativos ou alternativos e complementares? Isto porque em Portugal há legislação (Lei n.º 45/2003) para os alternativos (i.e., para os profissionais de acupuntura, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia e quiropraxia; Serviço Nacional de Saúde, 2017), mas não para os complementares (e.g., de meditação, hipnose, constelações familiares, *reiki*, arteterapia e *shiatsu*). Porque nos pareceu que Terapias Alternativas é uma designação mais instituída no tecido social (e que em termos de representação social poderá abarcar as terapias complementares) foi esta a opção escolhida.

Quantos aos fatores bipolares foram reduzidos de 19 para 7: insincero-sincero, lento-rápido, frio-caloroso, perigoso-seguro, inútil-valioso, ineficaz-eficaz e inconfiável-confiável. Mas foram também efetuadas duas alterações que pareceram ser importantes do ponto de vista psicolinguístico: (1) o estudo de Nunnally e Kittross (1958) usou o modo singular para as designações dos grupos profissionais (e.g., *Doctor*; *Psychologist*), mas pareceu-nos ser mais adequado o uso do modo plural (e.g., Médicos; Psicólogos) a fim de remeter o raciocínio dos respondentes para cada grupo profissional e de tentar evitar que, eventualmente, o uso do singular remeta mnesicamente para um profissional específico de um determinado grupo; (2) o estudo original (*idem, ibidem*) apresentava aos respondentes um grupo profissional e depois o elenco de adjetivos bipolares (procedendo da mesma forma para cada grupo profissional), mas pareceu-nos ser mais adequado apresentar primeiro o par de adjetivos, seguido do elenco de grupos profissionais (procedendo da mesma forma para cada par de adjetivos), a fim de facilitar as comparações intergrupais (dado que esse é um dos objetivos do estudo).

**3.3.2. Adaptação linguística da BAPS.** Dada a inexistência de uma versão da BAPS em português, solicitei à primeira autora do artigo onde foi publicada a escala (Dr.<sup>a</sup> Stefanía Ægisdóttir) a autorização para adaptar a BAPS para a língua portuguesa. Após a obtenção da autorização (Anexo C1), foi efetuada a adaptação da BAPS conforme as seis etapas sugeridas por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000): (1) efetuar no mínimo duas traduções (Anexo C2); (2) sintetizar as duas traduções (Anexo C3); (3) obter duas retroversões, por dois tradutores cuja primeira língua seja a de origem (Anexo C4); (4) submeter os relatórios a um

comité de especialistas (Anexo C5) e chegar a um consenso quanto à versão pré-final da escala (Anexo C6), assegurando que o questionário seja entendido por uma criança de 12 anos de idade (Anexo C7); (5) efetuar um teste da versão pré-final a uma amostra de 30 a 40 pessoas (Anexo C8); e (6) submeter os relatórios das cinco etapas anteriores ao investigador principal (neste caso, ao orientador da tese), a fim de ser efetuada uma auditoria do processo, assegurando que todas as etapas foram rigorosamente cumpridas, e decidir sobre a qualidade científica da tradução final, a qual foi confirmada pelo Dr. Daniel Sousa.

Foi ainda sugerido por Ægisdóttir (2016) que no final da BAPS fosse colocada uma questão em aberto para os participantes se expressarem sobre os psicólogos e os serviços que prestam, para verificar se existem conteúdos psicológicos que não estejam a ser contemplados pelas três variáveis compósitas da BAPS (intenção, estigma e competência) tendo em vista a melhoria da escala (em termos de poder explicativo e preditivo). Foi então explicado à Dr.<sup>a</sup> Ægisdóttir que efetuei um estudo exploratório na disciplina de Psicologia Fenomenológica (Ramos, 2016a) de onde se salientaram 3 dimensões (associadas às consultas de psicologia): técnica (e.g., competência interpretativa, atitude de não-julgamento, capacidade de empoderar com estratégias de  *coping*, não-envolvimento com a história do utente e competência para ajudar a elevar a qualidade de vida), instrumental (e.g., contrato terapêutico, acolhimento do  *setting*, garantias de confidencialidade, eficácia das intervenções e custo das consultas) e pessoal (simpatia, empatia, capacidade de criar uma relação de qualidade, confiabilidade, otimismo e congruência), bem como uma quarta dimensão – evolutiva – (esta relacionada com o utente, como consequência da presença das três anteriores dimensões) que engloba: autoescuta, autoconhecimento e o facto de se ficar conteúdos para refletir e evoluir como pessoa. Após várias trocas de impressões técnicas com a Dr.<sup>a</sup> Ægisdóttir e com a colaboração e a concordância do Dr. Daniel Sousa ficou decidido testarmos 11 novos itens na BAPS. Por conseguinte, a BAPS foi testada numa primeira fase com um total de 29 itens (Anexo C9).

**3.3.3. Divulgação do questionário.** O QOPP foi divulgado na Internet, sobretudo nas redes sociais *Instagram*, *Google+* e *LinkedIn*; mas o maior investimento (temporal) foi com a sua difusão no *Facebook*, onde (conforme Kosinski, Matz, Gosling, Popov, & Stillwell, 2015) se obtêm respostas de participantes raros (e.g., os estigmatizados socialmente e os que sentem desconforto psicológico por estarem a responder a um questionário na presença de um investigador) e se consegue um elevado número de respostas com um investimento mínimo, dado que a amostra é formada por «bola de neve», que tem a desvantagem inicial de obter respostas de participantes com gostos semelhantes aos do investigador (no meu caso, e.g.,

linguística, psicologia, terapias complementares, biologia, epigenética, cinema, futebol, realidade virtual e desenvolvimento pessoal), mas que conforme a «bola» rola, vai minimizando esse inconveniente face à diversidade da população que usa o *Facebook*.

Para tentar minimizar o mais possível a referida desvantagem inicial criei uma página no *Facebook* (com o nome «Perceções sobre a Psicologia em Portugal»), que foi divulgada noutras páginas (e.g., «Portugal – Página Oficial», que tem mais de 80.000 seguidores) e grupos de interesses (e.g., «Arte em Portugal para o Mundo», que possui mais de 15.000 membros; e «Portugal é Lindo» com mais de 11.000 membros). Também efetuei contactos diretos (em privado, através da opção «Mensagens»; Anexo C10) com membros destes e de outros grupos (o que implicou vários bloqueios do *Facebook* devido à quantidade de mensagens privadas enviadas a utilizadores que não são meus «amigos»).

**3.3.4. Preparação dos dados.** O QOPP foi criado no *Survey Gizmo* (SG), que é uma plataforma gratuita de criação de questionários *online*, que possui diversas limitações (que são removidas para quem paga), como por exemplo não exportar os dados para o SPSS (o que implicou ter de criar um modelo de importação dos dados obtidos no SG) e não permitir validar os campos (e.g., deixar o inquirido avançar sem avaliar todos os grupos profissionais da EDS, deixando casos omissos, que necessitam de tratamento extra no SPSS). Logo, foi necessário proceder a oito etapas de «limpeza» e de preparação dos dados (Anexo D1).

## 3.4 Instrumentos

**3.4.1. Escala de Diferencial Semântico.** Esta escala foi constituída por 7 fatores bipolares que avaliam dimensões humanas (insincero-sincero; frio-caloroso; inconfiável-confiável), do processo terapêutico (perigoso-seguro; lento-rápido; inútil-valioso) e da eficiência do serviço em geral (ineficaz-eficaz) de cinco grupos de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, psiquiatras e terapeutas alternativos). As dimensões humanas e do processo foram também analisadas como variáveis compósitas, sendo analisado o fator ineficaz-eficaz como um produto das perceções sobre a dimensão humana e a do processo terapêutico. Portanto a EDS possui um total de 35 itens.

Quanto à interpretação da EDS, a cada par de adjetivos são atribuídos dois valores (e.g., 1 = “Ineficaz”; 7 = “Eficaz”) sendo posicionados entre estes, mais cinco valores (entre 2 e 6). Portanto cada respondente atribui um valor entre 1 e 7 a cada grupo profissional nas sete subescalas da EDS. Logo, sendo todos os adjetivos favoráveis posicionados no valor 7 (e os desfavoráveis no valor 1) quanto mais elevada for a pontuação, maior será a perceção de

favorabilidade dos percipientes (sobre cada grupo profissional em cada adjetivo). Quanto ao valor 4, é considerado um ponto central ou neutro e “pode ser interpretado como um «não sei» ou como uma posição de ambivalência” (Nunnally & Kittross, 1958, p. 589-590).

Com a EDS, pretende-se obter uma perspectiva comparativa entre os psicólogos clínicos e outros profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psiquiatras e terapeutas alternativos) em dimensões específicas (e.g., inconfiável-confiável) e em fatores gerais (e.g., humanidade) a fim de levantar reflexões sobre a imagem pública da psicologia e dos psicólogos clínicos no âmbito da saúde mental, face a outros profissionais de saúde.

**3.4.2. A Escala BAPS.** Após uma pesquisa das escalas existentes para estudar a opinião pública sobre os serviços de saúde mental, das sete com melhores qualidades psicométricas (Anexo E1) foi escolhida para este estudo a BAPS porque se foca, dentro dos serviços de saúde mental, sobre os de psicologia, mas também porque em comparação com as escalas que igualmente se focam nesse mesmo âmbito, nomeadamente, a *Thoughts About Psychotherapy Survey* ou TAPS (Kushner & Sher, 1989), a *Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form* ou ATSPPH-SF (Fischer & Farina, 1995) e a *Stigma Scale for Receiving Psychological Help* ou SSRPH (Komiya, Good, & Sherrod, 2000), a BAPS, para além de ser o instrumento com melhores qualidades psicométricas, mede a influência do estigma (que a ATSPPH-SF não mede), a intenção de aderir à terapia (que o TAPS não mede) e as características do psicólogo (que o SSRPH não mede).

A BAPS foi criada por Ægisdóttir e Gerstein (2009; 2014) com uma amostra norte-americana e foca-se na medição das atitudes e das intenções para com a procura de apoio psicológico. Já foi adaptada para a população da Islândia (Ægisdóttir & Einarsdóttir, 2012) e da Letónia (Makarova, Orlovska, Katšena, & Raščevska, 2013) e decorre esse processo na Coreia do Sul (Ægisdóttir & Choi) e na Turquia (Ægisdóttir & Cinarbas). É constituída por 18 itens em forma de afirmações (e.g., o #9: “É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.”; Anexo E2) dispostos numa escala do tipo *Likert* de concordância, que varia entre 1 (“discordo completamente”) e 6 (“concordo completamente”). Possui uma consistência interna muito boa ( $\alpha = .90$ ), validade de construto convergente (e.g., com a ATSPPH-SF:  $r = .71, p < .001$ ) e elevada fidelidade teste-reteste ( $r = .87$ ).

Os itens da BAPS (Anexo E3) agrupam-se em três subescalas: (1) Intenção de Adesão (i.e., a intenção comportamental para com a procura de apoio psicológico); (2) Tolerância ao Estigma (que afere a influência que as representações sociais negativas, sobre

quem consulta um psicólogo, exercem sobre a pessoa, bem como a sua capacidade de superar essas barreiras); e (3) Competência (ou perícia, do inglês *expertise*) que afere a percepção sobre características positivas e negativas dos psicólogos e dos serviços que prestam.

Quanto à interpretação da BAPS, a pontuação varia entre 18 e 108, representando os valores mais elevados atitudes mais positivas para com os psicólogos e os serviços que prestam. Mas é necessário considerar que há sete itens com as pontuações invertidas: #5, #8, #10, #11, #13, #15 e #17 (Ægisdóttir & Gerstein, 2014) e que o racional teórico da BAPS radica na Teoria do Comportamento Planeado (*Theory of Planned Behavior* ou TCP) de Ajzen (1991) associando-se o fator Estigma às crenças normativas (subjacentes às normas subjetivas de cada pessoa), o fator Competência às crenças comportamentais (subjacentes às atitudes para com o comportamento, neste caso, de procurar ajuda psicológica) e o fator Intenção corresponde à dimensão com o mesmo nome na TCP, isto é, à intenção planeada para com um comportamento (neste caso, a procura de apoio psicológico). Portanto a BAPS assenta no pressuposto teórico de que existe uma associação entre a intenção comportamental e o comportamento, sendo a intenção comportamental influenciada por atitudes, por normas subjetivas e pelo controlo comportamental percebido (uma dimensão da TCP que a BAPS original não capta), influenciando-se estes três últimos fatores de forma recíproca.

Em suma, através da BAPS pretende-se analisar as associações entre a intenção de adesão terapêutica, a tolerância ao estigma e a percepção da perícia do psicólogo, a fim de aferir como se correlacionam e tentar aprofundar o conhecimento (na população portuguesa) sobre: existindo uma elevada prevalência de psicopatologias e uma considerável população de PePC, porque não usarão as pessoas com maior frequência os serviços destes profissionais? Será porque é baixa a tolerância das pessoas ao estigma social? Será porque a percepção que as pessoas possuem sobre a competência dos psicólogos é baixa? Será por ambas as razões? E estará a intenção de adesão mais associada à tolerância ao estigma ou à competência?

**3.4.3. O Questionário.** O QOPP incluiu a EDS, a BAPS, questões abertas (que não foram analisadas nesta tese) e questões para obter os dados sociodemográficos, que incluíram seis variáveis: (1) Sexo (qualitativa-nominal com dois níveis: Feminino; Masculino); (2) Idade (quantitativa-contínua); (3) Habilitações Escolares (qualitativa-ordinal com oito níveis, conforme o Instituto Nacional de Estatística; INE, 2012): Abaixo da 4.<sup>a</sup> Classe; 4.<sup>a</sup> Classe (1.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico); 6.<sup>o</sup> Ano de escolaridade (2.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico); 9.<sup>o</sup> Ano de escolaridade (3.<sup>o</sup> ciclo do ensino básico); 12.<sup>o</sup> Ano de escolaridade (ensino secundário); Licenciatura; Mestrado; e Doutoramento); (4) Profissão (qualitativa-nominal, que no SPSS foi

agrupada em categorias de acordo com as respostas obtidas; Anexo D2); (5) Zona de Residência (qualitativa-nominal com sete níveis, segundo a distribuição do INE, 2012): Açores; Alentejo; Algarve; Centro; Lisboa; Norte; e Madeira) e (6) Percepção da Classe Social onde cada inquirido se insere (qualitativa-ordinal com cinco níveis, segundo o Grupo Marktest, 2016): Baixa; Média-Baixa; Média; Média-Alta; e Alta.

Em termos sequenciais o QOPP ficou constituído por oito partes (Anexo F): (1) uma introdução que incluiu o objetivo do estudo, a declaração de confidencialidade, os contactos dos investigadores e o consentimento informado; (2) as sete dimensões da EDS; (3) depois as variáveis sociodemográficas (para pausar o nível de exigência cognitiva e minimizar algum efeito de arrastamento da EDS para a BAPS); (4) os 18 itens originais da BAPS seguidos de 11 itens novos; (5) para criar no SPSS a variável «aderente» VS «não-aderente» (às consultas de psicologia) foi inserida a seguinte questão: “A quantas consultas de psicologia já recorreu? (Se nunca recorreu a uma consulta de psicologia, por favor insira o valor 0. Se já recorreu e não se recordar da quantidade exata de consultas, indique um número aproximado)”;

(6) as QA (que não foram consideradas para esta tese); (7) para aferir a validade interna da BAPS, foi apresentada uma última questão (numa escala de *Likert* de probabilidade entre 1 = “Não é nada provável” e 7 = “É muito provável”): “Qual é a probabilidade de você consultar um psicólogo no futuro?”; e (8) uma instrução para os respondentes que quisessem saber os resultados do estudo manifestarem essa intenção por *e-mail* e um espaço aberto, de resposta facultativa, para comentários sobre o estudo. Todas as restantes respostas foram obrigatórias.

## 4 ANÁLISES FATORIAIS – ESTUDO 1

### 4.1 Análise Fatorial Confirmatória

Esta análise é o procedimento de eleição para testar formalmente a dimensionalidade de uma escala quando existe uma teoria, e evidência empírica, que suportem uma determinada estrutura dos dados (Finch, Immekus, & French, 2016). Por conseguinte, a AFC foi usada neste estudo para aferir o ajustamento do modelo proposto por Ægisdóttir e Gerstein (2009; 2014), que incide sobre as crenças associadas à procura de serviços de psicologia.

**4.1.1. Procedimentos.** Foi criada uma cópia, que ficou com 306 casos, da primeira base de dados, dado que foram eliminados 87 casos de psicólogos e estudantes de psicologia, bem como 6 registos com valores omissos nos 18 itens da BAPS. A validade fatorial da versão portuguesa da BAPS (BAPS-PT-18) foi avaliada com o recurso a uma análise fatorial confirmatória (AFC) com o programa *IBM SPSS Amos* (v. 22), conforme Marôco (2014).

**4.1.2. Participantes.** Dos 306 indivíduos cujas respostas foram consideradas para esta AFC, 243 (79%) eram do sexo feminino e 63 (21%) do sexo masculino. A média das idades foi de 42 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-77$ ) e a maioria (76%;  $N = 232$ ) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior). Cerca de 67% ( $N = 204$ ) reside na zona de Lisboa, sendo as zonas do país menos representadas a dos Açores ( $N = 3$ ) e a da Madeira ( $N = 1$ ). A maioria perceciona-se como pertencendo à classe média (62.4%,  $N = 191$ ), 23.2% ( $N = 71$ ) à classe média-baixa ou baixa e 14.4% ( $N = 44$ ) à classe média-alta ou alta (Anexo G1).

**4.1.3. Resultados.** Após análise dos índices de modificação (de covariâncias) e da criação de trajetórias conforme duas sugestões desses índices (correlacionando os resíduos dos itens #2 e #4 no fator Intenção; e os resíduos dos itens #17 e #18 no fator Estigma), o modelo trifatorial da BAPS ajustado a uma amostra de 306 respondentes portugueses, revelou uma qualidade que varia entre aceitável ( $RMSEA = .056$ ;  $PCLOSE$  [ $rmsea \leq .05$ ] = .145), boa ( $\chi^2/gl = 1.971$ ;  $GFI = .913$ ;  $TLI = .936$ ;  $PGFI = .694$ ) e muito boa ( $CFI = .946$ ;  $PCFI = .803$ ) de acordo com os limiares empíricos (Anexo G2) definidos em Marôco (2014).

Apesar destes bons índices, as medidas usadas são índices de ajustamento global e as medidas de ajustamento local (embora menos reportadas nas AFC feitas através de equações estruturais) também devem ser utilizadas pois “um modelo pode ter um ajustamento aceitável, mas ainda assim ter problemas de ajustamento local” (Marôco, 2014, p. 75). Logo foi também usada uma medida de fidelidade individual: a fração da variância explicada em cada variável endógena, que deve ser  $\geq .25$  (i.e.,  $\lambda^2$  ou  $R^2 \geq .25$ ). De facto todas as variáveis dos fatores Intenção e Competência têm valores superiores ao referido limiar (tal como ocorre com os seus pesos fatoriais, todos superiores ao limiar de  $\lambda \geq .5$ ). Mas, cinco das oito variáveis do fator Estigma têm valores de variância explicada abaixo de .25 (tendo os itens #5 e #11, respetivamente, os valores mais baixos: .14 e .15) indicando que estas variáveis contribuem pouco para a explicação da variância do referido fator e que o seu ajustamento ao modelo é fraco. Por outro lado os pesos fatoriais destas cinco variáveis também são abaixo do esperado ( $\lambda \geq .5$ ), tendo os itens #5 e #11 os valores mais baixos: .37 e .39, respetivamente (Anexo G3). Porém, com a eliminação destes dois itens (adotando uma estratégia conservadora) não se observaram aumentos significativos nos índices de qualidade do ajustamento do modelo, dado que permaneceu entre aceitável ( $RMSEA = .056$ ;  $PCLOSE$  [ $rmsea \leq .05$ ] = .204), bom ( $\chi^2/gl = 1.945$ ;  $GFI = .924$ ;  $PGFI = .679$ ) e muito bom ( $TLI = .948$ ;  $CFI = .957$ ;  $PCFI = .797$ ), logo, a opção foi a de manter estes itens a fim de conservar a estrutura original da escala.

Porque a estimação do modelo foi feita com o método da máxima verossimilhança, também foi verificado o pressuposto da distribuição normal multivariada, que segundo Kline (2005) deve ser analisado nos valores de assimetria (onde a *skewness*, ou *sk*, deve ser entre -3 e 3) e de curtose (onde a *kurtosis*, ou *ku*, deve ser entre -10 e 10). Com  $sk = -3.518$  e  $ku = 12.942$ , o item #8 foi o único que violou este pressuposto e nessa sequência foi eliminado para serem reanalisados os índices de qualidade. Porém, não sendo observadas melhorias nos índices (mesmo após a remoção dos dois itens com menores fidelidades individuais, deixando o fator «Estigma» com 5 itens) assumiu-se a opção de manter o item #8.

Foram também analisados os *outliers* multivariados através das distâncias de Mahalanobis ao quadrado (considerando-se que  $p1$  e  $p2$  devem ser  $\geq .001$ , caso contrário assume-se que são *outliers* multivariados; Marôco, 2014) e foram encontrados 14 casos. Assumindo novamente uma estratégia conservadora foram eliminados os *outliers* mais severos (os casos 13, 108, 130, 153, 166 e 173), o que resultou num decréscimo da qualidade de todos os índices de ajustamento. Foram depois eliminados os dois itens com menores fidelidades individuais (#5 e #11), o que levou ao estabelecimento de uma trajetória (seguindo a sugestão dos índices de modificação entre os itens #8 e #10. Alguns índices de qualidade melhoraram, mas outros pioraram. Foi também analisada a qualidade do ajustamento do modelo sem o item #8 (que continuava a violar o pressuposto da normalidade multivariada). Todavia os índices de qualidade do ajustamento do modelo, passaram a ser entre sofrível ( $\chi^2/df = 2.043$ ), aceitável ( $RMSEA = .059$ ;  $PCLOSE [rmsea \leq .05] = .113$ ), bom ( $GFI = .927$ ;  $PGFI = .664$ ;  $PCFI = .785$ ) e muito bom ( $CFI = .959$ ;  $TLI = .950$ ); portanto, piorou ligeiramente, daí que, os *outliers* foram mantidos a fim de conservar a estrutura original da escala e preservar os melhores índices de ajustamento.

Recorrendo aos pesos fatoriais estandardizados foi também calculada a fidelidade compósita (Fornell & Larcker, 1981; Bacon & Sauer, 1995), cujo limiar empírico (para que seja adequada) é o de um valor  $\geq .70$  (Marôco, 2014). A fidelidade compósita revelou-se adequada nos fatores Intenção e Competência com os valores de .92 e .79 (respetivamente) e é inferior ao desejável no fator Estigma com um valor de .69. Já a escala total evidenciou uma fidelidade compósita de .93 (Anexo G4). Foi também aferida a validade convergente (conforme Fornell & Larcker, 1981) usando-se como indicador a variância média extraída (VME) por fator. Este tipo de validade requer um valor  $\geq .5$  para ser adequada (Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2010). Aferiu-se que os fatores Intenção e Competência possuem validade convergente (com .65 e .50 de VME, respetivamente), mas o valor da VME

(.22) do fator Estigma é de cerca de metade do desejável (Anexo G5). Foi ainda analisada a validade discriminante (conforme Fornell & Larcker, 1981; Anderson & Gerbing, 1988) que existe quando as VEM dos fatores são  $\geq$  do que o quadrado da correlação entre esses fatores (Marôco, 2014). A correlação entre os fatores Intenção e Estigma é de  $r = .49$  (Anexo G3), logo, sendo a VME do fator Intenção = .65 e a VME do fator Estigma = .22 menores do que  $r^2 = .24$  conclui-se que estes dois fatores não têm validade discriminante. Extrai-se a mesma conclusão após a análise dos fatores Intenção e Competência (que têm um  $r = .91$ , com uma VME de .65 para o fator Intenção e de .50 para a Competência, menores do que  $r^2 = .83$ ) e dos fatores Estigma e Competência (com  $r = .49$ , com uma VME de .22 para o fator Estigma e de .50 para a Competência, menores do que  $r^2 = .24$ ) (Anexo G6).

Em suma, quanto às três subcomponentes da validade de construto: (1) há validade fatorial nos fatores Intenção e Competência, mas o valor do fator Tolerância ao Estigma é abaixo do desejável; verificam-se as mesmas validações e invalidação na fidelidade individual; (2) há validade convergente nos fatores Intenção e Competência, mas o valor do fator Estigma é abaixo do desejável; (3) não existe validade discriminante em nenhuma das três combinações fatoriais possíveis. Quanto à fidelidade de construto os fatores Intenção e Competência apresentam uma boa fidelidade compósita, mas o fator Estigma encontra-se ligeiramente abaixo (.69) do valor mínimo esperado ( $\geq .70$ ). Quanto à qualidade local, aferiu-se que os fatores Intenção e Competência possuem uma fração de variância explicada acima do mínimo esperado, porém, cinco das oito variáveis do fator Estigma possuem valores inferiores a .25, logo, é fraco o ajustamento deste fator ao modelo. Quanto à qualidade global o modelo apresenta, por via de oito índices, uma maioria de ajustamentos bons e muito bons (e apenas um índice é aceitável). Logo, conclui-se que o modelo é globalmente e em geral ajustado, porém, o fator Estigma apresenta valores que tornam o ajustamento questionável. Não obstante, dado que após a reanálise do modelo, excluindo os itens mais problemáticos, os índices de ajustamento global não melhoraram, adotando uma estratégia conservadora optou-se por manter todos os itens da escala original na BAPS-PT-18 e procurar obter uma segunda solução, testando novos itens (i.e., criando duas versões da BAPS) conforme se segue.

## 4.2 Análise Fatorial Exploratória

**4.2.1. Procedimentos.** Fez-se uma cópia, que ficou com 305 casos, da primeira base de dados global, pois foram eliminados 87 registos de psicólogos e estudantes de psicologia, bem como 7 registos com valores omissos nos 29 itens da BAPS. Foram também eliminados 18 *outliers* multivariados (detetados com a distância de Mahalanobis, que evidenciou 18 casos

para valores de  $\chi^2 > 58.301$ ; de acordo com Horn, 2009; Pallant, 2013; Grande, 2015, Anexo H1). A amostra passou para 287 casos, um número dentro do desejável por Kass e Tinsley (1979), que sugerem entre 5 a 10 casos por variável, e perto dos 300 sugeridos por outros especialistas (e.g., Nunnally, 1978, que sugere 10 respostas por variável; Tabachnick & Fidell, 2007, que aconselham pelo menos 300 casos). Por outro lado, apesar do impacto da existência de problemas na análise da normalidade multivariada (que pode levar a resultados espúrios) ser diminuto com amostras superiores a 200 casos (Hair *et al.*, 2010), os valores de achatamento e de curtose estão fora do intervalo entre -2 e 2 em 7 das 29 variáveis em estudo (Anexo H2), todavia estas representam 24% das variáveis, que é uma proporção abaixo dos 25% considerados estatisticamente aceitáveis (Ferguson & Cox, 1993). A multicolinearidade das variáveis foi aferida com o teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2_{(406)} = 4928$ ;  $p < .001$ ) onde se rejeitou a  $H_0$  (pois  $Sig. < \alpha = .05$ ) e se concluiu que a matriz de correlações não é uma matriz identidade (logo, as variáveis estão correlacionadas). Sendo o valor de Kaiser-Meyer-Olkin = .943 concluiu-se que estamos perante uma matriz de *input* com uma meritória adequabilidade dos dados. Face aos resultados de todos estes requisitos de adequabilidade concluiu-se que pode ser efetuada uma análise fatorial exploratória (AFE). Procedeu-se então à identificação dos fatores latentes (na BAPS com 29 itens) através do programa *IBM SPSS Statistics* (v. 20), conforme descrito em Hair *et al.* (2010).

**4.2.2. Participantes.** Dos 287 indivíduos cujas respostas foram consideradas para esta AFE, 230 (80%) eram do sexo feminino e 57 (20%) do sexo masculino. A média das idades foi de 42 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-77$ ) e a maioria (76%;  $N = 218$ ) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior). Cerca de 68% ( $N = 194$ ) reside na zona de Lisboa e a maioria perceciona-se como pertencendo à classe média (62.72%,  $N = 180$ ), 22.99% ( $N = 66$ ) à média-baixa ou baixa e 14.29% ( $N = 41$ ) à média-alta ou alta (Anexo H3).

**4.2.3. Resultados.** Após vários testes combinatórios (entre os 8 métodos de extração e os 6 métodos de rotação disponíveis no SPSS), foram escolhidas as seis melhores soluções para fatorizar os 29 itens da BAPS em exploração, que incluíram dois métodos de rotação (*promax* e *varimax*) e três métodos de extração: o da Máxima Verosimilhança (MMV), da Fatorização dos Eixos Principais (FEP) e o método das Componentes Principais (MCP).

Das rotações ortogonais (*varimax*) resultaram as soluções menos satisfatórias (Anexo H4). Quanto às rotações oblíquas (*promax*) (Anexo H5) a solução sugerida pela FEP foi a melhor pois apresentou quatro dimensões compostas pelos três fatores da BAPS original (à exceção do item #7 que se agrupou no fator Intenção ao invés de no fator Competência) e por

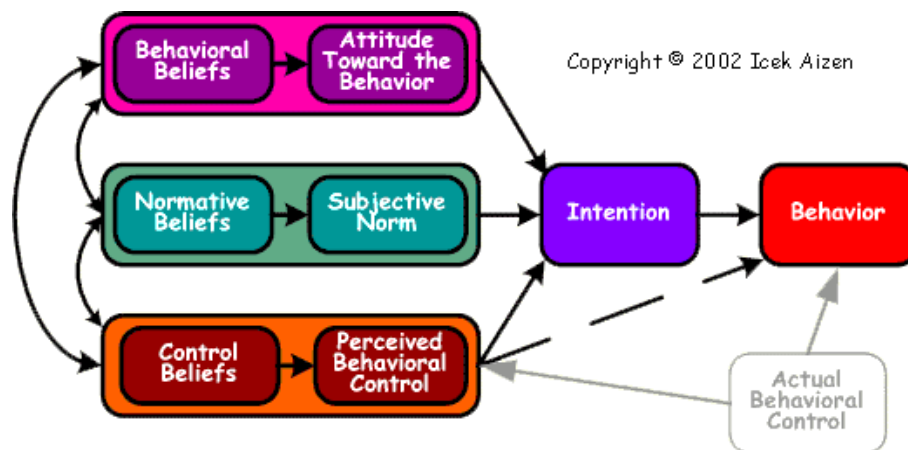
um novo fator (os novos itens #27, #28 e #29). Os restantes oito itens novos distribuíram-se pelo fator Intenção (#24) e pelo fator Competência (#19, #20, #21, #22, #23, #25 e #26). Porém o item #15 teve uma carga fatorial inferior a .35 (o valor mínimo sugerido por Hair *et al.*, 2010) e foi eliminado (tal como o item #13, pela mesma razão, na solução seguinte). Dois itens (#7 e #19) apresentaram cargas cruzadas (*cross-loadings*), mas as suas diferenças não eram  $\leq .2$  (que é o limiar para determinar a eliminação de uma variável; Ferguson & Cox, 1993) (Anexo H6). Assim, resultou uma solução cuja multicolinearidade (das 27 variáveis) foi analisada através do teste de esfericidade de Bartlett onde se obteve um valor de  $\chi^2_{(351)} = 4790$  ( $p < .001$ ), o que levou à rejeição da  $H_0$  (pois *Sig.*  $< \alpha = .05$ ) e à conclusão de que a matriz de correlações não é uma matriz identidade (logo, as variáveis estão correlacionadas). O valor de Kaiser-Meyer-Olkin = .943 levou a concluir que estamos perante uma matriz de *input* com uma esplêndida adequabilidade dos dados (Hutcheson & Sofroniou, 1999), logo a AFE é exequível. Para a solução final (através da FEP), apesar da média das comunalidades ser de .54 (abaixo dos .60 desejáveis; Field, 2013) o critério de Kaiser (*eigenvalue*  $> 1$ ) foi considerado para a retenção de quatro fatores, que explicam um total de 60.2% da variância total, 53.5% após a rotação (acima dos 50% sugeridos por Streiner, 1994; mas abaixo dos 60% sugeridos como satisfatórios por Hair *et al.*, 2010) (Anexo H7).

Assim, os quatro fatores incluíram: (1) os seis itens do fator Intenção (da BAPS original), o item #7 (do fator Competência da BAPS original) mais o item #24 (que é um dos novos); (2) os itens #9, #14 e #16 (do fator Competência) mais sete itens novos: #19, #20, #21, #22, #23, #25 e #26; (3) os itens #5, #8, #10, #11, #17 e #18 (do fator Estigma da BAPS original); (4) os itens #27, #28 e #29, que formaram um novo fator (Anexo H8). Porém, os novos itens (#21 e #22) que se uniram ao fator Competência comprometem a validade facial da escala (dado que não é uma agregação concetualmente adequada). Por outro lado, a escala tem validade convergente (que, face à dimensão da amostra, requer que cada item tenha uma carga fatorial  $> .35$  no fator onde se agrupa), mas a validade discriminante tem um problema: o fator Intenção ter uma correlação ( $r = .77$ ) com o fator Competência, que excede o limiar desejável (.70) (Anexo H7). Para a decisão sobre o melhor modelo também pesou a análise da consistência interna, tendo sido usado para o efeito o coeficiente alfa de Cronbach, que se deve situar em torno de .90 e não deve ser inferior a .70 (Kline, 2000), embora seja aceitável .60 em investigação exploratória (Hair *et al.*, 2010). O fator Intenção demonstrou um  $\alpha = .93$  (ao passo que a solução com MMV foi de .91), o fator Competência um  $\alpha = .90$ , para o fator

Estigma  $\alpha = .63$  e para o quarto fator (que é novo)  $\alpha = .76$ . Para a escala total BAPS-PT-27 (i.e., a versão exploratória portuguesa da BAPS com 27 itens)  $\alpha = .94$  (Anexo H9).

Quanto ao novo fator que surgiu na BAPS-PT-27, os seus três itens: (1) #27 (“As consultas de psicologia ajudam a resolver os problemas, mas tenho a noção de que eu tenho um papel importante na resolução dos mesmos.”); (2) #28 (“É muito útil o facto de os psicólogos perguntarem às pessoas o que elas gostaram mais e menos após cada consulta, para irem ajustando as suas intervenções.”); e (3) #29 (“É muito importante o facto de se estabelecerem objetivos terapêuticos em conjunto com o psicólogo e de trabalharmos no sentido de os concretizar.”). Estes itens remetem para um sentido de colaboração com o trabalho psicoterapêutico (que em síntese se pode designar por Colaboração), isto é, para a percepção que o público possui sobre a importância da sua responsabilidade e participação ativa no processo psicoterapêutico. Este fator enquadra-se na TCP, mais precisamente na dimensão das crenças sobre o controlo (subjacentes ao controlo comportamental percebido) (Figura 1). Assim, os respondentes com mais sentido de colaboração (i.e., com pontuações mais altas nesta variável), em conjunto com uma maior tolerância ao estigma (fator inerente às crenças normativas e às normas subjetivas) e com uma maior percepção da competência dos psicólogos (associada às crenças comportamentais e à atitude comportamental), poderão ter uma maior intenção de aderir às consultas, possibilitando (talvez) predições mais completas sobre o comportamento, isto é, sobre a procura ativa dos serviços de psicologia.

*Figura 1 – Esquema da Teoria do Comportamento Planeado de Icek Aizen.*



#### 4.3 Plano de Melhoria das Qualidades Psicométricas da BAPS-PT

Em suma, a AFE salientou oito problemas: (1) a amostra ficou abaixo dos 300 casos; (2) a normalidade multivariada (com 24% de variáveis sem uma distribuição normal) está perto do limiar (25%) de inaceitável; (3) a média das comunalidades (.54) está abaixo do

desejável (.60) e alguns itens apresentam valores muito baixos de variância inicial retida (caso do item #11 com .17, do #22 com .20, do #10 com .23 e do #17 com .29; Anexo H8); (4) a variância explicada (54%) está abaixo de um valor mais desejável (60%); (5) a consistência interna do fator Estigma (.63) pode melhorar para um valor mais perto de ou  $\geq .70$ ; (6) os fatores Intenção e Competência têm uma correlação (.77) superior à desejável (.70) comprometendo a validade discriminante; (7) dois dos novos itens (#21 e #22) que se juntaram ao fator Competência, comprometem a validade facial da escala; e (8) existe um caso Heywood: o item #4 tem uma carga fatorial (1.15) superior ao máximo de 1.

Tentou-se resolver estes problemas com um segundo estudo onde: (1) se pretendeu obter uma amostra superior a 300 casos (excluindo já os inseridos por psicólogos e estudantes de psicologia, os casos omissos e os *outliers* multivariados); (2) apresentando os seis itens do fator Estigma problemas de normalidade multivariada, dado que as suas médias se situam entre 5.39 e 5.82 (um efeito de teto, i.e., muito próximas do valor máximo de 6) e valores negativos de *skewness* inferiores a -2 (expressando a alta tolerância ao estigma da amostra) é possível que a anormalidade desta distribuição se relacione com o facto de 80% da amostra ser de mulheres (que apresentam uma maior tolerância ao estigma face aos homens), logo, procurou-se obter uma amostra menos desequilibrada em termos de sexo; (3) espera-se resolver o problema das baixas comunalidades com base no pressuposto de que quando os seus valores são  $< 5$  (como é o caso de 48% das variáveis; requer-se uma amostra maior (Hair, *et al.*, 2010)); (4) dado que a AFE demonstra que a proporção de variância por explicar é de 66% procurou-se reduzi-la inserindo dez novos itens; (5) espera-se que a baixa consistência interna do fator Estigma se relacione com os problemas 2, 3 e 4, logo é expectável que a resolução destes três problemas aumente o alfa de Cronbach deste fator; (6) mantendo-se o problema de validade discriminante poderão ser eliminados os itens que possuam cargas fatoriais cruzadas incluindo aqueles com diferenças  $\geq .2$ ; (7) espera-se resolver o problema da validade facial com a reformulação textual dos itens #21 e #22; (8) se as soluções 1 a 7 não resolverem o problema 8 os casos Heywood serão eliminados.

Dado que a BAPS assenta no racional teórico proposto por Ajzen (1991) e que os novos itens, que formaram o novo fator (Colaboração), se relacionam concetualmente com a dimensão do controlo comportamental percebido, com base nas recomendações de Ajzen (1991; 2006) para a construção de um instrumento relacionado com a sua TCP foram criados seis potenciais novos itens para este fator (Anexo H10). Para tentar aumentar a variância total explicada da escala (para com a qual também poderão contribuir os itens propostos para o

fator Colaboração) e de melhorar a consistência interna do fator Estigma foram criados quatro novos potenciais itens (Anexo H11). Para resolver o problema da validade facial fizeram-se duas alterações: (1) porque o item #21 não se juntou ao fator Estigma (conforme expectável), mas ao fator Competência, o que não é adequado concetualmente (e porque uma respondente chamou a atenção de que “a formulação da questão é um pouco confusa, pois o foco perde-se.”), adotando uma estratégia conservadora e estando já o sentido de desenvolvimento pessoal presente (no fator Competência) através do item #19, decidiu-se manter o item #21 (cuja pontuação deve ser invertida) mas alterando a sua descrição para: “Incomoda-me que as pessoas não entendam que também se vai ao psicólogo por uma questão de desenvolvimento pessoal.”; (2) o item #22 também foi criado com foco no fator Estigma, mas agregou-se ao fator Competência; porém, como nesta variável compósita já existe um item (#20) que inclui a «motivação dos aspetos positivos da pessoa», manteve-se o item #22 mas reformulado para: “Não me incomoda nada que o psicólogo aborde sobretudo os meus problemas pessoais.”. Foi ainda corrigida a pessoa gramatical em dois itens: #19 (“É benéfico ir ao psicólogo (...).”) que passou a: “É benéfico ir aos psicólogos porque eles ajudam-te na tua evolução pessoal.”; e #25 (“É benéfico consultar um psicólogo (...).”) que passou a: “É benéfico consultar os psicólogos porque eles ensinam estratégias para superar as adversidades.”.

## **5 ANÁLISES FATORIAIS – ESTUDO 2**

### **5.1 Procedimentos Preliminares**

Em primeiro lugar foi criada uma cópia da base de dados (no SG) onde ficaram guardados os registos do primeiro estudo (que serviram, de forma não exclusiva, para a AFC da BAPS-PT-18 e para a AFE da BAPS-PT-27). Depois, uma vez que entre o final do primeiro estudo e o início do segundo, o QOPP continuou a receber respostas (17 no total) foi criada uma nova variável no SPSS (com três níveis) para diferenciar os registos: Fase 1 (F1), Fase Intermédia (FInt) e Fase 2 (F2). Foram depois importados para o SPSS os 17 registos da FInt, dos quais, no que diz respeito à BAPS, apenas foram considerados os dados dos itens #1 a #18 (i.e., os itens da escala original) pois esta continuou a ser testada cumulativamente (i.e., no final da segunda recolha de dados, fez-se uma nova AFC com o total de registos obtidos: F1, mais FInt, mais F2). Por conseguinte, os dados dos itens #19 a #29 da BAPS (obtidos na FInt) foram eliminados, mas os restantes dados (da EDS) foram todos aproveitados.

Para tentar resolver os problemas encontrados com a primeira AFE da BAPS, mantiveram-se todos os itens da BAPS original, incluindo aqueles que foram eliminados da

AFE (i.e., os itens #13 e #15, dado que a estrutura original da BAPS continuou a ser testada cumulativamente no segundo estudo). À semelhança do Estudo 1, os 18 itens originais ficaram posicionados no topo da escala, seguiram-se os 11 novos itens do primeiro estudo (itens #19 a #29) e por fim os 10 novos itens (#30 a #39) para o Estudo 2 (cuja ordem foi aleatorizada com recurso à função *Randbetween* do programa *Microsoft Excel*) (Anexo I). Com a nova estrutura do QOPP atualizada, procedeu-se à segunda fase da recolha dos dados.

## 5.2 Análise Fatorial Confirmatória

Já que foi recolhida uma nova amostra e havendo problemas na AFC do Estudo 1 (e.g., no domínio da qualidade local, cinco das oito variáveis do fator Tolerância possuem frações de variância explicada abaixo do mínimo de .25), procurou-se aferir se com a acumulação dos dados desta segunda amostra se obteriam melhores resultados.

**5.2.1. Procedimentos.** Foi criada uma cópia, que ficou com 714 casos, da base de dados global, pois foram eliminados 142 registos de psicólogos e estudantes de psicologia, bem como 23 registos com valores omissos nos 18 itens da BAPS original. Só então se passou à análise da validade fatorial da BAPS-PT-18 com o recurso a uma AFC através do programa *IBM SPSS Amos* (v. 22), conforme Marôco (2014). Na análise de *outliers* multivariados através das distâncias de Mahalanobis ao quadrado (considerando-se que  $p1$  e  $p2$  devem ser  $\geq .001$ , caso contrário assume-se que são *outliers* multivariados; Marôco, 2014) detetaram-se 35 casos (Anexo J1) que foram eliminados, passando a amostra a possuir 679 registos.

Sendo a estimação do modelo feita com o MMV, foi verificado o pressuposto da distribuição normal multivariada, que segundo Kline (2005) deve ser analisado nos valores de assimetria (onde a *skewness*, ou *sk*, deve ser entre -3 e 3) e de curtose (onde a *kurtosis*, ou *ku*, deve ser entre -10 e 10). Com  $sk = -3.832$  e  $ku = 15.670$ , o item #8 foi o único que violou este pressuposto. De facto os valores mínimo e máximo de todos os itens da BAPS-18 variam entre 1 e 6, exceto o item #8 que varia entre 3 e 6. Possuindo este item a pontuação invertida observa-se que 89.4% dos respondentes ( $N = 607$ ) discorda completamente com a afirmação incluída neste item e que apenas 1.3% ( $N = 9$ ) se posiciona do lado da concordância (mas no nível mais fraco, portanto afastado do “concordo completamente”) (Anexo J2). No entanto, porque concetualmente este item se enquadra bem no domínio da Tolerância ao Estigma e porque os respondentes expressam uma atitude acentuada nesse sentido assumi a opção de manter este item (apesar de a sua distribuição violar o pressuposto da normalidade).

**5.2.2. Participantes.** Dos 679 indivíduos cujas respostas foram consideradas para o Estudo 2, 524 (77%) eram do sexo feminino e 155 (23%) do sexo masculino. A média das idades foi de 44 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-83$ ) e a maioria (66%;  $N = 447$ ) dos respondentes possui uma licenciatura ou um grau superior (havendo um caso omissis). Cerca de 63% reside na zona de Lisboa, sendo as zonas do país menos representadas a dos Açores ( $N = 8$ ) e a da Madeira ( $N = 7$ ). Quanto às ocupações profissionais os professores são os mais representados ( $N = 53$ ), seguindo-se um agrupamento compósito de assistentes (que inclui e.g., assistentes dentários e assistentes de bordo), onde  $N = 39$ . A maioria percebe-se como fazendo parte da classe média (59%), 28% da média-baixa ou baixa e 13% da média-alta ou alta (Anexo J3).

**5.2.3. Resultados.** Os índices da qualidade global do modelo começaram por indicar, em geral, um bom ajustamento, mas o ajustamento local continuou com problemas, ao ponto de ser sugerida a exclusão do fator Estigma do modelo (Anexo J4). Fez-se depois uma análise de uma solução com 15 itens, mas não se observaram aumentos significativos nos índices de qualidade e o ajustamento local ainda ficou com problemas no item #8 (Anexo J5). Excluindo este item do modelo e criando uma nova trajetória, todas as variáveis endógenas ficam com variâncias explicadas dentro do requerido ( $R^2 \geq .25$ ) e com pesos fatoriais superiores ao limiar de  $\lambda \geq .5$ . Os índices de qualidade, que já estavam muito bons, subiram mas não para além desse nível qualitativo ( $CFI = .986$ ,  $GFI = .974$ ,  $TLI = .980$ ,  $RMSEA = .039$ ;  $PCLOSE [rmsea \leq .05] = .968$ ); dos dois índices que apresentavam um bom ajustamento, um manteve-se nesse nível ( $PCFI = .683$ ) e um outro passou a indicar um mau ajustamento ( $PGFI = .584$ ); quanto ao índice  $\chi^2/gl = 2.040$  passou de aceitável a bom (Anexo J6). E assim, a versão da BAPS-PT com 14 itens é a que apresenta melhores índices de ajustamento global e local.

Todavia, dado que também estava a decorrer uma AFE para uma versão da BAPS com 39 itens, a decisão foi a de optar por uma estratégia conservadora para com a estrutura original da BAPS, ajustando o modelo em função da análise dos índices de modificação (de covariâncias). Para esta decisão também contribuiu o questionamento de Ægisdóttir (2016) sobre o estranho padrão de respostas aos itens do fator Estigma (demonstrando, nesta amostra, uma tolerância muito alta e pouca capacidade de detetar diferenças individuais): Será um viés? Será cultural? Será a amostra? Por exemplo, no item #5, 76% dos respondentes ( $N = 515$ ) reportaram discordar completamente com a afirmação “Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.”; e 13% ( $N = 91$ ) escolheu a opção de resposta mais próxima àquela (portanto 89% da amostra demonstra uma elevada discordância com a referida afirmação). Parece-me ser possível que o facto de existirem

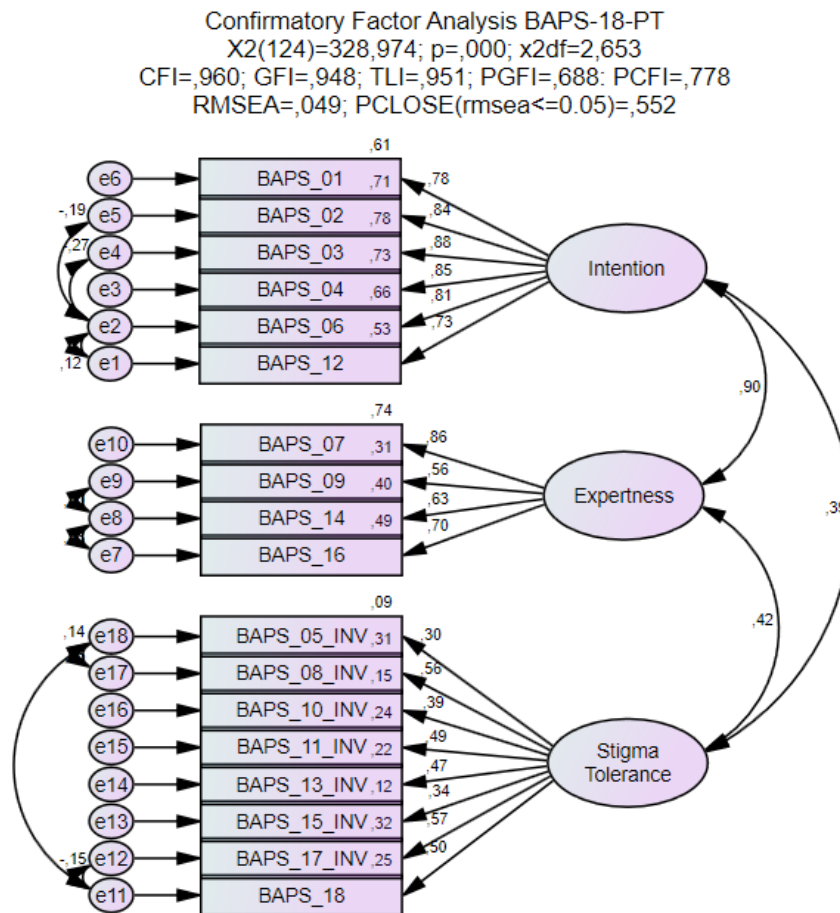
muitos psicólogos em Portugal, muito deles desempregados ou a exercerem funções que não dignificam a classe (e.g., caixa de hipermercado ou funcionário num centro de atendimento telefónico), poderá contribuir para a existência de representações sociais menos favoráveis para com os psicólogos. Mas a amostra também possui um viés em termos de escolaridade (66% dos respondentes possui uma licenciatura ou um grau superior e 27% tem doze anos de escolaridade) o que poderá contribuir para uma maior desinibição social no que concerne à ida a uma consulta de psicologia. Acresce que 63% dos respondentes residem na zona de Lisboa (onde o estigma social poderá exercer menos influências) e 77% são mulheres (que apresentam uma maior tolerância ao estigma face aos homens). Portanto, estes quatro fatores poderão explicar os elevados valores de tolerância ao estigma nesta amostra; daí a opção pela BAPS-PT-18 (em detrimento da BAPS-PT-14), até porque, noutras amostras (da população portuguesa), poder-se-ão obter diferentes padrões de resposta.

Logo, de forma incremental, foram correlacionados os resíduos em oito pares de variáveis (Anexo J7). E assim, o modelo trifatorial da BAPS-PT-18, ajustado a uma amostra de 679 respondentes portugueses revelou uma qualidade que varia entre boa ( $PGFI = .688$ ;  $PCFI = .778$ ) e muito boa ( $CFI = .960$ ;  $GFI = .948$ ;  $TLI = .951$ ;  $RMSEA = .049$  (90% IC: 0.043-0.056);  $PCLOSE [rmsea \leq .05] = .552$ ). O único índice abaixo de bom (i.e., aceitável) é  $\chi^2/df = 2.653$ , no entanto “este teste apresenta probabilidades de erro de tipo I (...) acrescidas para amostras de grande dimensão” (Marôco, 2014, p. 57) como é o caso desta amostra. Logo, em termos de índices globais, em geral, este modelo trifatorial possui uma qualidade muito boa (Figura 2). Para analisar a qualidade do ajustamento local foi usada a fração da variância explicada em cada variável endógena, possuindo todas, nos fatores Intenção e Competência, valores superiores ao limiar de .25 (tal como ocorre com os seus pesos fatoriais:  $\lambda \geq .5$ ). Porém, cinco das oito variáveis do fator Estigma têm valores de variância explicada inferiores a .25 (possuindo os itens #5, #15 e #10 os valores mais baixos, respetivamente: .09, .12 e .15) indicando que estas variáveis contribuem pouco para a explicação da variância do referido fator e que o seu ajustamento ao modelo é fraco. Por outro lado os pesos fatoriais dessas mesmas cinco variáveis são abaixo do esperado ( $\lambda \geq .5$ ), apresentando os itens #5, #15 e #10 os valores mais baixos (respetivamente): .30, .34 e .39 (Figura 2).

Recorrendo aos pesos fatoriais estandardizados e aos valores das variâncias explicadas, foi também calculada a fidelidade compósita (*composite reliability*, conforme Fornell & Larcker, 1981; Bacon & Sauer, 1995), cujo limiar empírico (para ser considerada adequada) é o de um valor  $\geq .70$  (Marôco, 2014). A fidelidade compósita é adequada nos

fatores Intenção e Competência com os valores de .92 e .79 (respectivamente) e é inferior ao desejável na dimensão da Tolerância ao Estigma (com um valor de .67). Já a escala total (BAPS-PT-18) evidenciou uma excelente (.92) fidelidade compósita (Anexo J8).

**Figura 2 – Modelo trifatorial da BAPS-PT-18.**



Foi também analisada a validade convergente (conforme Fornell & Larcker, 1981) usando-se como indicador a variância média extraída (VME) por fator. Este tipo de validade requer um valor  $\geq .5$  para ser adequada (Hair *et al.*, 2010). Aferiu-se que apenas o fator Intenção possui validade convergente (com .67 de VME), mas o valor da VME (.21) do fator Estigma é muito baixo e a VME do fator e Competência (.49) está perto do desejável (Anexo J9). Por fim foi analisada a validade discriminante dos fatores (conforme Fornell & Larcker, 1981; Anderson & Gerbing, 1988), que existe quando as VME dos fatores são  $\geq$  do que o quadrado da correlação entre esses fatores (Marôco, 2014). A correlação entre os fatores Intenção e Estigma é de  $r = .39$  (Figura 2), logo, sendo a VME do fator Intenção = .67 e a VME do fator Estigma = .21 maiores do que  $r^2 = .15$  conclui-se que estes dois fatores têm validade discriminante, o que também ocorre com a análise dos fatores tolerância ao estigma e

perceção de competência (com  $r = .42$ , com uma VME de .21 para o fator Estigma e de .49 para o fator Competência maiores do que  $r^2 = .18$ ). Não se extrai a mesma conclusão na análise dos fatores Intenção e Competência (que têm um  $r = .90$ , com uma VME de .67 para o fator Intenção e de .49 para a Competência, menores do que  $r^2 = .81$ ) (Anexo J10).

Concluindo, fica uma primeira versão da BAPS (adaptada à população portuguesa) a qual, embora não tenha as melhores qualidades psicométricas (na qualidade do ajustamento local, na fidelidade compósita, na validade convergente e na discriminante) a BAPS-PT-18 poderá ser testada em modelos preditivos e causais, e em comparações de adaptações em estudos futuros. Nesse sentido parece ser relevante sublinhar que (conforme Kane, 2006) um único estudo não é definitivo e a validade de uma escala requer muitos anos de investigação.

### 5.3 Análise Fatorial Exploratória

**5.3.1. Procedimentos.** Começou por ser criada uma cópia da base de dados global (no SPSS). Dos 879 casos foram eliminados 142 registos de psicólogos (e estudantes de psicologia), 349 registos com valores omissos (nos 39 itens da BAPS, sendo a maioria do Estudo 1 e da Fase Intermédia, onde estavam a ser obtidos apenas 29 itens para a BAPS) e 31 *outliers* multivariados, que foram detetados através da distância de Mahalanobis, a qual evidenciou 31 casos para valores de  $\chi^2 > 72.054$  (cálculo de acordo com Horn, 2009; Pallant, 2013; Grande, 2015, Anexo K1). A amostra ficou então com 357 casos, um número perto das 10 respostas por variável, recomendadas por Nunnally (1978), dentro dos 5 a 10 casos por variável recomendados por Kass e Tinsley (1979), acima dos 300 sugeridos por Tabachnick e Fidell (2007) e considerados como sendo uma boa amostra por Comrey e Lee (1992).

Na análise da normalidade multivariada (que pode levar a resultados espúrios) apesar do impacto da existência de problemas ser diminuto com amostras superiores a 200 casos (Hair *et al.*, 2010), os valores de achatamento e de curtose estão fora do intervalo entre -2 e 2 em 11 das 39 variáveis em estudo, representando 28% das variáveis (uma proporção acima dos 25% considerados estatisticamente aceitáveis; Ferguson & Cox, 1993). Logo, foram excluídas da AFE as duas variáveis com os valores mais elevados de achatamento e de curtose: o item #8 ( $sk = -4.955$ ;  $ku = 29.837$ ) e o item #5 ( $sk = -2.654$ ;  $ku = 6.466$ ) (Anexo K2). Assim, a proporção de variáveis com valores de curtose e de achatamento fora do intervalo entre -2 e 2 passou a ser de 24% (portanto, 9 variáveis num total de 37).

A multicolinearidade das variáveis foi analisada através do teste de esfericidade de Bartlett onde se obteve um valor de  $\chi^2_{(666)} = 7382$  ( $p < .001$ ), rejeitando-se a hipótese nula

(dado que  $Sig. < \alpha = .05$ ) e concluindo-se que a matriz de correlações não é uma matriz identidade (logo, as variáveis estão correlacionadas). Para além disso, sendo o valor de Kaiser-Meyer-Olkin = .951 conclui-se que estamos perante uma matriz de *input* com uma meritória adequabilidade dos dados (Anexo K3). Face aos resultados destes pré-requisitos concluiu-se que pode ser efetuada uma AFE e passou-se à identificação dos fatores latentes (em 37 itens) com o *IBM SPSS Statistics* (v. 20), conforme descrito em Hair *et al.* (2010).

**5.3.2. Participantes.** Dos 357 indivíduos cujas respostas foram consideradas para esta AFE, 272 (76%) eram do sexo feminino e 85 (24%) do sexo masculino. A média das idades foi de 45 anos ( $DP = 11$ ;  $\Delta = 19-83$ ) e a maioria (59%;  $N = 210$ ) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior). Cerca de 60% ( $N = 215$ ) reside na zona de Lisboa, sendo as zonas do país menos representadas a dos Açores ( $N = 4$ ) e a da Madeira ( $N = 7$ ). A maioria perceciona-se como pertencendo à classe média (55.7%,  $N = 199$ ), 32.5% ( $N = 116$ ) à média-baixa ou baixa e 11.8% ( $N = 42$ ) à classe média-alta ou alta. Quanto à ocupação, os professores são os mais representados, seguidos dos assistentes e reformados (Anexo K4).

**5.3.3. Resultados.** Tendo sido considerada no Estudo I a melhor solução para a fatorização dos 29 itens da BAPS (que estavam a ser explorados), a FEP (com rotação *promax*) foi a primeira opção testada para a fatorização dos 37 itens nesta segunda AFE. Mas após duas fatorizações com resultados incongruentes com o racional teórico subjacente à BAPS foram testadas mais duas factorizações com rotação *varimax* (e com extração por FEP), que também apresentaram maus resultados. Sucedeu o mesmo com três fatorizações com o MMV (duas com rotação *promax* e uma com *varimax*). E foi no MCP foi onde se obtiveram os melhores resultados: das quatro fatorizações efetuadas (duas com rotação *promax* e duas com *varimax*) salientou-se uma como sendo a melhor solução. Face à extensão dos dados das restantes dez factorizações (são 1757 páginas) estas foram remetidas para os anexos do CD.

A melhor solução pelo MCP (com rotação *varimax*) sugeriu cinco dimensões numa solução com 27 itens: (1) seis do fator Intenção, mais dois do fator Competência (sendo estes oito itens da BAPS original) mais três novos (#19, #20 e #24); (2) os três da primeira AFE relacionados com o Sentido de Cooperação, mais dois novos itens (#31 e #33), mais um do fator Estigma da BAPS original (#18, que é concetualmente desajustado a este fator); (3) quatro itens (#34, #35, #36 e #39) que remetem para crenças comportamentais em relação à colaboração com o psicólogo; (4) quatro itens do fator Estigma da BAPS original (#10, #11, #13 e #17); (5) dois novos itens relacionados com o Estigma, mormente com a internalização das atitudes negativas de outras pessoas significativas (estigma internalizado ou autoestigma;

segundo Corrigan, 2004). Os restantes doze itens foram sendo eliminados devido a baixas comunalidades, a carregamentos cruzados e para subir a consistência interna. Esta solução apresentou porém um total de variância explicada (TVE) (59.4%) abaixo do limiar desejável de 60% (Anexo K5). Logo, foi testada uma solução sem o item #9, pois à exceção dos itens do fator compósito Estigma, este item era o que menos contribuía para explicar a variância fatorial. O TVE passou para 60.4% (numa solução com 26 itens) (Anexo K6). Procurou-se ainda resolver o facto de o item #18 (“Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.”) estar a efetuar um carregamento cruzado (.396 no fator Colaboração e .366 no fator Estigma); mas eliminando-o (para uma solução com 25 itens) a TVE passaria para 61.5%, porém a consistência interna do fator Estigma passaria para .59 (Anexo K7), por isso assumiu-se a decisão de manter o item #18. Foi ainda testada uma solução forçada a 4 fatores, que de facto agregou todos os itens do fator Estigma (i.e., os fatores 4 e 5 da solução anterior agruparam-se na mesma dimensão), porém a TVE passou a 57%, surgiram três novos carregamentos cruzados (com uma diferença  $\leq .2$ ) e a consistência interna do fator Estigma (sem o item #18) manter-se-ia em .59, logo, esta solução não foi considerada a melhor (Anexo K8).

Assim, a solução com 26 itens foi a escolhida para ser aprofundada nesta segunda AFE. Tem como lacuna psicométrica o facto de o item #18 carregar em dois fatores, mas como a sua inclusão no fator Colaboração não é teoricamente congruente assumiu-se esta lacuna favorecendo a consistência interna do fator Estigma. A multicolinearidade (das 26 variáveis) foi analisada através do teste de esfericidade de Bartlett onde se obteve um valor de  $\chi^2_{(325)} = 4557$  ( $p < .001$ ), o que levou à rejeição da hipótese nula (pois  $Sig. < \alpha = .05$ ) e à conclusão de que a matriz de correlações não é uma matriz identidade (logo, as variáveis estão correlacionadas). Acresce que sendo o valor de Kaiser-Meyer-Olkin = .926 concluiu-se que estamos perante uma matriz de *input* com uma esplêndida adequabilidade dos dados (Hutcheson & Sofroniou, 1999), logo a AFE foi considerada como exequível. Conforme já referido foi usado o MCP para a extração das variáveis latentes, seguido de uma rotação ortogonal das componentes. Apenas quatro variáveis apresentaram comunalidades abaixo de 0.5 (#10, #13, #17 e #18) e a média das comunalidades foi de 0.604 (no limite do limiar desejável de 0.60; Field, 2009). O critério de Kaiser (*eigenvalue* > 1) foi considerado para a retenção de cinco fatores, que explicam um total de 60.4% da variância total (acima dos 60% sugeridos como satisfatórios por Hair *et al.*, 2010). Para além do item #18 há mais sete itens (#7, #19, #20, #29, #35, #36 e #39) com cargas cruzadas (mas as suas diferenças são  $\leq .2$  (que

é o limiar para determinar a manutenção de uma variável na solução; Ferguson & Cox, 1993) e todos os itens têm cargas fatoriais acima de .35 (limiar sugerido por Hair *et al.*, 2010) o que atribui validade convergente à escala, que tem também validade discriminante, dado que o valor de .7 não foi excedido em nenhuma correlação interfatorial. Para aferir a consistência interna de cada fator foi usado o coeficiente alfa de Cronbach, que não deve ser inferior a .7 (Kline, 2000), embora se aceite um coeficiente de .6 em investigação exploratória (Hair *et al.*, 2010) como é o caso. A escala total demonstrou uma excelente consistência interna:  $\alpha = .91$ . O fator Intenção demonstrou um  $\alpha = .94$ , o fator Colaboração um  $\alpha = .83$ , o fator Crenças Comportamentais  $\alpha = .75$  e o fator Estigma  $\alpha = .62$  (Anexo K6). Este quarto fator agregou as dimensões 4 e 5 sugeridas estatisticamente (abarcando o estigma internalizado e o percebido), o que se alicerça em quatro razões: (1) uma Análise Paralela (Horn, 1965; O'Connor, 2000) sugeriu 4 fatores no total (Anexo K9); (2) é coerente com o racional teórico subjacente à BAPS; (3) quando a solução foi forçada a 4 fatores todos os itens do Estigma agregaram-se (embora com carregamentos cruzados); e (4) a qualidade global do modelo com 4 fatores (verificada com uma análise estrutural no AMOS) é muito boa (Anexo K10). Logo, embora existam aspetos que precisam de melhorias em estudos futuros, a solução para a versão adaptada à população Portuguesa (nesta amostra), da escala de crenças acerca dos serviços de psicologia, a BAPS-PT-26 (Figura 3), apresenta boas qualidades psicométricas iniciais.

Na BAPS-PT-26 o fator Intenção (de adesão às consultas de psicologia) fica com mais quatro itens (#7, #19, #20 e #24) do que a BAPS original. Ao novo fator Sentido de Colaboração, face à primeira AFE, também foram agregados dois novos itens (#31 e #33), tal como ao fator Tolerância ao Estigma (internalizado e percebido): #32 e #37. O único item do fator Perceção de Competência (da BAPS original) que permaneceu nesta versão da BAPS foi o #7 (que se agregou ao fator Intenção), portanto o fator Competência não se compôs nesta AFE. Em sua substituição, no que concerne ao racional teórico subjacente à BAPS, surgiu um novo fator: Crenças Comportamentais (para com as consultas de psicologia), que se ajusta à mesma dimensão onde Ægisdóttir e Gerstein (2009) incluíram o fator Competência. De facto, os itens #34, #35, #36 e #39 parecem remeter para um compósito atitudinal que radica em crenças relacionadas com um eventual comportamento dos respondentes no contexto clínico.

Nesta sequência, a BAPS-PT-26 engloba quatro das cinco dimensões da TCP: (1) a recémreferida nova dimensão das Crenças Comportamentais subjacentes às atitudes para com o comportamento (de consultar um psicólogo); (2) a das crenças normativas subjacentes à norma subjetiva, que é obtida pelo fator Estigma; (3) a das crenças subjacentes ao controlo

comportamental percebido, que é obtida através do fator Sentido de Colaboração (com o psicólogo) e que não foi contemplado na BAPS original; (4) a dimensão da Intenção (de adesão às consultas de psicologia) que é influenciada pelos fatores anteriores (i.e., crenças comportamentais, tolerância ao estigma e sentido de colaboração) e que em teoria determina o comportamento (i.e., a adesão às consultas de psicologia, que é a quinta dimensão da TCP).

**Figura 3** – Solução tetrafatorial da BAPS-PT-26.

Itens	F1	F2	F3	F4	M	Co.
#4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	.86				4.01	.77
#3. É útil consultar (...) quando (...) período difícil na vida.	.80				4.65	.71
#6. Se (...) problema sério (...) inclinação seria consultar (...).	.79				3.46	.66
#12. Eu consultaria (...) preocupado (...) longo período (...).	.77				4.06	.64
#2. (...) confidenciar as minhas inquietações íntimas (...).	.76				4.50	.67
#7: (...) formação, os psicólogos (...) encontrar soluções (...).	.76				4.41	.71
#19. É benéfico (...) ajudam-te na tua evolução pessoal.	.75				4.27	.73
#1. Se (...) amigo (...) conselho (...) recomendar-lhe-ia (...).	.73				4.24	.59
#20. (...) contribuem para te sentires equilibrado (...).	.70				4.54	.72
#24. (...) mais disponibilidade financeira, consultaria (...).	.67				3.72	.53
#28. (...) gostaram mais e menos após cada consulta (...).		.71			4.67	.61
#31. (...) é importante confiar no psicólogo (...) e ele em mim.		.69			5.09	.56
#27. (...) noção de que eu tenho um papel importante (...).		.69			5.44	.59
#33. (...) ser eficaz é necessário colaborar com o psicólogo.		.66			5.17	.53
#29. (...) objetivos terapêuticos em conjunto (...).		.65			5.06	.67
#35. Colaborar (...) sou (...) empenhada em atingir objetivos.			.72		4.85	.69
#36. (...) fácil construir uma boa relação com um psicólogo.			.70		4.91	.68
#34. Não conseguiria (...) não gosto de falar do meu passado. *			.70		5.38	.61
#39. Não colaboraria (...) de contar-lhe alguns segredos. *			.63		4.98	.53
#32. (...) pessoas importantes para mim, não aprovaria (...). *				.81	5.46	.71
#37. (...) colegas soubessem (...) iriam-me marginalizar. *				.76	5.40	.62
#11. (...) problemas (...) discutidos com um estranho (...). *				.70	5.52	.55
#10. Ter recebido ajuda (...) estigmatiza (...) uma pessoa. *				.68	5.27	.48
#13. (...) pessoas (...) incapazes de lidar (...) seus problemas. *				.53	5.43	.41
#17. É difícil falar de problemas pessoais (...) escolarizadas. *				.52	5.50	.35
#18. (...) ajuda (...) independentemente de quem soubesse (...).		.40		.37	4.99	.40
% de variância explicada	34.8	10.3	6.3	9.0		
Consistência interna (Alfa de Cronbach)	.94	.83	.75	.62		

*Notas.* F1: Fator 1 – Intenção de adesão às consultas de psicologia. F2: Fator 2 – Sentido de colaboração com o psicólogo. F3: Fator 3 – Crenças comportamentais para com as consultas de psicologia. F4: Fator 4 – Tolerância ao estigma (internalizado e percebido). \* = Itens cuja pontuação foi invertida. M: Médias. Co.: Comunalidades.

**5.3.4. Validade incremental.** O modelo suprarreferido foi testado numa regressão linear múltipla (RLM) que preconizou demonstrar a validade incremental dos novos itens, na predição da intenção de adesão (através de três modelos hierárquicos de regressão). Com a intenção de adesão definida como variável compósita dependente, no primeiro modelo foi testado como preditor apenas o fator compósito Tolerância ao Estigma, no segundo o fator

compósito Crenças Comportamentais e no terceiro modelo foi testado o compósito Sentido de Colaboração. Os resultados indicaram que a tolerância ao estigma prediz e explica 3.6% ( $R^2_{\text{ajustado}} = .036$ ;  $F_{(1, 355)} = 14.227$ ,  $p < .001$ ) da variância da intenção de adesão. As crenças comportamentais também predizem e aumentam a capacidade explicativa do modelo para 14.8% ( $R^2_{\text{ajustado}} = .148$ ;  $\Delta R^2 = .115$ ;  $F_{(2, 354)} = 32.019$ ,  $p < .001$ ) da variância da intenção de adesão. O sentido de colaboração é o que mais significativamente adiciona capacidade explicativa: 40.4% ( $R^2_{\text{ajustado}} = .404$ ;  $\Delta R^2 = .256$ ;  $F_{(3, 353)} = 81.369$ ,  $p < .001$ ) da variância da intenção de adesão (Anexo K11). Portanto os três fatores preditores da BAPS-PT-26 possuem validade incremental na predição da intenção de aderir a consultas de psicologia.

**5.3.5. Análise confirmatória no AMOS.** A estrutura tetrafatorial da BAPS-PT-26 foi testada (com os mesmos 357 casos) no AMOS, onde foi ajustada em função da análise dos índices de modificação (de covariâncias). Foram criadas trajetórias em 16 pares de variáveis de onde resultou um modelo com uma qualidade que varia entre boa ( $\chi^2/\text{gl} = 1.70$ ;  $PGFI = .72$ ;  $GFI = .91$ ) e muito boa ( $PCFI = .82$ ;  $CFI = .96$ ;  $TLI = .95$ ;  $RMSEA = .044$  (90% IC: 0.037-0.051);  $PCLOSE [\text{rmsea} \leq .05] = .91$ ). Logo, e em termos de índices globais, em geral, o modelo tetrafatorial da BAPS-PT-26 apresenta muito boa qualidade (Anexo K10).

## 6 RESULTADOS

### 6.1 EDS: Os Psicólogos Face a Outros Profissionais de Saúde

A primeira questão de investigação pretende aferir se os Portugueses terão opiniões mais favoráveis para com os médicos e os enfermeiros do que para com os psicólogos. Numa primeira fase, observou-se que, à exceção dos médicos (e dos psiquiatras, cuja subamostra foi inexistente) ocorreu um viés endogrupal nas comparações intergrupais: os enfermeiros (numa escala entre 1=menor favorabilidade e 7=maior favorabilidade) autoavaliam-se com a maior média ( $M = 6.09$ ), tal como os alternativos ( $M = 5.85$ ) e os psicólogos ( $M = 5.61$ ) (Anexo A). Logo, para retificar estes enviesamentos, foram excluídos da amostra (Anexo B) todos os respondentes que se enquadravam nos grupos profissionais em estudo (médicos, psicólogos, enfermeiros, psiquiatras e terapeutas alternativos) de onde resultou uma amostra de 663 casos (Anexo L1). Embora a subamostra de médicos não tenha enviesado endogrupalmente a sua opinião, ela foi também excluída para que fosse seguido um critério uniforme.

Os restantes registos levaram à confirmação da hipótese sobre os enfermeiros (para com quem a opinião pública, globalmente, demonstrou maior favorabilidade) mas a primeira hipótese foi infirmada na comparação com os médicos, os quais foram avaliados, em termos

globais, com a mesma favorabilidade atribuída aos psicólogos (apesar de os médicos serem avaliados com maior favorabilidade em termos de eficácia e na velocidade do processo, mas com menos humanidade do que os psicólogos). Globalmente, os enfermeiros e os alternativos foram os mais favorecidos e os psiquiatras os menos favorecidos pela opinião pública.

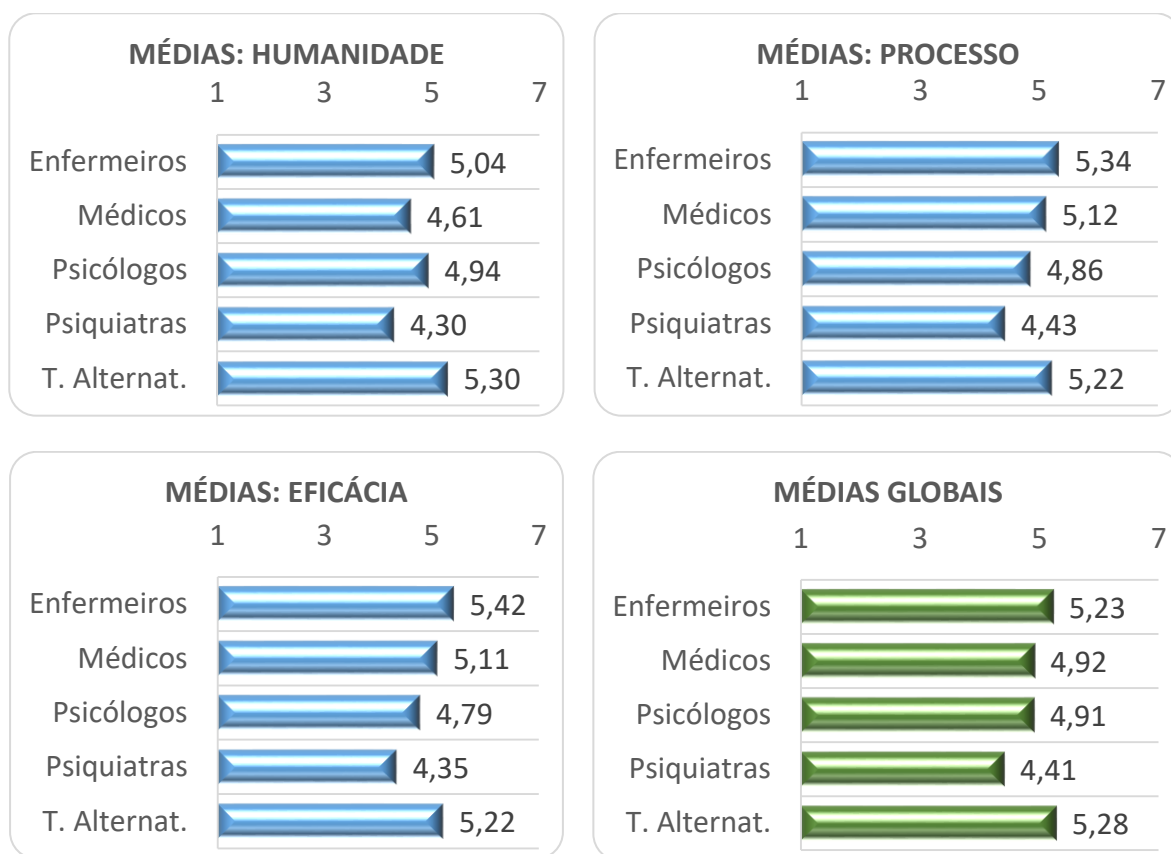
**6.1.1. Participantes.** Dos 663 indivíduos cujas respostas foram consideradas para o estudo da EDS, 508 (77%) eram do sexo feminino e 155 (23%) do sexo masculino. A média das idades foi de 44 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-83$ ) e a maioria (65%;  $N = 431$ ) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior). Cerca de 63% ( $N = 417$ ) reside na zona de Lisboa, sendo as zonas do país menos representadas a dos Açores ( $N = 8$ ) e a da Madeira ( $N = 7$ ). A maioria percebe-se como pertencendo à classe média (58%,  $N = 385$ ) e 48% dos respondentes são professores (e docentes), assistentes (e.g., dentários), reformados, gestores, administrativos, desempregados, estudantes, técnicos e comerciais. 344 (52%) já consultou um psicólogo pelo menos uma vez e 42% nunca o fez (há 6% de casos omissos) (Anexo L2).

**6.1.2. Estatísticas descritivas.** Quando são analisadas todas as variáveis da EDS observa-se que as pontuações variam entre os valores mínimo (1) e máximo (7) da escala em todos os 35 fatores em estudo (5 grupos profissionais e 7 indicadores de qualidade) (Anexo L3). Em geral as médias estão acima do ponto médio (4) da escala e apenas quatro parâmetros não ultrapassaram esse limiar de favorabilidade: a velocidade dos psicólogos ( $M = 3.86$ ) e dos psiquiatras ( $M = 3.52$ ), bem como a emocionalidade dos médicos ( $M = 3.89$ ) e dos psiquiatras ( $M = 3.86$ ). O indicador com a média mais elevada foi o da utilidade dos enfermeiros ( $M = 6.14$ ), seguido da utilidade dos médicos ( $M = 5.96$ ); e no polo oposto foram indicados os já referidos parâmetros abaixo do ponto médio. O indicador que gerou maior discordância de opiniões foi o da utilidade dos psiquiatras ( $DP = 1.81$ ), seguido da confiabilidade do mesmo grupo ( $DP = 1.71$ ); e o que gerou maior concordância foi o da utilidade dos enfermeiros ( $DP = 1.27$ ), seguido da emocionalidade dos terapeutas alternativos ( $DP = 1.34$ ) (Anexo L4).

Quanto às perceções sobre os psicólogos, na velocidade do processo ( $M = 3.86$ ) foram considerados como sendo menos rápidos do que os alternativos, enfermeiros e médicos, em termos de sinceridade ( $M = 4.84$ ) foram avaliados como mais sinceros do que os médicos e os psiquiatras, quanto à segurança ( $M = 5.04$ ) e à confiabilidade ( $M = 5.06$ ) foram avaliados como sendo mais seguros e confiáveis do que os alternativos e os psiquiatras, já no parâmetro da utilidade ( $M = 5.61$ ) e da eficácia ( $M = 4.79$ ) os psicólogos foram considerados apenas como sendo mais úteis e eficazes do que os psiquiatras, mas quanto à emocionalidade ( $M = 4.81$ ) só os alternativos foram avaliados como sendo mais calorosos (Anexo L5).

**6.1.3. Variáveis compósitas.** Quando os sete indicadores da EDS são analisados em quatro fatores (sendo três deles compósitos: a humanidade, o processo terapêutico e a opinião global) observa-se que todas as médias estão acima do ponto médio (4) da escala (Anexo L6). Os alternativos são os percebidos com maior humanidade ( $M = 5.30$ ), ao passo que os psiquiatras são os que receberam opiniões menos favoráveis neste indicador ( $M = 4.30$ ). Quanto às opiniões sobre o processo terapêutico o grupo dos enfermeiros foi o avaliado com maior favorabilidade ( $M = 5.34$ ), enquanto as opiniões menos favoráveis foram para com o grupo dos psiquiatras ( $M = 4.43$ ). No que concerne às opiniões sobre a eficácia, as relativas aos enfermeiros foram as mais favoráveis ( $M = 5.42$ ) sendo as menos favoráveis as para com os psiquiatras ( $M = 4.35$ ). Globalmente, a opinião pública, nesta amostra e em média, expressou uma maior favorabilidade para com os terapeutas alternativos ( $M = 5.28$ ) sendo a média das opiniões menos favoráveis a para com os psiquiatras ( $M = 4.41$ ). (Figura 4).

**Figura 4** – Médias das opiniões comparativas sobre os profissionais de saúde.



Assumindo que numa amostra grande não é necessário verificar o pressuposto da normalidade das diferenças entre duas variáveis para realizar um Teste T entre duas amostras emparelhadas, mas ainda assim usando o método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos (Efron & Tibshirani, 1993; Field, 2013), relativamente aos valores

médios globais da opinião pública, observa-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre enfermeiros e alternativos ( $t_{(603)} = -1.165, p = .884 > \alpha = .05$ ), e entre médicos e psicólogos ( $t_{(608)} = -.053, p = .949 > \alpha = .05$ ) (Anexo L7). No que concerne às restantes médias atribuídas aos psicólogos, observaram-se três diferenças significativas (mas com efeitos pequenos, calculados em Soper, 2017) face às médias dos enfermeiros ( $d = .28$ ), dos psiquiatras ( $d = .42$ ) e dos alternativos ( $d = .28$ ) (Anexo L8). Logo, **globalmente**, nos sete indicadores em estudo e em média, a opinião pública Portuguesa (nesta amostra) avaliou os psicólogos com o mesmo nível de favorabilidade ( $M = 4.91$ ) que os médicos ( $M = 4.92$ ), com maior favorabilidade face aos psiquiatras ( $M = 4.41$ ), mas com menor favorabilidade face aos enfermeiros ( $M = 5.23$ ) e aos terapeutas alternativos ( $M = 5.28$ ) (Figura 4).

De uma perspetiva mais geral para um olhar mais específico, observa-se que no fator compósito Humanidade, apenas uma comparação das médias não obteve significância estatística: entre o grupo dos enfermeiros e o dos alternativos ( $t_{(627)} = -.942, p = .349 > \alpha = .05$ ). Quanto às perceções sobre os psicólogos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas (mas com efeitos pequenos) nas comparações com as médias dos médicos ( $d = .25$ ), psiquiatras ( $d = .47$ ) e alternativos ( $d = .27$ ), bem como um efeito nulo (em termos de magnitude, mas estatisticamente significativo:  $p = .038 < \alpha = .05$ ) na comparação com os enfermeiros ( $d = .07$ ) (Anexos L9 e L10). Portanto, quanto à perceção de **humanidade**, em média, a opinião pública Portuguesa (nesta amostra) avaliou os psicólogos com maior favorabilidade ( $M = 4.94$ ) (em termos de sinceridade, confiabilidade e emocionalidade) face aos médicos ( $M = 4.61$ ) e aos psiquiatras ( $M = 4.20$ ), mas menos favoravelmente face aos enfermeiros ( $M = 5.04$ ) e aos alternativos ( $M = 5.30$ ) (Figura 4).

No fator compósito Processo Terapêutico, apenas uma comparação das médias não obteve significância estatística: a obtida entre o grupo dos médicos e o dos alternativos ( $t_{(617)} = -1.293, p = .200 > \alpha = .05$ ). As médias dos psicólogos possuem diferenças estatisticamente significativas (mas com efeitos pequenos) nas comparações com as médias dos restantes grupos: enfermeiros ( $d = .40$ ), psiquiatras ( $d = .35$ ), alternativos ( $d = .26$ ) e médicos ( $d = .22$ ) (Anexos L11 e L12). Portanto, quanto à perceção de favorabilidade da opinião pública sobre o **processo terapêutico**, em média, os psicólogos foram avaliados com maior favorabilidade ( $M = 4.86$ ) (quanto à velocidade, segurança e utilidade do processo) face aos psiquiatras ( $M = 4.43$ ), mas menos favoravelmente face aos restantes grupos: alternativos ( $M = 5.22$ ), enfermeiros ( $M = 5.34$ ) e médicos ( $M = 5.12$ ) (Figura 4). Finalmente, no único indicador de qualidade que foi analisado de forma isolada – a eficácia – apenas uma comparação não

obteve significância estatística: a obtida entre o grupo dos médicos e o dos alternativos ( $t_{(647)} = -1.608, p = .116 > \alpha = .05$ ). Nas médias atribuídas aos psicólogos, houve diferenças estatisticamente significativas, mas com efeitos pequenos, nas comparações com os restantes grupos: enfermeiros ( $d = .44$ ), psiquiatras ( $d = .29$ ), alternativos ( $d = .28$ ) e médicos ( $d = .22$ ) (Anexos L13 e L14). Portanto, quanto à percepção da opinião pública sobre a **eficácia**, em média e nesta amostra, os psicólogos foram avaliados com maior favorabilidade ( $M = 4.79$ ) face aos psiquiatras ( $M = 4.35$ ), mas menos favoravelmente face aos restantes grupos: enfermeiros ( $M = 5.42$ ), alternativos ( $M = 5.22$ ) e médicos ( $M = 5.11$ ) (Figura 4).

**6.1.4. Efeitos das variáveis sociodemográficas.** Verificou-se também se existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das percepções de eficácia, processo, humanidade e globais, nas variáveis sociodemográficas (conforme Field, 2013). Quanto ao sexo e ao facto dos respondentes serem (ou terem já sido) consultantes de psicólogos, foram computados Testes T para amostras independentes. Para a idade, classe social, residência e habilitações, dado possuírem três ou mais grupos independentes, foram computados testes *One-Way ANOVA* (e testes de Welsch, quando a  $H_0$  do Teste de Levene foi rejeitada na *ANOVA*, i.e., quando os  $k$  grupos populacionais tinham igual variância). Apesar destas variáveis não possuírem uma distribuição normal na maioria dos grupos que as constituem, assumiu-se (conforme Efron & Tibshirani, 1993; Field, 2013) que numa amostra grande o formato da distribuição dos dados não afeta a significância dos testes; não obstante, nos Testes T foi usado o método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos.

Quanto ao **sexo**, o Teste T (após se assumir a igualdade das variâncias) salientou que apenas no grupo dos enfermeiros, no fator Humanidade, se diferenciaram as avaliações efetuadas pelos homens ( $M = 5.24, EP = 0.100$ ) e pelas mulheres ( $M = 4.97, EP = 0.055$ ). Esta diferença (0.274), *BCa* 95% *IC* [0.032, 0.510], é estatisticamente significativa:  $t_{(562)} = 2.262, p = .028$  (Anexo M1). Quanto ao facto de os respondentes terem já **consultado** um psicólogo, o Teste T (onde se assumiu a igualdade das variâncias) salientou que apenas no grupo dos alternativos, no fator Processo, se diferenciaram as avaliações feitas pelos aderentes ( $M = 5.10, EP = 0.075$ ) e pelos não-aderentes ( $M = 2.33, EP = 0.081$ ). Esta diferença (-0.225), *BCa* 95% *IC* [-0.439, -0.002] é estatisticamente significativa:  $t_{(530)} = -2.034, p = .044$  (Anexo M2). As nove categorias de **habilitações** escolares foram agrupadas em três para facilitar a análise dos resultados: 9.º ano (ou inferior); 12.º ano; e grau superior. Apenas foram observadas diferenças estatisticamente significativas no grupo dos alternativos relativamente ao processo ( $F_{(2, 620)} = 3.975, p = .019$ ), onde a média dos respondentes com o

12.º ano foi de 5.46 e a dos com um grau superior foi de 5.13 (*LSD*:  $p = .006$ ); e na avaliação global ( $F_{(2, 118)} = 4.347$ ,  $p = .015$ ), onde a média dos respondentes com o 12.º ano foi de 5.50 e a dos com um grau superior foi de 5.20 (*Games-Howell*:  $p = .011$ ) (Anexo M3).

Já as sete categorias da zona de **residência** foram agrupadas em quatro para facilitar a análise: Alentejo e Algarve; Lisboa e Centro; Norte; e Regiões Autónomas. Salientaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas nos grupos dos enfermeiros e dos médicos (Anexo M4). As cinco categorias da perceção de **classe social** foram agrupadas em três: Baixa e Média-Baixa; Média; e Média-Alta e Alta. Apenas houve diferenças significativas no grupo dos enfermeiros relativamente ao processo ( $F_{(2, 648)} = 2.927$ ,  $p = .054$ ), onde a média dos respondentes que se percecionam na classe média, foi superior ( $M = 5.42$ ) à dos que se percecionam na classe baixa e média-baixa ( $M = 5.17$ ) (*LSD*:  $p = .017$ ) (Anexo M5). A **idade** ( $\Delta = 18-83$ ) foi agrupada em quatro grupos (18 a 29; 30 a 49; 50 a 64; 65 a 83 anos) e deu-se conta de onze diferenças estatisticamente significativas: na eficácia dos médicos, psicólogos e alternativos; na humanidade dos psicólogos e psiquiatras, na velocidade do processo dos médicos, psicólogos e psiquiatras; e na global dos médicos, psicólogos e psiquiatras. Quanto aos psicólogos, na dimensão da eficácia ( $F_{(3, 643)} = 4.002$ ,  $p = .008$ ), os respondentes com idades entre os 18 e os 29 anos, expressaram mais favorabilidade ( $M = 5.23$ ) do que os com 30 a 49 anos ( $M = 4.64$ ) (*LSD*:  $p = .001$ ). Na humanidade ( $F_{(3, 111)} = 9.980$ ,  $p < .001$ ), os inquiridos na faixa dos 18-29 anos, expressaram maior favorabilidade ( $M = 5.56$ ) face aos com 30-49 ( $M = 4.81$ ) (*Games-Howell*:  $p < .001$ ) e dos com 50-64 anos ( $M = 4.88$ ) (*Games-Howell*:  $p < .001$ ). No processo ( $F_{(3, 114)} = 7.714$ ,  $p < .001$ ) os com idades entre 18-29 anos, expressaram-se mais favoravelmente ( $M = 5.33$ ) do que os com 30-49 ( $M = 4.73$ ) (*Games-Howell*:  $p < .001$ ) e com 50-64 anos ( $M = 4.84$ ) (*Games-Howell*:  $p = .004$ ). Na avaliação global ( $F_{(3, 111)} = 9.094$ ,  $p < .001$ ), os com idades entre os 18 e os 29 anos, expressaram uma favorabilidade mais elevada ( $M = 5.44$ ) face aos com 30-49 ( $M = 4.78$ ) (*Games-Howell*:  $p < .001$ ) e aos com idades entre 50 e 64 anos ( $M = 4.86$ ) (*Games-Howell*:  $p = .001$ ) (Anexo M6).

## 6.2 BAPS: Opiniões Específicas Apenas Sobre os Psicólogos

Na sequência dos indícios do estudo de Coppens *et al.* (2013), a segunda questão de investigação pretende aferir se a opinião pública Portuguesa é positiva no que concerne à intenção para com a adesão terapêutica, mas mais reduzida quanto à perceção de competência dos psicólogos e à tolerância ao estigma. Para clarificar estas hipóteses, numa primeira fase, foram excluídos da amostra completa (Anexo B) os psicólogos e estudantes de psicologia. Por outro lado, dado que a BAPS-PT-26 está em exploração e a BAPS-PT-18 foi já validada em

outros países (e agora em Portugal também) logo possui maior suporte empírico, optou-se por analisar apenas os resultados da versão mais curta (i.e., da BAPS-PT-18).

Observou-se que a segunda hipótese foi parcialmente confirmada, dado que a opinião pública (nesta amostra) é positiva relativamente à intenção de adesão às consultas de psicologia, mas também foi infirmada, pois a percepção de competência (dos psicólogos) e a tolerância ao estigma (do público) são mais elevadas do que a intenção de adesão terapêutica.

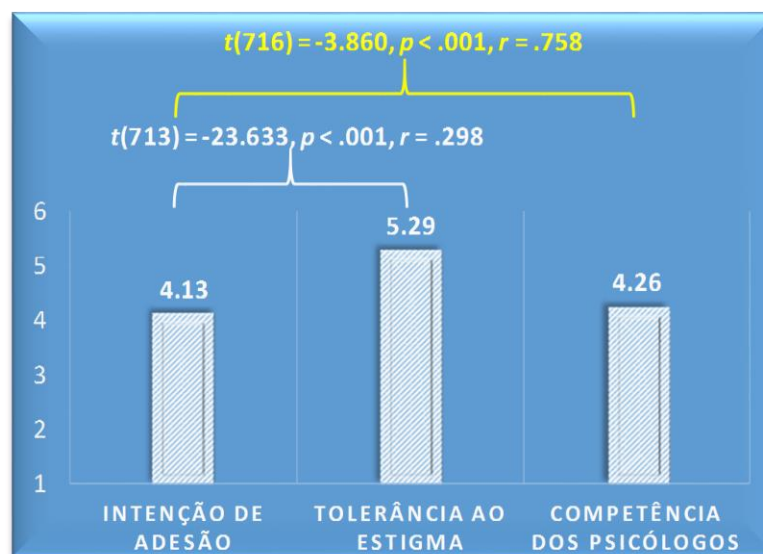
**6.2.1. Participantes.** Dos 737 indivíduos cujas respostas foram consideradas para o estudo da BAPS, 561 (76%) eram do sexo feminino e 176 (24%) do sexo masculino. A média da idade foi de 44 anos ( $DP = 12$ ;  $\Delta = 19-83$ ) e a maioria (66%;  $N = 485$ ) dos respondentes possui uma licenciatura (ou um grau superior). Cerca de 62% ( $N = 458$ ) reside na zona de Lisboa e a maioria percebe-se como pertencendo à classe média (58%,  $N = 427$ ), 376 respondentes (51%) já consultaram um psicólogo e 43% ( $N = 315$ ) nunca o fez (há 6% de casos omissos;  $N = 46$ ) e cerca de metade dos respondentes (48%;  $N = 354$ ) são professores, assistentes (e.g., dentários), reformados, gestores, terapeutas alternativos (e complementares), administrativos, desempregados, enfermeiros, estudantes, técnicos e comerciais (Anexo N1).

**6.2.2. Estatísticas Descritivas.** Na análise das variáveis da BAPS observa-se que as pontuações variaram entre os valores mínimo (1) e máximo (6) nas 18 variáveis em estudo. Todas as médias estão acima do ponto médio (3) da escala, indicando desde logo que a amostra expressa, em média e em geral, favorabilidade para com as consultas de psicologia e os psicólogos. O item com a média mais elevada (já invertida:  $M = 5.78$ ) foi o # 8, seguida da média ( $M = 5.43$ ) de três outros itens do fator Estigma (#5, #11 e #17), o que aponta para uma elevada tolerância ao estigma (nesta amostra). A média mais baixa ( $M = 3.35$ ) foi obtida no item #6, seguida da média ( $M = 3.92$ ) do item #9. Os itens com maior variação foram o #4 e o #9 ( $DP = 1.69$ ) e o que gerou menor variação foi o #8 ( $DP = 0.72$ ) (Anexos N2 e N3).

**6.2.3. Variáveis Compósitas.** Quando as 18 variáveis da BAPS são analisadas em três fatores compósitos observa-se que todas as médias estão acima do ponto médio da escala (Anexo N4). A média da Tolerância ( $M = 5.29$ ) é a mais elevada, a da Intenção ( $M = 4.13$ ) é a mais baixa e a da Competência ( $M = 4.26$ ) situa-se entre as duas anteriores (Figura 5). Existe uma forte correlação (estatisticamente significativa, com um nível de significância de .01, i.e., com 99% de confiança) entre a Intenção e a Competência ( $r = .758$ ,  $p < .001$ ) e uma fraca correlação com a Tolerância ( $r = .298$ ,  $p < .001$ ). Comparando estas associações (conforme Cohen & Cohen, 1983; Preacher, 2002), a sua diferença é estatisticamente significativa ( $Z$  de

$Fisher = -12.913; p < .001$  bicaudal). Já o Teste T para amostras emparelhadas (usando o método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos, conforme Efron & Tibshirani, 1993; Field, 2013), sublinha a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre a média da Intenção e a média do Estigma ( $t(713) = -23.633, p < .001$ ), bem como entre a da Intenção e a da Competência ( $t(716) = -3.860, p < .001$ ). Já o Estigma e a percepção de Competência possuem uma relação fraca ( $r = .273, p < .001$ ) (Anexo N4).

**Figura 5** – Fatores compósitos da BAPS-PT-18: testes T e correlações.



**6.2.4. Efeitos das variáveis sociodemográficas.** Verificou-se também se existem diferenças estatisticamente diferentes entre as médias da intenção de adesão, da tolerância ao estigma e da percepção de competência dos psicólogos, nas variáveis sociodemográficas (conforme Field, 2013). Relativamente ao sexo e ao facto de os respondentes serem (ou terem já sido) consultantes de psicólogos, foram computados testes T para duas amostras independentes. Para as variáveis habilitações, local de residência, classe social e idade, dado possuírem três ou mais grupos independentes foram computados testes *One-Way ANOVA* (e testes de Welsch, quando a  $H_0$  do Teste de Levene foi rejeitada na *ANOVA*). Apesar destas variáveis não possuírem uma distribuição normal na maioria dos grupos que as constituem, assumiu-se (conforme Efron & Tibshirani, 1993; Field, 2013) que numa amostra grande o formato da distribuição dos dados não afeta a significância dos testes; ainda assim, nos testes T foi usado o método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos.

Relativamente ao **sexo**, o Teste T (onde se assumiu a igualdade das variâncias nos fatores Intenção e Competência, e não se assumiu essa igualdade no fator Estigma) salientou que existem diferenças estatisticamente diferentes nas médias dos homens e das mulheres nos

três fatores, sendo superiores as médias do sexo feminino. No grau de concordância para com a intenção de adesão a média dos homens foi de 3.76 ( $EP = 0.100$ ) e a das mulheres foi de 4.24 ( $EP = 0.057$ ); esta diferença ( $-0.485$ ),  $BCa$  95%  $IC$   $[-0.714, -0.248]$ , foi significativa:  $t_{(712)} = -4.131, p < .001$ ). Na favorabilidade para com a competência dos psicólogos, a média dos homens foi de 4.07 ( $EP = 0.093$ ) e a das mulheres foi de 4.32 ( $EP = 0.052$ ), o que é uma diferença ( $-0.249$ ),  $BCa$  95%  $IC$   $[-0.439, -0.044]$  significativa:  $t_{(712)} = -2.330, p = .020$ ). Na análise da Tolerância, a média dos homens foi de 4.99 ( $EP = 0.060$ ) e a das mulheres de 5.37 ( $EP = 0.026$ ), o que é uma diferença ( $-0.382$ ),  $BCa$  95%  $IC$   $[-0.520, -0.243]$ , significativa:  $t_{(712)} = -5.842, p < .001$ ) (Anexo N5). Quanto ao facto de os inquiridos terem já **consultado**, ou não, um psicólogo (cujas proporção são de 54.4% e 45.6%, respetivamente), o Teste T salientou uma diferença significativa: na intenção de adesão (onde se assumiu a igualdade das variâncias) os aderentes têm uma média ( $M = 4.24, EP = 0.069$ ) superior aos não-aderentes ( $M = 4.04, EP = 0.081$ ); esta diferença, 0.207,  $BCa$  95%  $IC$   $[0.005, 0.412]$  foi significativa:  $t_{(689)} = 2.038, p = .042$ ). Na perceção de competência e na tolerância ao estigma as diferenças não são significativas (Anexo N6). Nos três agrupamentos de **habilitações** foram observadas diferenças significativas na intenção de adesão ( $F_{(2, 718)} = 3.627, p = .027$ ), onde a média dos inquiridos com um grau de ensino superior foi maior ( $M = 4.21$ ) que a média dos com o 9.º ano (ou com um grau inferior de escolaridade) ( $M = 3.75$ ) ( $LSD: p = .017$ ) (Anexo N7).

Nas quatro categorias da zona de **residência** não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na análise das médias dos seis cruzamentos possíveis entre Alentejo-Algarve, Lisboa-Centro, Norte e Regiões Autónomas (Anexo N8). As médias da intenção, estigma e competência também não foram estatística e significativamente diferentes entre as três categorias da perceção de **classe social** (Anexo N9). Já entre os quatro grupos da **idade** foram encontradas três diferenças estatisticamente significativas (assumindo que as variâncias não são iguais): na intenção de adesão ( $F_{(3, 131)} = 5.989, p = .001$ ), os respondentes com idades entre os 18 e os 29 anos, expressaram uma média mais elevada ( $M = 4.54$ ) daqueles com idades entre 30 e 49 ( $M = 4.06$ ) ( $Games-Howell: p = .001$ ) e dos com idades entre 50 e 64 ( $M = 4.04$ ) ( $Games-Howell: p = .003$ ). Na perceção de competência dos psicólogos ( $F_{(3, 130)} = 6.548, p < .001$ ), os respondentes com idades entre os 18 e os 29 anos, expressaram uma média mais elevada ( $M = 4.61$ ) daqueles com idades entre os 30 e os 49 ( $M = 4.12$ ) ( $Games-Howell: p < .001$ ). As médias da tolerância ao estigma variaram entre 5.29 (no grupo dos 18-29 anos) e 5.34 (50-64 anos) sem diferenças significativas (Anexo N10).

### 6.3 Cruzamento da EDS com a BAPS

Com a interseção destes dois instrumentos esperava-se obter dados que contribuam para «aproximar as duas ilhas»: público e PePC. Factualmente observou-se que, nos fatores compósitos das duas escalas, as correlações mais fortes ocorreram entre a intensão de adesão (na BAPS) e a percepção de eficácia dos psicólogos, da sua humanidade e da sua velocidade no processo terapêutico (na EDS), sobressaindo a relação entre a intensão de aderir às consultas de psicologia e a percepção da humanidade dos psicólogos. Numa análise mais detalhada, observa-se que das subdimensões inerentes à humanidade dos psicólogos a que mais se associa à intensão de adesão é a da confiabilidade. Nas subdimensões do processo terapêutico, a percepção de utilidade dos serviços é que mais se correlaciona com a intenção de adesão.

**6.3.1. Fatores gerais da EDS e compósitos da BAPS.** Quando são correlacionadas as três dimensões compósitas da BAPS com as quatro dimensões gerais da EDS observa-se que existem correlações positivas entre todas as variáveis. A percepção de eficácia dos psicólogos está relacionada, com uma intensidade média, com a intenção de adesão ( $r = .498$ ,  $p = .01$ ) e com a percepção de competência ( $r = .476$ ,  $p = .01$ ), mas a intensidade da associação com a tolerância ao estigma é fraca ( $r = .176$ ,  $p = .01$ ). Já a percepção de humanidade dos psicólogos relaciona-se fortemente com a intenção de adesão ( $r = .534$ ,  $p = .01$ ) e, com uma intensidade média, com a percepção de competência, ( $r = .494$ ,  $p = .01$ ), mas, a intensidade da associação com a tolerância ao estigma é fraca ( $r = .149$ ,  $p = .01$ ). Quanto à percepção sobre o processo, relaciona-se fortemente com a intenção de adesão ( $r = .522$ ,  $p = .01$ ), com uma intensidade média com a percepção de competência ( $r = .481$ ,  $p = .01$ ) e com uma intensidade fraca com a tolerância ao estigma ( $r = .194$ ,  $p = .01$ ). Já a percepção global de favorabilidade para com os psicólogos relaciona-se fortemente com a intenção de adesão ( $r = .561$ ,  $p = .01$ ) e com a percepção de competência, ( $r = .522$ ,  $p = .01$ ), mas a intensidade da associação com a tolerância ao estigma é fraca ( $r = .184$ ,  $p = .01$ ) (Anexos O1 e O2).

Quando estas correlações são comparadas (segundo Cohen & Cohen, 1983; Preacher, 2002; e com todos os valores de prova bicaudais), há diferenças significativas, na correlação da percepção de eficácia com a intenção de adesão (que partilham 25% da sua variabilidade:  $R^2 = .248$ ), bem como na correlação da eficácia com a competência (que partilham 23% da sua variabilidade:  $R^2 = .227$ ), quando estas duas correlações são comparadas (respetivamente:  $Z$  de Fisher = 6.880;  $p < .001$ ; e  $Z$  de Fisher = 6.342;  $p < .001$ ) com a correlação entre a eficácia e a tolerância ao estigma. Há também diferenças significativas, na correlação da percepção de humanidade com a intenção de adesão (que partilham 29% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.285$ ),

bem como na correlação da percepção de humanidade dos psicólogos com a competência (que partilham 24% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.244$ ), quando se comparam ambas as correlações (respetivamente:  $Z \text{ de Fisher} = 8.313$ ;  $p < .001$ ; e  $Z \text{ de Fisher} = 7.298$ ;  $p < .001$ ) com a correlação entre a humanidade e a tolerância. Há diferenças estatisticamente significativas, na correlação da percepção do processo com a intenção de adesão (que partilham 27% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.272$ ), bem como na correlação do processo com a competência (que partilham 23% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.231$ ), quando se comparam ambas as correlações (respetivamente:  $Z \text{ de Fisher} = 7.137$ ;  $p < .001$ ; e  $Z \text{ de Fisher} = 6.115$ ;  $p < .001$ ) com a correlação entre o processo e a tolerância ao estigma. Há ainda diferenças significativas, na correlação da percepção de favorabilidade global com a intenção de adesão (que partilham 32% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.315$ ), bem como na correlação dessa percepção global com a percepção de competência (que partilham 27% da sua variabilidade:  $R^2 = 0.272$ ), quando ambas as correlações são comparadas (respetivamente:  $Z \text{ de Fisher} = 8.361$ ;  $p < .001$ ; e  $Z \text{ de Fisher} = 7.331$ ;  $p < .001$ ) com a correlação entre a percepção global e a tolerância ao estigma.

**6.3.2. Fatores específicos da EDS e compósitos da BAPS.** Para entender melhor as associações interescalas, foram também correlacionadas as três subdimensões da humanidade e as três do processo (da EDS) com as três dimensões compósitas da BAPS. Possuindo todas as correlações significância estatística, as que mais se destacam (como as mais positivas) são as da percepção de utilidade do processo com a intenção de adesão ( $r = .543$ ,  $p = .01$ ) e com a percepção de competência ( $r = .489$ ,  $p = .01$ ). A correlação entre a intenção de adesão e a utilidade é significativamente diferente da associação entre essa intenção e a velocidade ( $Z \text{ de Fisher} = 5.301$ ;  $p < .001$ ), a segurança ( $Z \text{ de Fisher} = 2.375$ ;  $p < .017$ ) e a sinceridade ( $Z \text{ de Fisher} = 2.511$ ;  $p < .012$ ), mas não são significativas as diferenças para com a confiabilidade e a emocionalidade. A correlação entre a competência e a utilidade é significativamente diferente da associação entre a competência e a velocidade ( $Z \text{ de Fisher} = 4.356$ ;  $p < .001$ ), mas as diferenças para com as restantes variáveis da EDS não são significativas. Já as menos positivas são as correlações entre as seis subdimensões da EDS e o fator Estigma ( $r$  entre .093 e .205). Por fim, tendo-se destacado a humanidade (na intersecção dos fatores compósitos da EDS com os da BAPS) como o fator mais associado à intenção de adesão, importou perceber as associações específicas entre as subdimensões da humanidade dos psicólogos e a intenção de aderir às consultas, de onde sobressaiu a confiabilidade como a segunda variável mais correlacionada com a intenção de adesão ( $r = .491$ ,  $p = .01$ ); já a emocionalidade ( $r = .469$ ,  $p = .01$ ) e a sinceridade ( $r = .439$ ,  $p = .01$ ) possuem relações menos fortes (Anexos O3 e O4).

**6.3.3. Preditores da intenção de adesão.** Por fim, perante a hipótese de que (de acordo com a TCP) a tolerância ao estigma e a percepção de competência podem ser considerados preditores da intenção de adesão, foi efetuada (de acordo com Field, 2013) uma RLM que testou também se algum de três dos fatores da EDS (eficácia, humanidade e processo) aumentam a capacidade preditiva do modelo. Após uma RLM preliminar (Anexo P1) onde se verificou que a percepção de eficácia e da velocidade do processo não predizem de forma estatisticamente significativa a intenção de adesão, testou-se o seguinte modelo:

$$\widehat{Intenção}_i = \beta_0 + \beta_1 Competência_i + \beta_2 Tolerância\ ao\ Estigma_i + \beta_3 Humanidade_i$$

Sendo verificada a condição para efetuar uma RLM (i.e., admitir que a percepção de competência, a de humanidade e a tolerância ao estigma influenciam a intenção de adesão) foram verificados os seis pressupostos de uma RLM (que incluiu todos os casos exceto os 142 registros de psicólogos e estudantes de psicologia): (1) a linearidade do fenômeno em estudo (a intenção de adesão correlaciona-se com a tolerância ao estigma:  $r = .302$ ;  $p < .001$ ; com a competência:  $r = .750$ ;  $p < .001$ ; e com a humanidade:  $r = .532$ ;  $p < .001$ ); (2) a multicolinearidade entre as variáveis independentes (nenhum VIF  $> 10$  e a sua média = 1.28; todos os valores de tolerância  $> .1$ ); (3) os resíduos terem uma média igual ou perto de zero ( $M = .000$ ); (4) a homocedasticidade dos resíduos (cuja distribuição não é afunilada nem em leque, mas constante em torno do eixo do y); (5) a distribuição normal dos resíduos (embora o histograma mostre uma curva mesocúrtica com uma tendência leptocúrtica e o Teste de Kolmogorov-Smirnov resulte em  $D_{(689)} = .042$ ;  $p = .005$ , face à dimensão da amostra, o Teorema do Limite Central permite concluir que a distribuição não afeta a significância dos testes); e (6) a independência dos resíduos (Teste de Durbin-Watson = 2.039). Foram também analisadas as observações influentes: quanto aos *outliers* existem 34 casos com resíduos estandardizados fora do intervalo entre -2 e 2, porém estes casos estão dentro do limite de 5% (34.45, dado que  $N = 689$ ) expectáveis; quanto aos valores extremos, os valores da Distância de Cook são inferiores a 1 ( $Mín = .000$  e  $Máx = .043$ ), mesmo em 4 *outliers* (casos 155, 343, 716 e 834) cujos resíduos estandardizados são  $> 3$  (Anexo P2). O modelo tem uma moderada qualidade explicativa uma vez que os três preditores explicam 60.2% da variância da intenção de adesão ( $R^2_{ajustado} = .602$ ) e, em média, o erro de previsão é baixo (.08) numa escala entre 1-6 para os fatores da BAPS e 1-7 para o fator Humanidade (da EDS). O modelo é adequado para efetuar inferências estatísticas ( $F_{(3, 385)} = 347.345$ ;  $p < .001$ ) dado que a constante ( $t = -3.016$ ;  $p = .003$ ) e os três declives são válidos para esse efeito: tolerância ( $t = 3.748$ ;  $p < .001$ ), competência ( $t = 21.629$ ;  $p < .001$ ) e humanidade ( $t = 7.451$ ;  $p < .001$ ). A competência

salienta-se como sendo o preditor mais importante ( $\beta = .620$ ), depois a humanidade ( $\beta = .207$ ) e só depois a tolerância ao estigma ( $\beta = .094$ ) (*idem, ibidem*). Logo, podem-se efetuar previsões para com a intenção de adesão com base nos valores obtidos nos três preditores em estudo (recorrendo aos valores de *Beta*, dado que são duas escalas diferentes), com a equação:

$$\widehat{Intenção} = -0.804 + 0.690 \textit{Competência} + 0.186 \textit{Tolerância} + 0.207 \textit{Humanidade}$$

Assim, o modelo evidencia que quando a percepção de competência varia em uma unidade, a intenção de adesão varia 0.690 unidades; quando a tolerância ao estigma varia uma unidade, a intenção varia 0.186 unidades; e quando a percepção de humanidade varia em uma unidade, a intenção de aderir às consultas de psicologia varia 0.207 unidades (considerando que a variação da intenção de adesão é sempre em média e no mesmo sentido da variação dos preditores, mantendo, nos três casos, as restantes duas variáveis constantes). Na prática, se, por exemplo, um indivíduo avaliar em média a competência com 2.72, a tolerância ao estigma com 3.07 e a humanidade com 4.14, a sua intenção de adesão deverá ser abaixo da média (i.e.,  $2.50 < 3$ ). Em síntese, embora o modelo revele uma moderada qualidade explicativa, salienta-se o facto de o fator Humanidade acrescentar 3.2% à proporção da variância da intenção de adesão, que é explicada pela percepção de competência e pela tolerância ao estigma, ficando ainda por explicar 39.8% da variância da intenção de adesão às consultas de psicologia.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 Atitudes Favoráveis Para com os Profissionais de Saúde

As avaliações em geral dos cinco grupos de profissionais de saúde foi positiva, dado que 31 dos 35 fatores em estudo foram pontuados acima do ponto médio. Os enfermeiros e os alternativos são os mais favoravelmente percebidos pela opinião pública; os psiquiatras receberam as avaliações menos favoráveis; já os psicólogos e os médicos equiparam-se numa posição intermédia. Estes resultados parecem indicar que estes três últimos grupos poderão ter de envidar ações para melhorar a sua imagem pública. Mas no que concerne aos psicólogos, o que poderá ser necessário para criar uma «ponte mais larga e sólida entre as duas ilhas»?

**7.1.1. Psicólogos: úteis mas a velocidade do processo precisa de melhorar.** Nos quatro fatores avaliados com menor favorabilidade destaca-se a percepção da velocidade do processo terapêutico (i.e., do percurso entre um problema e uma solução eficaz e duradoura) dos psicólogos, como um potencial elemento que não facilita a interação entre «as populações das duas ilhas». Mas é interessante que nos sete fatores em estudo (no grupo dos psicólogos),

o que obteve uma média mais alta foi o da utilidade dos serviços que prestam, portanto a baixa adesão terapêutica não existirá porque o público não vê utilidade no trabalho dos psicólogos, mas talvez devido a outros fatores, entre os quais a perceção de velocidade do processo. Sendo a dimensão do processo analisada como um compósito (da velocidade, da segurança e da utilidade) os psicólogos apenas são vistos com mais favorabilidade do que os psiquiatras, tal como na perceção da sua eficácia, parecendo indicar que, à semelhança de vários estudos (e.g., Atkinson, 1977; Wood *et al.*, 1986; Janda *et al.*, 1998; Laungani, 1999; Hartwig & Delin, 2003; Vogel *et al.*, 2007; Penn, Schoen, & Berland Associates, 2008; Currin *et al.*, 2011), é escassa a informação pública sobre a eficiência da psicoterapia.

**7.1.2. Equiparação aos médicos, mas preferência pela medicação.** Quanto à primeira hipótese deste estudo ela foi confirmada no que concerne à comparação com os enfermeiros (para com os quais a opinião pública demonstrou maior favorabilidade) mas foi infirmada na comparação com os médicos (os quais foram avaliados com a mesma favorabilidade atribuída aos psicólogos). Esta apreciação global (de psicólogos e médicos) não está em linha com vários estudos (e.g., Nunnally & Kittross, 1958; McGuire & Borowy, 1979; Richardson & Handal, 1995; Janda *et al.*, 1998; Hartwig & Delin, 2003) indiciando que a população portuguesa equipara ambos os grupos (nos sete fatores estudados). Mas quando se procuram serviços de saúde mental, a preferência recai sobre os médicos (Vasco *et al.*, 2003; Eurobarómetro da Comissão Europeia, 2010; Coppens *et al.*, 2013; Carvalho, 2017) e tem vindo a decrescer o recurso aos psicólogos: Vasco *et al.* (2003) indicaram uma proporção de 15% e o Eurobarómetro da Comissão Europeia (2010) indicou que apenas 2% das pessoas recorrem aos psicólogos quando procuram ajuda para um problema psicológico. E sendo Portugal o país da Europa onde, em média, se consomem mais benzodiazepinas (Carvalho, 2017), o recurso aos médicos para, através da medicação, tentar resolver problemáticas psicológicas parece ser a prática comum, talvez por ser a mais rápida no alívio dos sintomas, daí que, a velocidade parece surgir neste estudo como um dos fatores-chave onde poderá ser importante atuar macrossistemicamente. Mas não só. O recurso à medicação estará apenas associado à velocidade com que atenua os sintomas? Mackenzie *et al.* (2014) referem que o *marketing* farmacológico poderá ser um dos fatores associados ao decréscimo da procura de serviços de psicoterapia. Então, poderá existir em Portugal um melhor *marketing* psicológico?

**7.1.3. Maior favorabilidade dos adultos emergentes.** Nas comparações entre os psicólogos e os restantes grupos é interessante o facto de não se terem salientado diferenças estatisticamente significativas entre o sexo dos respondentes, as suas habilitações escolares, a

zona de residência, a classe social (onde percecionam pertencerem) e no facto de terem, ou não, consultado já um psicólogo. Porém, nos escalões etários mais jovens (18-29 anos), face aos respondentes com idades superiores, evidenciaram-se avaliações mais positivas sobre os psicólogos (nos quatro fatores da EDS: eficácia, humanidade, processo e global) o que poderá indiciar, pelo menos, dois aspetos: (1) as camadas mais jovens estarão mais propensas a aderir à psicoterapia; (2) as opiniões menos favoráveis da população acima dos 30 anos poderá necessitar de intervenções sistémicas específicas para fomentar a adesão terapêutica.

## **7.2 Atitudes Favoráveis Para com os Psicólogos**

Quando se passa para o nível das perceções apenas sobre os psicólogos (através do estudo efetuado com a BAPS) constata-se que as avaliações em geral são positivas, dado que as médias dos 18 fatores em estudo foram acima do ponto médio da escala (bem como, claro, nos três fatores compósitos: intenção de adesão, tolerância ao estigma e perceção da competência dos psicólogos). Contudo, esta favorabilidade requer uma análise prudente.

**7.2.1. Foco no estigma poderá estar a desfocar a automonitorização.** Um dos dados interessantes nesta amostra é o de que quatro dos oito itens da tolerância ao estigma foram os que apresentaram as médias mais altas. Logo, nas variáveis compósitas, a média da tolerância é a mais elevada (e a da intenção de adesão é a mais baixa). As correlações, por outro lado, vêm enfatizar que a intenção de adesão está fortemente associada à competência e possui uma fraca associação à tolerância. Ou seja, contrariando o estudo de Mackenzie *et al.* (2014) onde se concluiu que a intenção de adesão decresceu, provavelmente devido à escassez de intervenções sobre o estigma (para com as pessoas com perturbações mentais), o presente estudo indica que existe uma elevada tolerância ao estigma e que a intenção de adesão está muito mais associada à perceção de competência dos psicólogos, o que, em parte, poderá sublinhar o que defendem Seeman *et al.* (2016): quando se estuda o estigma sobre a saúde mental é importante considerar as variações culturais.

Assim sendo, em desacordo com o que defendem Vogel *et al.* (2007), os resultados da BAPS apontam para o facto de (na presente amostra da população portuguesa) o estigma não ser uma barreira para com a procura de apoio psicológico e que uma das potenciais fontes de ceticismo público para com a psicologia (conforme Lilienfeld, 2012) pode estar aqui a ser acentuada: a falha da psicologia na sua automonitorização. Por exemplo, desconhece-se que seja uma prática comum nos PePC portugueses o uso de métodos de *feedback* (sobre o decorrer e os resultados da psicoterapia) e de prática deliberada (e.g., planear e exercitar

intervenções específicas), que são fatores associados ao sucesso da psicoterapia (Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan, & Gelso, 2017). Portanto a opinião pública, no presente estudo, parece estar a sublinhar a importância de os PePC investirem na melhoria das suas competências para que a adesão terapêutica suba e (em potencial) desçam os índices de perturbações mentais na população portuguesa. Constatou-se assim que a segunda hipótese é confirmada, dado que (em linha com Coppens *et al.*, 2013) a opinião pública é positiva no que concerne à intenção para com a adesão terapêutica, mas a hipótese é também infirmada pois a perceção de competência e a tolerância ao estigma não são mais reduzidas do que a intenção de adesão terapêutica.

**7.2.2. Identificação de um potencial alvo de intervenção.** O estudo da BAPS indicou que, em linha com estudos anteriores (e.g., Addis & Mahalik, 2003; Vogel *et al.*, 2007; Currin *et al.*, 2011) existem diferenças estatisticamente significativas no sexo, dado que as mulheres (face aos homens) indicaram maior tolerância ao estigma, maior perceção de competência e uma maior intenção de adesão. Quanto aos respondentes terem já consultado, ou não, um psicólogo destaca-se o facto de este ser o estudo (feito em Portugal) onde a proporção de aderentes é a mais elevada (54.4%, face a 46.1% segundo Miranda, 2012; e 14.9% segundo Vasco *et al.*, 2003), mas também se evidencia que as mulheres possuem uma maior intenção de adesão e não existem diferenças significativas nos fatores estigma e competência, o que levanta questões pois idealmente os aderentes deveriam possuir uma maior tolerância ao estigma e uma perceção de competência mais alta. Assim não sendo, poderá ser importante aferir o que se passou (e passa) no contexto clínico para que as perceções dos aderentes não se diferenciem das dos não-aderentes (nos dois últimos fatores).

Os resultados também indicam que as pessoas menos instruídas apresentam menor intenção de adesão, o que poderá requerer ações muito específicas para esta subamostra. Tal como nas e para com as faixas etárias mais altas, não só na intenção de adesão (o que está em linha com Vogel *et al.*, 2007) como na perceção de competência, que apresentaram valores mais baixos que os mais jovens (o que está de acordo com estudos anteriores, e.g., Dupree, Herrera, Tyson, Jang, & King-Kallimanis, 2010; ten Have *et al.*, 2010). Porém na tolerância ao estigma não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os quatro grupos etários, aparentemente contestando o que defendem Currin *et al.* (2011).

**7.2.3. A humanidade dos psicólogos como preditora da adesão.** A terceira hipótese deste estudo aponta para a possibilidade de, com a interseção dos dois instrumentos, se obterem dados que contribuam para aprofundar o estudo da opinião pública portuguesa acerca da psicologia. De facto, as correlações sublinham que quanto mais favorável é a

percepção do processo terapêutico (i.e., velocidade, segurança e utilidade), maior é a intenção de adesão (e vice-versa); e que quanto mais favoravelmente é percebida a humanidade (i.e., emocionalidade, confiabilidade e sinceridade) dos psicólogos, maior é a intenção de adesão (e vice-versa) do público. Mais especificamente, destaca-se a associação positiva entre a intenção de adesão e a percepção de utilidade do processo, o que parece ser lógico: quanto maior for a percepção de utilidade das consultas de psicologia, maior é a intenção de adesão dos percipientes. Mas quando se testam os fatores compósitos da EDS como preditores da adesão terapêutica, observa-se que (para além dos fatores da BAPS: tolerância ao estigma e percepção de competência) apenas a percepção de humanidade dos psicólogos prediz significativamente essa intenção; e prediz mais do que a tolerância ao estigma (mas menos do que a percepção de competência).

Estes dados indicam que a BAPS pode ampliar o total de variância explicada (que é de 60.4%, quando é considerado o novo fator: Sentido de Colaboração) se forem adicionados novos itens sobre a humanidade dos psicólogos, mas também abre a possibilidade de efetuar previsões para com a intenção de adesão com base nos valores obtidos nos três preditores: percepção de competência, tolerância ao estigma e percepção de humanidade. Daqui surgem duas possibilidades: (1) a de alargar a BAPS de forma a aumentar a variância explicada; e (2) a de prever o grau da intenção de adesão terapêutica com base em três preditores. Mas estas hipóteses carecem de estudos mais aprofundados onde sejam testados itens relacionados com a humanidade dos psicólogos (Anexo Q). Assim, quanto à terceira hipótese, a interseção da BAPS com a EDS sublinha a importância do processo terapêutico (mas destaca agora a sua utilidade) e enfatiza a percepção de humanidade como um fator preditor da adesão terapêutica.

## **8 CONCLUSÕES**

### **8.1 Elementos Específicos para Informar o Público**

O facto de os psicólogos serem percebidos na velocidade do processo, abaixo do ponto médio de favorabilidade levanta questões sobre o conhecimento do público acerca do número de sessões necessárias para efetuar o percurso entre um problema e uma solução eficaz e duradoura. Por um lado, interessará saber qual o número de sessões que as pessoas pensam ser necessário para que a psicoterapia demonstre a sua eficiência em problemas específicos e em geral. Por outro lado, caberá aos psicólogos refletir sobre a informação que é transmitida ao público a este respeito. Uma ação de sensibilização da opinião pública, por parte da OPP, informando sobre as quantidades médias de sessões para os problemas mais

comuns (que são as perturbações depressivas e as da ansiedade, segundo Carvalho, 2017) poderá contribuir para uma melhor «ponte entre as populações das duas ilhas», pois o público reconhece a utilidade dos serviços prestados pelos psicólogos, mas a perceção da velocidade do seu processo terapêutico é menos favorável face a outros profissionais de saúde.

E demonstrando os mais jovens (18-29 anos), face aos mais idosos (acima dos 30 anos), uma maior favorabilidade para com os psicólogos, será importante diferenciar as intervenções, levando em conta os estudos mais recentes sobre as tipicidades inerentes à emergência da adultícia (e.g., os adultos emergentes procuram descobrir, até cerca dos 30 anos, quem são e como se encaixam no mundo; Arnett, 2011, 2013) e os clássicos sobre a adultícia (e.g., após cerca dos 30 anos os adultos procuram ser mais generativos e íntegros; Erikson, 1959/1994). Por outro lado, releva-se a necessidade de, havendo uma ação de sensibilização, considerar que ela deve ser orientada sobretudo para os homens e para as pessoas com menos habilitações. Importará também informar sobre o facto de as intervenções psicológicas implicarem uma relação custo-eficiência superior às farmacológicas (Chiles, Lambert, & Hatch, 1999; Hunsley, 2003; McHugh, *et al.*, 2007; Miklowitz & Scott, 2009), logo, considerando os efeitos secundários da medicação, a psicoterapia deve ser sugerida, pelo *marketing* psicológico, como a principal terapia para as perturbações depressivas e da ansiedade (Hunsley, Elliott, & Therrien, 2013). E também poderá ser relevante desfazer o «viés clínico» (i.e., a perceção de que todos os psicólogos são clínicos; Korn & Lewandowski, 1981) dado que o público em geral poderá não conseguir distinguir um psicólogo clínico de um psicólogo da saúde, ou mesmo de um psicólogo educacional, forense, organizacional, social, evolucionista, transcultural, comunitário, discursivo, da religião ou outro (como e.g., os emergentes psicólogos positivos ou até os de investigação). Pareceu ser no entanto claro, no presente estudo, que o público em geral já diferencia um psicólogo de um psiquiatra.

## **8.2 Psicólogos Clínicos: Recursos Humanos Subaproveitados**

Mas informar o público poderá não ser suficiente, pois as pessoas que sofrem das suprarreferidas perturbações (depressivas e da ansiedade) não possuem psicólogos clínicos ao seu dispor nas instituições públicas e “nem todos os Psicólogos em causa terão formação específica para essas intervenções (Carvalho, 2017, p. 11). Assim, para além da conhecida necessidade de existirem mais psicólogos nas instituições públicas, importa especializá-los para intervirem o mais eficientemente possível nas perturbações com maior prevalência.

Por outro lado, as instâncias governativas talvez não estejam ainda suficientemente cientes de que a eficiência da psicoterapia permite obter proveitos diretos (e.g., reduzindo as despesas com a medicação e com os benefícios fiscais associados à doença) e indiretos (e.g., aumentando o desempenho laboral e diminuindo o absentismo e o desemprego) (Hunsley, 2003; Carlson & Bultz, 2003; Layard, 2006). Por exemplo Layard (2006) concluiu que a perda do emprego e o absentismo relacionados com a depressão e a ansiedade implicam perdas empresariais de cerca de 12 biliões de libras por ano ao passo que a psicoterapia implicaria um custo anual de pouco mais de meio bilião de libras (considerando que seriam necessários 10.000 terapeutas para 800.000 pacientes e que um terapeuta consegue tratar anualmente cerca de 80 utentes). Ora, extrapolando esta previsão para a realidade portuguesa e considerando que (segundo Caldas de Almeida & Xavier, 2013) cerca de dois milhões de portugueses sofrem de perturbações mentais, seriam necessários 25.000 terapeutas para melhorar a saúde mental da população portuguesa. Todavia, segundo a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017) em Abril de 2015 estavam registados nessa Ordem 20.643 psicólogos, logo, considerando que destes, muitos não são clínicos e muitos outros estarão no ativo (em clínica e/ou em docência), é muito relevante a continuada formação de psicólogos clínicos; mas sem um plano de construção de uma «ponte entre as populações das duas ilhas», a quantidade de psicólogos que Portugal tem disponível é um recurso rico, mas subaproveitado.

### **8.3 Fatores que Podem Ampliar a Qualidade dos Serviços**

Conforme Saunders, Cape, Fearon e Pilling (2016) é importante possuir métodos que possibilitem efetuar predições sobre os tratamentos, bem como tomar decisões sobre as intervenções mais adequadas a cada utilizador dos serviços de psicologia clínica. Têm-se usado dados de neuroimagens (Siegle, Carter, & Thase 2006) e marcadores genéticos (Papakostas & Fava, 2008), mas estes métodos não têm demonstrado grande utilidade (Evans, Dougherty, Pollack, & Rauch, 2006). Já a severidade inicial dos sintomas, o estado civil, a idade e o género podem ser preditores das respostas à psicoterapia (Cuijpers, Van Straten, Warmerdam, & Smits, 2008; Mululo, Menezes, Vigne, & Fontenelle, 2012). O presente estudo vem indicar a hipótese de existirem fatores preditores da adesão terapêutica: a perceção de competência, a tolerância ao estigma, a perceção de humanidade dos psicólogos e o sentido de colaboração. Logo, previamente a um plano de intervenção poderá ser importante avaliar estas variáveis em cada utilizador dos serviços de psicologia a fim de pré-intervir (e.g., com psicoeducação) personalizadamente.

E quanto às pessoas que ainda não consultaram um psicólogo (45.6% no presente estudo) também será importante continuar a estudar as barreiras que as impedem de o fazer. Segundo Ramos (2016b) os terapeutas apontam causas externas à psicologia (e.g., a escassez de recursos financeiros, a mentalidade das pessoas, a falta de vontade de mudar ou o estigma social), mas, o presente estudo já veio salientar que o estigma não aparenta ser uma barreira à adesão terapêutica. Este tipo de atribuição causal também é mencionado por Roos e Werbart (2013) para com os aderentes: os terapeutas justificam mais os *dropouts* com fatores dos utentes do que com fatores próprios. Mas, se como psicólogos evitarmos reconhecer os nossos pontos fracos, para os transformar e evoluir com eles, sentiremos legitimidade para facultar esse processo às pessoas? Wampold e Imel (2015) assinalam ainda que as pessoas são pouco informadas sobre o plano para o seu tratamento (e o objetivo da terapia), não é aferido o progresso no sentido do objetivo e não é fomentado um sentido de colaboração. Logo, os PePC portugueses poderão também necessitar de formações periódicas que visem atualizar as suas competências e procedimentos de acordo com os resultados das investigações que se vão efetuando continuamente. Por exemplo, prevê-se que até ao ano de 2022 as abordagens que mais irão florescer são as com base na *mindfulness*, as cognitivo-comportamentais e as integrativas (Norcross, Pfund & Prochaska, 2013).

Assim, a capacidade preditiva, a investigação, a automonitorização, a atualização da formação e o ajustamento às novas tendências são fatores que os PePC portugueses poderão considerar para aumentar a qualidade dos serviços que prestam e, por consequência, favorecer as representações sociais para com a psicoterapia na opinião pública portuguesa, contribuindo assim para criar uma «ponte mais larga e sólida entre as duas ilhas».

#### **8.4 Pontos Fracos e Pontos Fortes**

Como pontos fracos salienta-se o viés amostral: é alta a proporção de respondentes do sexo feminino, há um nível de habilitações elevado e a maioria reside na zona de Lisboa. A indiferenciação (na recolha de dados) entre psicólogos clínicos e psicoterapeutas poderá ter contribuído para um viés (positivo ou negativo) nas perceções sobre os psicólogos. O uso exclusivo de medidas diretas poderá também ser uma limitação dado que já se concluiu que as medidas indiretas (e.g., descrições livres), ao encorajarem uma opinião mais pessoal, tendem a produzir resultados mais favoráveis para com os psicólogos do que as medidas diretas (e.g., graus de concordância com afirmações em escalas do tipo *Likert*, como foi o caso), dado que estas tendem a elicitare estereótipos e, logo, a produzir resultados de maior desfavorabilidade (Webb, 1989; Hartwig & Delin, 2003). De facto, o presente estudo incluiu uma medida

indireta (i.e., um conjunto de questões abertas) para obter outros indicadores da opinião pública sobre a psicologia em Portugal, mas devido à extensão da dissertação que a sua análise implicaria, decidiu-se deixar essa parte qualitativa para uma contingencial tese de doutoramento. A BAPS-PT-18 poderá estar sujeita ao efeito de aquiescência nas subescalas Competência e Intenção (pois todos os itens estão expressos afirmativamente) e ao efeito de desconformidade na subescala do Estigma (pois a maioria dos itens estão invertidos).

Estimando-se que 70% das pessoas com psicopatologias não recebem cuidados de saúde mental (Henderson *et al.*, 2013), conforme já salientado, são deveras importantes as ações de sensibilização da opinião pública com foco na motivação da adesão terapêutica, logo, como um dos seus pontos fortes, este estudo indica um público-alvo (empiricamente sustentado) para que seja criada uma intervenção específica nesse sentido: homens, com habilitações abaixo do 12.º ano de escolaridade (ou inferiores), maiores de 30 anos de idade. Por outro lado, este estudo evidencia que a intenção de adesão às consultas de psicologia está muito mais relacionada com a perceção de competência dos psicólogos do que com o estigma social (para com o qual a amostra expressou uma elevada tolerância) e salientou quatro dimensões que requerem mais investigação em estudos futuros: a perceção de humanidade dos psicólogos, a perceção de velocidade e de utilidade do processo terapêutico, bem como o sentido de colaboração das pessoas com a psicoterapia. Fica a sugestão de uso destes fatores em ações de sensibilização para com a adesão terapêutica da população portuguesa. E fica também aberta a possibilidade de virem a ser efetuadas predições sobre a adesão terapêutica, facultando pré-intervenções específicas em dimensões dificultadoras desse movimento, bem como articulações com o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1986; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), diferenciando, por exemplo, se uma pessoa se encontra num estágio de contemplação (para com a adesão) ou já em preparação (para aderir). Mas talvez os pontos mais fortes deste estudo sejam o facto de através dele ter sido adaptado psicometricamente para a população portuguesa um instrumento que visa obter perceções sobre os serviços de psicologia (possibilitando também e.g., efetuar estudos comparativos transculturais) onde foi descoberta, fortuitamente, uma nova dimensão da BAPS, a das crenças subjacentes ao controlo comportamental percebido (que é obtida através do fator «sentido de colaboração com o psicólogo»), que completa o racional preditivo (da TCP) para com a intenção comportamental (neste caso, de procura de apoio psicológico). Como ponto mais forte parece destacar-se o facto de este ser o primeiro estudo focado especificamente na aferição da opinião pública sobre a psicologia em Portugal.

## 8.5 Propostas para Estudos Futuros

Poderá ser importante obter uma amostra probabilística estratificada (por região do país, dimensão populacional e sexo). Por outro lado, dado que um dos critérios de inclusão foi a idade, poderá ser interessante em estudos futuros obter a opinião pública dos jovens e adolescentes portugueses sobre a psicologia em Portugal, a fim de psicoeducar de forma mais incisiva e procurar ir ao encontro das suas expectativas, pois (conforme Leong, Wagner, & Tata, 1995; Addis & Mahalik, 2003; Vogel *et al.*, 2007; Wills & Gibbons; 2009) é muito preocupante o facto de as pessoas subusarem os serviços de saúde mental apesar de saberem que precisam deles. Será também relevante aprofundar o estudo sobre quatro das dimensões associadas à intenção de adesão às consultas de psicologia (perceção de humanidade, perceção de velocidade e de utilidade do processo terapêutico e sentido de colaboração das pessoas com a psicoterapia) a fim de se efetuarem melhores previsões sobre a adesão e de preparar os utentes para uma entrada (e uma manutenção) mais conscienciosa na psicoterapia.

Interessará ainda aferir, em estudos posteriores, se o modelo causal da BAPS pode ser sustentado empírica e estatisticamente inserindo a dimensão comportamental em desenhos experimentais longitudinais (i.e., perceber se os fatores que influenciam a intenção de adesão, predizem de facto o comportamento, i.e., a adesão terapêutica). Por outro lado a BAPS também poderá ser usada em pré e pós-intervenções a fim de analisar se a perceção de competência, a tolerância ao estigma e o sentido de colaboração (entre outros eventuais fatores que venham a ser adicionados à BAPS) mudam, ou não, significativamente como resultado da psicoterapia, a fim de aprofundar o conhecimento sobre as dimensões onde é também necessário atuar, ao nível da sensibilização para com a adesão terapêutica (e.g., já se concluiu que ações de sensibilização que incidem sobre as normas sociais, contribuem para atitudes mais favoráveis para com a adesão às consultas de psicologia; Haigh, 2016).

Por fim, espera-se que o presente estudo estimule a investigação em Portugal sobre as causas que impedem as pessoas de aderir aos serviços de psicologia e que contribua para que as instâncias de topo alarguem a sua visão sobre o *status quo* da psicologia em Portugal a fim de tomarem decisões macrossistémicas mais especificamente orientadas, mais produtivas e capazes de fortalecer a «conexão entre as duas ilhas»: psicólogos clínicos e público.

*Non sibi sed patriae.*

## 9 REFERÊNCIAS

- Ackerman, S. (2015, Julho 11). US torture report: psychologists should no longer aid military, group says. *The Guardian*. Obtido em 08-02-2016 de: <http://www.theguardian.com/us-news/2015/jul/11/cia-torture-doctors-psychologists-apa-prosecution>.
- Adams, P. M. (1984). Animal research and animal welfare: Putting the issues into context. In Symposium on "Animal Research and Animal Welfare: Ethical Regulatory, and Substantive Issues." *American Psychological Association Meeting*, Toronto, Canada.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). *Men, masculinity, and the contexts of help seeking*. *American Psychologist*, 58(5), 5–14. <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Ægisdóttir, S., & Gerstein, L. H. (2009). Beliefs About Psychological Services (BAPS): development and psychometric properties. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(2), 197-219. <https://dx.doi.org/10.1037/a0030854>
- Ægisdóttir, S., & Einarsdóttir, S. (2012). Cross-cultural Adaptation of the Beliefs About Psychological Services scale (I-BAPS) for Iceland. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(4), 236–251.
- Ægisdóttir, S., & Gerstein, L. H. (2014). 18 item BAPS Scale and Instructions March 2013. Suplemento a: Ægisdóttir, S., & Gerstein, L. H. (2009). Beliefs About Psychological Services (BAPS): development and psychometric properties. *Counselling Psychology Quarterly*, 22(2), 197-219. <https://dx.doi.org/10.1037/a0030854>
- Ægisdóttir, S. (2016). *Comunicações Pessoais com a Professora Doutora Stefanía Ægisdóttir* (reproduzidas com a autorização da autora), entre os dias 18 de Abril de 2016 e 6 de Junho de 2017.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179 –211. [https://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ajzen, I. (2006). *Constructing a Theory of Planned Behavior Questionnaire*. Research Gate. Obtido em 25-11-2016 de <https://www.researchgate.net/publication/235913732>
- Allen, B., & Potkay, C. (1983). *Adjective Generation Technique (AGT): Research and application*. Nova Iorque: Irvington.

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411-423. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Andrews, G., Issakidis, C., & Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilization. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417-425. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.179.5.417>
- Arbuckle, J. L. (2009). *Amos 18*. Florida: AMOS Development Corporation.
- Arnett, J. J. (2011). Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage. In J. Arnett (Ed.), *Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New synthesis in theory, research, and policy* (pp. 255-275). Oxford: University Press.
- Arnett, J. J. (2013). The Evidence for Generation We and Against Generation Me. *Sage Publications*, 1(1), 5-10. <http://dx.doi.org/10.1177/2167696812466842>
- Atkinson, R. C. (1977). Reflections on psychology's past and concerns about its future. *American Psychologist*, 32, 205-210. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.3.205>
- Bacon, D. R., Sauer, P. L., & Young, M. (1995). Composite reliability in structural equations modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 55(3), 394-406. <https://dx.doi.org/10.1177/0013164495055003003>
- Balter, L. (1983). "Giving away" child psychology over the airwaves. *The Clinical Psychologist*, 36, 37-40.
- Bascue, L. O., & Inman, D. J. (1984). A comparison of private practice activities of clinical and counseling psychologists. *Psychotherapy in Private Practice*, 2, 67-73. [http://dx.doi.org/10.1300/J294v02n03\\_09](http://dx.doi.org/10.1300/J294v02n03_09)
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Benjamin, L. T. (1986). Why don't they understand us? A history of psychology's public image. *American Psychologist*, 41(9), 941-946. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.941>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>

- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.238>
- Bevan, W. (1976). The sound of the wind that's blowing. *American Psychologist*, 31, 481-491. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.31.7.481>
- Bollen, K. A. (1989). A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research*, 17(3), 303-316. <http://dx.doi.org/10.1177/0049124189017003004>
- Bouhoutsos, J. C. (1983). Media psychology. *Clinical Psychologist Newsletter*, 36, 32-35.
- Boyd, J. E., Otilingam, P. G., & DeForge, B. R. (2014). Brief version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: Psychometric properties and relationship to depression, self-esteem, recovery orientation, empowerment, and perceived devaluation and discrimination. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 17-23. <https://dx.doi.org/10.1037/prj0000035>
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.). *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Londres: Sage Publications.
- Byrne, B. M. (1989). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. Nova Iorque: Springer-Verlag.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Carlson, L., & Bultz, B. (2003). Benefits of Psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-8>
- Carmines, E. G., & McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. In G. W. Bohrnstedt & E. F. Borgatta (Eds.). *Social Measurement: Current Issues* (pp. 65-115). Beverly Hills: Sage Publications.
- Carvalho, C., Lopes, S. C., & M. J. Gouveia (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health*, 1(1), 81-94. <https://dx.doi.org/10.5964/pch.v1i1.10>

- Carvalho, Á. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Caveliere, E. (1995, Julho). APA initiative will expose media to rigors of psychological science. *APA Monitor*, p. 33.
- Chiles, J. A., Lambert, M. J., & Hatch, A. L. (1999). The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 204-220.  
<https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.6.2.204>
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S. L., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BioMed Central Psychiatry*, 12(1), 1-11. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-36>
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioral Sciences*. Nova Jérσία: Erlbaum.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.<sup>a</sup> Ed.). Nova Jérσία: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.  
<https://dx.doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p079>
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A First Course in Factor Analysis* (2.<sup>a</sup> ed.). Nova Jérσία: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coppens, E., Van Audenhove, C., Scheerder, G., Arensman, E., Coffey, C., Costa, S., Koburger, N., Gottlebe, K., Gusmão, R., O'Connor, R., Postuvan, V., Sarchiapone, M., Sisak, M., Székely, A., van der Feltz-Cornelis, C., & Hegerl, U. (2013). Public attitudes toward depression and help-seeking in four European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 320-329. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.013>
- Corrigan, P. W. (2004). Target-specific stigma change: A strategy for impacting mental illness stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 113–121.  
<http://dx.doi.org/10.2975/28.2004.113.121>
- Crowe, A., Averett, P., & Glass, J. S. (2016). Mental illness stigma, psychological resilience, and help seeking: What are the relationships? *Mental Health & Prevention*, 4(2), 63-68. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2015.12.001>

- Cuijpers, P., Van Straten, A., Warmerdam, L., & Smits, N. (2008). Characteristics of effective psychological treatments of depression: a metaregression analysis. *Psychotherapy Research, 18*(2), 225-236. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300701442027>
- Currin, J. B., Hayslip, B., & Temple, J. R. (2011). The relationship between age, gender, historical change, and adults' perceptions of mental health and mental health services. *The International Journal of Aging and Human Development, 72*(4), 317-341. <https://dx.doi.org/10.2190/AG.72.4.c>
- DeAngelis, T. (1995, Julho). APA grant to promote science on the radio. *APA Monitor*, p. 33.
- Dennis, P. M. (2002). Psychology's public image in "Topics of the Times": Commentary from the editorial page of the New York Times between 1904 and 1947. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 38*(4), 371-392. <https://dx.doi.org/10.1002/jhbs.10068>
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy vs. medications for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature Review Neuroscience, 9*(10), 788-796. <https://dx.doi.org/10.1038/nrn2345>
- Dupree, L. W., Herrera, J. R., Tyson, D. M., Jang, Y., & King-Kallimanis, B. L. (2010). Age group differences in mental health care preferences and barriers among Latinos. *Best Practices in Mental Health, 6*(1), 47-59.
- Efron, B., & Tibshirani, R. (1993). *An Introduction to the Bootstrap*. Nova Iorque: Chapman & Hall.
- Erikson, E. H. (1959/1994). *Identity and the Life Cycle*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Eurobarómetro da Comissão Europeia. (2010). *Eurobarometer: Mental Health*. Obtido em 09-12-2016 de [http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators\\_en](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en)
- Evans, K. C., Dougherty, D. D., Pollack, M. H., & Rauch, S. L. (2006). Using neuroimaging to predict treatment response in mood and anxiety disorders. *Annals of Clinical Psychiatry, 18*(1), 33-42.
- Farberman, R. K. (1997). Public attitudes about psychologists and mental health: Research guide to the American Psychological Association public education campaign. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(2), 128-136.
- Ferguson, E., & Cox, T. (1993). Exploratory factor analysis: A users' guide. *International Journal of Selection and Assessment, 1*(2), 84-94. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2389.1993.tb00092.x>

- Finch, W. H., Immekus, J. C., & French, B. F. (2016). *Applied Psychometrics Using SPSS and AMOS*. Carolina do Norte: Information Age Publishing.
- Finzen, A. (1996). *Der Verwaltungsrat ist schizophren: Die Krankheit und das Stigma*. Bona: Psychiatrie-Verlag.
- Fischer, E. H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: A shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*, 36, 368-373. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00547>
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research*, 18(3), 382-388. <https://dx.doi.org/10.2307/3150980>
- Gabbidon, J., Brohan, E., Clement, S., Henderson, R. C., & Thornicroft, G. (2013). The development and validation of the Questionnaire on Anticipated Discrimination (QUAD). *BioMed Central Psychiatry*, 13(1), 1-14. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-297>
- Gallagher, S., Wallace, S., Nathan, Y., & McGrath, D. (2015). 'Soft and fluffy': Medical students' attitudes towards psychology in medical education. *Journal of health psychology*, 20(1), 91-101. <http://dx.doi.org/10.1177/1359105313499780>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Nova Jérсія: Prentice-Hall.
- Grande, T. L. (2015). *Identifying Multivariate Outliers with Mahalanobis Distance in SPSS*. Obtido em 22-11-2016 de <https://www.youtube.com/watch?v=AXLAX6r5JgE>
- GraphPad Software. (2016). *Quick Cals: Statistical Ratio Calculator: Chi Square*. Acedido em 22-11-2016: <https://graphpad.com/quickcalcs/statRatio1>
- Grossack, M. (1954). Some negro perceptions of psychologists: An observation on psychology's public relations. *American Psychologist*, 9, 188-189. <http://dx.doi.org/10.1037/h0057356>
- Grupo Marktest. (2016). *Classe Sociais – Caracterização*. Obtido em 31-10-2016 de <http://www.marktest.com/wap/a/p/id~23.aspx>
- Guest, L. (1948). The public's attitudes toward psychologists. *American Psychologist*, 3(4), 135. <https://dx.doi.org/10.1037/h0057512>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2010). *Multivariate Data Analysis* (7.<sup>a</sup> eds). Nova Iorque: Pearson.
- Haigh, E. T. (2016). *Test of Social Norms Theory on Psychological Help-Seeking Attitudes and Behavior*. (Tese de Doutorado). Obtido em <https://etd.ohiolink.edu>

- Hartwig, S. G., & Delin, C. (2003). How unpopular are we? Reassessing psychologists' public image with different measures of favourability. *Australian Psychologist*, 38(1), 68-72. <https://dx.doi.org/10.1080/00050060310001707047>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777-780. <https://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hill, C. E., Satterwhite, D. B., Larrimore, M. L., Mann, A. R., Johnson, V. C., Simon, R. E., Simpson, A. C., & Knox, S. (2012). Attitudes about psychotherapy: A qualitative study of introductory psychology students who have never been in psychotherapy and the influence of attachment style. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 13-24. <https://dx.doi.org/10.1080/14733145.2011.629732>
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan, D. M., Jr., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53. <https://dx.doi.org/10.1177/0011000016641192>
- Hodge, R., Siegel, P., & Rossi, P. (1964). Occupational prestige in the United States, 1925-1963. *American Journal of Sociology*, 70(3), 286-302. <http://dx.doi.org/10.1086/223840>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Horn, R. (2009). *Exploratory Factor Analysis*. Obtido em 22-11-2016 de <http://oak.ucc.nau.edu/rh232/courses/EPS624>
- Hunsley, J. (2003). Cost-effectiveness and cost offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology*, 44(1), 61-73. <https://dx.doi.org/10.1037/h0085818>
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2013). *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*. Ottawa: Canadian Psychological Association.
- Hutcheson, G., & Sofroniou, N. (1999). *The Multivariate Social Scientist*. Londres: Sage.
- INE – Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011: Resultados Definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- James, L. R., Mulaik, S. A., & Brett, J. M. (1982). *Causal Analysis: Assumptions, Models, and Data*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Janda, L. H., England, K., Lovejoy, D., & Drury, K. (1998). Attitudes toward psychology relative to other disciplines. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(2), 140-143. <https://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.29.2.140>

- Jesuino, J. C. (1994). *Psicologia*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1984). *LISREL-VI User's Guide* (3.<sup>a</sup> ed.). Mooresville: Scientific Software.
- Kane, M. T. (2006). Current Concerns in Validity Theory. *Journal of Educational Measurement*, 38(4), 319–342.
- Kass, R. A., & Tinsley, H. E. A. (1979). Factor analysis. *Journal of Leisure Research*, 11, 120–138.
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2.<sup>a</sup> ed.). Londres: Routledge.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Klonoff, E. (1983). A star is born: Psychologists and the media. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14(6), 847-854. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.14.6.847>
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 47(1), 138-143. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.47.1.138>
- Korn, J. H., & Lewandowski, M. E. (1981). The clinical bias in the career plans of undergraduates and its impact on students and the profession. *Teaching of Psychology*, 8(3), 149-152. [http://dx.doi.org/10.1207/s15328023top0803\\_5](http://dx.doi.org/10.1207/s15328023top0803_5)
- Kosinski, M., Matz, S. C., Gosling, S. D., Popov, V., & Stillwell, D. (2015). Facebook as a Research Tool for the Social Sciences: Opportunities, Challenges, Ethical Considerations, and Practical Guidelines. *American Psychologist*, 70(6), 543-556. <https://dx.doi.org/10.1037/a0039210>
- Kushner, M. G., & Sher, K. J. (1989). Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(4), 251-257. <https://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.20.4.251>
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.<sup>a</sup> ed.) (pp. 169-219). Nova Jérícia: John Wiley & Sons.
- Laungani, P. (1999). Danger! Psychotherapists at work. *Counselling Psychology Quarterly*, 12(2), 117-131. <http://dx.doi.org/10.1080/09515079908254083>
- Layard, R. (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders*. Londres: London School of Economics and Political Science.

- Leong, F. T. L., Wagner, N. S., & Tata, S. P. (1995). Racial and ethnic variations in help-seeking attitudes. In J. G. Ponterotto, J. M. Casas, L. A. Suzuki, & C. M. Alexander (Eds.). *Handbook of Multicultural Counseling* (pp. 415–438). Califórnia: Sage.
- Lilienfeld, S. O. (2012). Public skepticism of psychology: why many people perceive the study of human behavior as unscientific. *American Psychologist*, *67*(2), 111-129. <https://dx.doi.org/10.1037/a0023963>
- Lipsey, M. W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In T. D. Cook, H. Cooper, D. S. Cordray, H. Harman, L. V. Hedges, R. J. Light, T. A. Louis, & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for Explanation: A Casebook* (pp. 83-125). Nova Iorque: Russell Sage Foundation.
- Mackenzie, C. S., Erickson, J., Deane, F. P., & Wright, M. (2014). Changes in attitudes toward seeking mental health services: A 40-year cross-temporal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(2), 99-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.12.001>
- Makarova, A., Orlovska, M., Katšena, L., & Raščevska, M. (2013). Internal Consistency and Factorial Validity of the Beliefs about Psychological Services [BAPS] Scale in Latvia. *Baltic Journal of Psychology*, *14*(1, 2), 92–105.
- Marôco, J. (2014). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos Teóricos, Software & Aplicações* (2.<sup>a</sup> ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First-and higher order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin*, *97*(3), 562- 582. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.97.3.562>
- Master, J. M. C., Carvalho, C. M. O. B., Motta, C. D. A., Sousa, M. C., & Gilbert, P. (2016). Attitudes towards mental health problems scale: Confirmatory factor analysis and validation in the Portuguese population. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *19*(3), 206-222. <http://dx.doi.org/10.1080/15487768.2016.1197860>
- McGuire, J. M., & Borowy, T. D. (1979). Attitudes toward mental health professionals. *Professional Psychology*, *10*(1), 74-79. <https://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.10.1.74>
- McHugh, R. K., Ott, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(7), 1038-1044.

- Mehta, S., & Farina, A. (1988). Associative Stigma: Perceptions of the Difficulties of College-Aged Children of Stigmatized Fathers. *Journal of Social Clinical Psychology, 7*(2/3), 192–202. <https://dx.doi.org/10.1521/jscp.1988.7.2-3.192>
- Merriam-Webster (2016a). Problem. *Thesaurus da Merriam-Webster: an Encyclopædia Britannica Company*. Obtido em 26-09-2016 de: <http://www.merriam-webster.com/thesaurus/problem>
- Merriam-Webster (2016b). Perturbed. *Thesaurus da Merriam-Webster: an Encyclopædia Britannica Company*. Obtido em 26-09-2016 de: <http://www.merriam-webster.com/thesaurus/perturbed>
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorder, 11*(2), 110-122. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1399-5618.2009.00715.x>
- Miranda, L. M. M. F. (2012). *Satisfação de utentes de psicologia clínica ou psicoterapia e bem-estar subjetivo: Construção do questionário de avaliação da satisfação (ASPP)* (Tese de Mestrado). Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.
- Mululo, S. C. C., Menezes, G. B. D., Vigne, P., & Fontenelle, L. F. (2012). A review on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 34*(1), 92-100. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462012000100016>
- Mulaik, S. A., James, L. R., Van Alstine, J., Bennett, N., Lind, S., & Stilwell, C. D. (1989). Evaluation of goodness-of-fit indices for structural equation models. *Psychological Bulletin, 105*(3), 430-445. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.105.3.430>
- Murstein, B. I., & Fontaine, P. A. (1993). The public's knowledge about psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist, 48*(7), 839-845. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.7.839>
- Nahin, R. L., Barnes, P. M., Stussman, B. J., & Bloom, B. (2009). Costs of complementary and alternative medicine (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners: United States, 2007. *National Health Statistics Reports, 18*(18), 1-14.
- Newman, F., & Holtzman, L. (2006). *Unscientific psychology: A cultural-performatory approach to understanding human life*. Nova Iorque: iUniverse.
- Norcross, J. C., & Prochaska, J. O. (1982). A national survey of clinical psychologists: Characteristics and activities. *The Clinical Psychologist, 35*, 1-8.

- Norcross, J. C., Pfund, R. A., & Prochaska, J. O. (2013). Psychotherapy in 2022: a Delphi poll on its future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(5), 363-370. <https://dx.doi.org/10.1037/a0034633>
- North, C. C., & Hatt, P. K. (1947). Jobs and Occupations: A Popular Evaluation. In Wilson & Kolb (Eds.). *Sociological Analysis: An Introductory Text and Case Book* (pp. 464-474). Nova Iorque: Brace.
- Nunnally, J., & Kittross, J. M. (1958). Public attitudes toward mental health professions. *American Psychologist*, 13(10), 589-594. <https://dx.doi.org/10.1037/h0044030>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Streiner, D. L. (1994). Figuring out factors: The use and misuse of factor analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 135-140.
- O'Connor, B. P. (2000). SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 32, 396-402.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10040570>
- Oliveira, I. C. V., & Menezes, A. C. S. (2013). Avaliação dos contextos de atuação, atribuições e mercado profissional: opinião da população sobre a Psicologia e o Psicólogo. *Psicologia Revista*, 22(1), 119-139.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2012). *Psis21: Revista Oficial da Ordem dos Psicólogos Portugueses*, 2. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). *Eu Quero Ser Psicólogo: os Números da Psicologia em Portugal*. Obtido em 06-05-2017 de: <http://euqueroserpsicologo.pt>
- Øvretveit, J. (1992). *Health Services Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services*. Oxford: Blackwell Science.
- Pallak, M. S., & Kilburg, R. R. (1986). Psychology, public affairs, and public policy: A strategy and review. *American Psychologist*, 41(9), 933-940. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.48.7.839>
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS (Versions 10 and 11)*. Filadélfia: Open University Press.
- Papakostas, G. I., & Fava, M. (2008). Predictors, moderators, and mediators (correlates) of treatment outcome in major depressive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 439-451.

- Penn, Schoen, & Berland Associates. (2008). *American Psychological Association benchmark study*. Nova Iorque: Penn, Schoen, & Berland Associates.
- Pereira, F. M., & Neto, A. P. (2003). O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de Profissionalização. *Psicologia em Estudo*, 8(2), 19-27.
- Preacher, K. J. (2002). *Calculation for the test of the difference between two independent correlation coefficients* [Software]. Disponível em <http://quantpsy.org>.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather (Eds.). *Treating Addictive Behaviors* (pp. 3-27). Nova Iorque: Springer. [http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0\\_1](http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-2191-0_1)
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2009). Living with a concealable stigmatized identity: The impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 634–651. <http://dx.doi.org/10.1037/a0015815>
- Ramos, J. A. (2016a). Intencionalidades sobre as consultas de psicologia: elementos para uma potencial ampliação da adesão terapêutica, para a redução do *dropout* dos utentes e do *burnout* dos clínicos. *Research Gate*. <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.1890.1521>
- Ramos, J. A. (2016b). Opinião pública e psicoterapeutas: convergências e divergências intencionais. *Research Gate*. <https://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2752.4728>
- Raviv, A., & Weiner, I. (1995). Why don't they like us? Public image in Israel during the Persian Gulf War. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(1), 88-94. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.26.1.88>
- Richardson, M. S., & Handal, P. (1995). The public's perception of psychotherapy: Differential views on the effectiveness of psychologists, psychiatrists, and other providers. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25(4), 367–385. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02306569>
- Ring, M., & Temple, L. M. (2016). Integrative Medicine. In J. I. Mechanick, & R. F. Kushner (Eds.). *Lifestyle Medicine: A Manual for Clinical Practice* (pp. 171-182). Nova Iorque: Springer.

- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394-418. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.775528>
- Saunders, R., Cape, J., Fearon, P., & Pilling, S. (2016). Predicting treatment outcome in psychological treatment services by identifying latent profiles of patients. *Journal of Affective Disorders*, 197, 107-115. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.011>
- Schindler, F., Berren, M. R., Hannah, M. T, Beigel, A., & Santiago, J. M. (1987). How the public perceives psychiatrists, psychologists, nonpsychiatric physicians, and members of the clergy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(4), 371-376. <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066X.48.7.839>
- Schwebel, A. I. (1982). Radio psychologists: A community psychology / psychoeducational model. *Journal of Community Psychology*, 10, 181-184.
- Seeman, N., Tang, S., Brown, A. D., & Ing, A. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of affective disorders*, 190, 115-121. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.011>
- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy – The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Terapêuticas Não Convencionais*. Obtido em 07-01-2017 de: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais>
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative e therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581-604.
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215. <http://dx.doi.org/10.1080/18374905.2014.11081898>
- Siegle, G. J., Carter, C. S., & Thase, M. E. (2006). Use of FMRI to predict recovery from unipolar depression with cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 735-738. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.735>
- Soper, D. S. (2017). Effect Size (Cohen's d) Calculator for a Student t-Test [Software]. Disponível em: <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Steiger, J. H., & Lind, J. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. *Annual Meeting of the Psychometric Society*, 758 (424-453).
- Studenmund, A. H., & Cassidy, H. J. (1987). *Using Econometrics: A Practical Guide*. Boston: Little, Brown.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5.<sup>a</sup> ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Tanaka, J. S., & Huba, G. J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 197-201. <https://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x>
- ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V., Alonso, J., & ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigators. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 153-163.
- Thumin, E. J., & Zebelman, M. (1967). Psychology versus psychiatry: A study of public image. *American Psychologist*, 22(4), 282-286. <http://dx.doi.org/10.1037/h0024478>
- Tucker, J. R., Hammer, J. H., Vogel, D., Bitman, R., Wade, N. G., & Maier, E. (2013). Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? *Journal of Counseling Psychology*, 60(4), 520-531. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033555>
- Vasco, A. B., Santos O., & Silva, F. (2003). Psicoterapia Sim!: Eficácia, Efectividade e Psicoterapeutas (em Portugal). *Psicologia*, 17(2), 485-495. <http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v17i2.463>
- Vogel, D. L., Wester, S. R., & Larson, L. M. (2007). Avoidance of counseling: Psychological factors that inhibit seeking help. *Journal of Counseling and Development*, 85, 410-422. <https://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6678.2007.tb00609.x>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work* (2.<sup>a</sup> ed.). Nova Iorque: Routledge.
- Webb, A. R., & Speer, J. R. (1985). The public image of psychologists. *American Psychologist*, 40(9), 1063-1064. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.40.9.1063.b>
- Webb, A. R., & Speer, J. R. (1986). Prototype of a profession: Psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17(1), 5-9. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.17.1.5>
- Webb, A. R. (1989). What's in a question? Three methods for investigating psychology's public image. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 301-304. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.20.5.301>

- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. <https://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.24.2.190>
- Wills, T. A., & Gibbons, F. X. (2009). Commentary: Using psychological theory in help-seeking research. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(4), 440–444. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01182.x>
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D. F., & Summers, G. F. (1977). Assessing reliability and stability in panel models. In D. R. Heise (Ed.). *Sociological Methodology* (Vol 8), (pp. 84-136). São Francisco: Jossey-Bass.
- Withey, S. B. (1959). Public opinion about science and scientists. *Public Opinion Quarterly, 23*, 382-388. <https://dx.doi.org/10.1086/266890>
- Wood, W., Jones, M., & Benjamin, L. T. (1986). Surveying psychology's public image. *American Psychologist, 41*(9), 947-953. <https://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.947>

## **10 ANEXOS**

## 10.1 Anexo A – Viés Endogrupal (EDS)

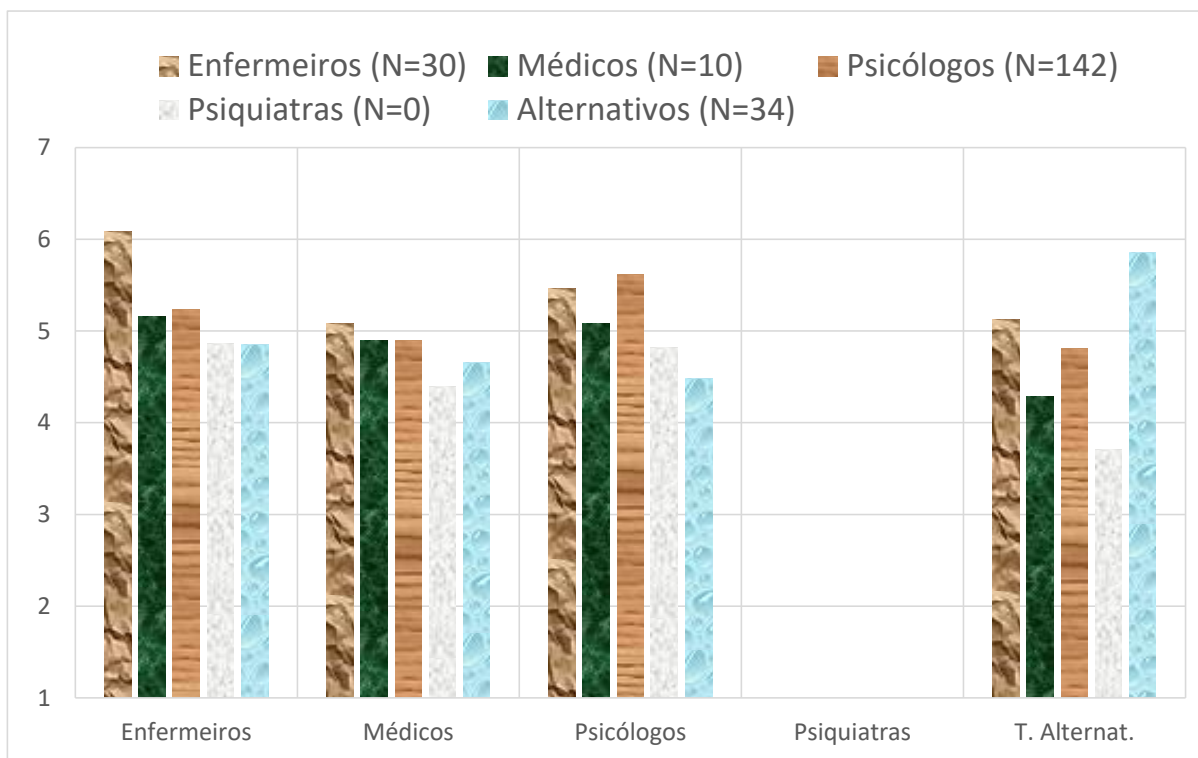
Resultados das médias globais da EDS nos grupos em estudo (posicionados em linha), segundo o agrupamento profissional (em coluna):

	Profissão									
	Enfermeiros		Médicos		Psicólogos e Estudantes de Psicologia		Psiquiatras		Terapeutas Alternativos / Complementares	
	Mean	Count	Mean	Count	Mean	Count	Mean	Count	Mean	Count
EDS - Global - Enfermeiros	6.09	30	5.08	10	5.46	142	.	0	5.13	34
EDS - Global - Médicos	5.16	30	4.90	10	5.08	142	.	0	4.29	34
EDS - Global - Psicólogos	5.24	30	4.89	10	5.61	142	.	0	4.81	34
EDS - Global - Psiquiatras	4.87	30	4.39	10	4.82	142	.	0	3.71	34
EDS - Global - T. Alternativos	4.86	30	4.66	10	4.48	142	.	0	5.85	34

Numa tabela mais legível:

Grupo Profissional	Enfermeiros	Médicos	Psicólogos	Psiquiatras	T. Alternat.
Enfermeiros (N=30)	6.09	5.08	5.46		5.13
Médicos (N=10)	5.16	4.90	5.08		4.29
Psicólogos (N=142)	5.24	4.89	5.61		4.81
Psiquiatras (N=0)	4.87	4.39	4.82		3.71
Alternativos (N=34)	4.86	4.66	4.48		5.85

Graficamente:



## 10.2 Anexo B – Dados Sociodemográficos da Amostra Total

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	737	19	83	43,50	11,771
Valid N (listwise)	737				

### Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	176	23,9	23,9	23,9
Feminino	561	76,1	76,1	100,0
Total	737	100,0	100,0	

### Habilitações

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Abaixo da 4.ª Classe	1	,1	,1	,1
6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	7	,9	1,0	1,1
9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	45	6,1	6,1	7,2
12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	198	26,9	26,9	34,1
Licenciatura (pós-Bolonha)	116	15,7	15,8	49,9
Licenciatura (pré-Bolonha)	234	31,8	31,8	81,7
Mestrado	111	15,1	15,1	96,7
Doutoramento	24	3,3	3,3	100,0
Total	736	99,9	100,0	
Missing System	1	,1		
Total	737	100,0		

### Habilitações (agrup.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 9.º Ano (ou inferior)	53	7,2	7,2	7,2
12.º Ano de escolaridade	198	26,9	26,9	34,1
Ensino Superior	485	65,8	65,9	100,0
Total	736	99,9	100,0	
Missing System	1	,1		
Total	737	100,0		

### Tipo de Respondente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aderente	376	51,0	54,4	54,4
	Não-aderente	315	42,7	45,6	100,0
	Total	691	93,8	100,0	
Missing	System	46	6,2		
Total		737	100,0		

### Zona de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	10	1,4	1,4	1,4
	Alentejo	30	4,1	4,1	5,4
	Algarve	21	2,8	2,8	8,3
	Centro	98	13,3	13,3	21,6
	Lisboa	458	62,1	62,1	83,7
	Madeira	8	1,1	1,1	84,8
	Norte	112	15,2	15,2	100,0
	Total	737	100,0	100,0	

### Zona de Residência (agrup.)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alentejo e Algarve	51	6,9	6,9	6,9
	Lisboa e Centro	556	75,4	75,4	82,4
	Norte	112	15,2	15,2	97,6
	Regiões autónomas	18	2,4	2,4	100,0
	Total	737	100,0	100,0	

### Classe Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	29	3,9	3,9	3,9
	Média-Baixa	182	24,7	24,7	28,7
	Média	427	57,9	58,0	86,7
	Média-Alta	94	12,8	12,8	99,5
	Alta	4	,5	,5	100,0
	Total	736	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		737	100,0		

**Classe Social (agrup.)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa e Média-Baixa	211	28,6	28,7	28,7
	Média	427	57,9	58,0	86,7
	Média-Alta e Alta	98	13,3	13,3	100,0
	Total	736	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		737	100,0		

Profissão (agrup.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Docentes / Professores	55	7,5	7,5	7,5
Assistentes (diversos)	40	5,4	5,4	12,9
Reformados	37	5,0	5,0	17,9
Gestores e Gerentes	36	4,9	4,9	22,8
Terapeutas Alternativos / Complementares	34	4,6	4,6	27,4
Administrativos	31	4,2	4,2	31,6
Desempregados	31	4,2	4,2	35,8
Enfermeiros	30	4,1	4,1	39,9
Estudantes	30	4,1	4,1	44,0
Técnicos (outros)	30	4,1	4,1	48,0
Comerciais	28	3,8	3,8	51,8
Outros (diversos)	27	3,7	3,7	55,5
Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde	20	2,7	2,7	58,2
Formadores e Educadores	19	2,6	2,6	60,8
Empresários	18	2,4	2,4	63,2
Engenheiros	17	2,3	2,3	65,5
Advogados e Juristas	16	2,2	2,2	67,7
Bancários	16	2,2	2,2	69,9
Esteticistas e Massagistas	15	2,0	2,0	71,9
Escriturários e Secretários	14	1,9	1,9	73,8
Consultores	13	1,8	1,8	75,6
Terapeutas da Fala	13	1,8	1,8	77,3
Funcionários Públicos	12	1,6	1,6	79,0
Informática e Tecnologias de Informação	12	1,6	1,6	80,6
Assistentes Sociais	11	1,5	1,5	82,1
Trabalhadores Independentes / Liberais	10	1,4	1,4	83,4
Contabilistas	10	1,4	1,4	84,8
Médicos	10	1,4	1,4	86,2
Diretores	9	1,2	1,2	87,4
Técnicos Superiores	9	1,2	1,2	88,6
Marketing e Publicidade	8	1,1	1,1	89,7
Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)	7	,9	,9	90,6
Fisioterapeutas	7	,9	,9	91,6
Finanças e Economistas	6	,8	,8	92,4
Cabeleireiros	6	,8	,8	93,2
Arquitetos	6	,8	,8	94,0
Artistas (pintores, músicos e artesãos)	6	,8	,8	94,8
Polícias, Militares e Vigilantes	6	,8	,8	95,7
Auditores	5	,7	,7	96,3
Linguistas, Tradutores e Intérpretes	5	,7	,7	97,0
Nutricionistas	5	,7	,7	97,7
Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros	4	,5	,5	98,2
Sociólogos e Antropólogos	4	,5	,5	98,8
Biólogos, Químicos e Bioquímicos	3	,4	,4	99,2
Jornalistas	3	,4	,4	99,6
Psicoterapeutas	3	,4	,4	100,0
Total	737	100,0	100,0	

### 10.3 Anexo C1 – Autorização para Adaptar a BAPS para a População Portuguesa

Assunto: Re: BAPS  
Data: Mon, 18 Apr 2016 11:25:59 +0000  
De: Aegisdottir, Stefania <stefaegis@bsu.edu>  
Para: Jorge A. Ramos <24121@alunos.ispa.pt>

Dear Jorge,

You are welcome to use the BAPS and validate it for the Portuguese population. Do you need the scale and information about scoring, or did you download it from Researchgate?

I would appreciate getting information about the results of the study just to keep track on the psychometrics of the BAPS in studies around the world. Often people send me a paper, manuscript, or just a paragraph with the information. Good luck with your project!

Best wishes,

Stef

Stefanía Ægisdóttir, Ph.D., HSPP

Professor

Fellow APA (Divisions 52, 17)

Program Director: Clinical Mental Health Counseling

Department of Counseling Psychology and Guidance Services

Ball State University

Muncie, IN 47306

> On Apr 17, 2016, at 8:58 AM, Jorge A. Ramos <24121@alunos.ispa.pt> wrote:

> Dear Dr. Stefania Ægisdóttir,

> I'm a student of the 4th year of clinical psychology at ISPA-IU, Lisbon. I'm doing a project for a mastership thesis for the 5th year, where I pretend to use the BAPS (as I'll investigate the public's attitudes towards psychotherapists). Therefore, I would like to make you two requests:

> 1) Do you give me permission to use the BAPS in my study?

> 2) Do you give me permission to make the psychometric validation of the BAPS for the Portuguese population?

> Thank you very much and best regards,

> Jorge Manuel Amaral Ramos

> Tel.: +351-966780033

## 10.4 Anexo C2 – Fase I: Traduções da BAPS

Esta primeira etapa requer que sejam efetuadas pelo menos duas traduções: uma por um tradutor informado sobre o contexto da tradução (que fui eu mesmo, levando em consideração a minha licenciatura em linguística, onde, para além do restante *curriculum* especializado sobre o funcionamento da língua, concluí quatro disciplinas de Língua Inglesa, mais uma de Linguística Inglesa e uma de Teoria da Tradução) e outra por um tradutor não informado (para com a qual obtive a contribuição da Dr.<sup>a</sup> Karina Pires de Sousa, de nacionalidade Portuguesa, mestre em Ciências Biomédicas, residente na Austrália com uma bolsa de doutoramento em Vacinologia Molecular e que possui uma competência linguística de 8.5 no IELTS Académico do *British Council*).

### 10.4.1. Tradução I. Executada pelo próprio mestrando.

<i>Original</i>	<i>Tradução I</i>	<i>Comentários</i>
1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	1. Se um amigo me pedisse uma opinião sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	Aqui fiquei indeciso entre «conselho» e «opinião» para “advice”. Optei por «opinião» porque «conselho» parece-me ser mais próximo de uma relação vertical.
2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	2. Estaria disposto e confidenciar as minhas inquietações íntimas a um psicólogo.	Aqui fiquei indeciso entre «preocupações» e «inquietações» para “concerns”. Optei por «inquietações» porque se aproxima mais de um sentido angustiante.
3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	3. Quando se está a passar por um período difícil na vida, é útil ir a um psicólogo.	Aqui fiquei indeciso entre «vantajoso», «útil» e «ajuda» para “helpful”. Optei por «vantajoso» porque me pareceu ser o sentido mais próximo do original e porque «ajuda» soa pouco natural.
4. At some future time, I might want to see a psychologist.	4. Em algum momento, no futuro, talvez queira ir a um psicólogo.	
5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	

6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	6. Se desse conta que estava a ter um problema sério, a minha primeira inclinação seria a de ir a um psicólogo.	Aqui a tradução literal de “If I believed” para PT soa estranho: «se eu acreditasse». Daí a opção por «Se desse conta». Mas também poderia ser: «Ao dar conta» ou «Apercebendo-me de».
7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	7. Devido à sua formação, os psicólogos conseguem ajudar as pessoas a encontrarem soluções para os seus problemas.	
8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Ir a um psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	Talvez aqui soasse mais natural em PT: «Se for a» em vez de «Ir a» (que fica mais perto do original). Mas o mais adequado talvez ainda fosse: «Se consultar um psicólogo»; porém ambas as hipóteses incluem a conjunção subordinativa condicional (se) que a afirmação original não inclui. Daí a opção por «Ir a».
9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	9. É bom conversar com psicólogos porque eles não te julgam pelos erros que cometeste.	
10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person’s life.	10. Ter recebido a ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	
11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	11. Não se deve conversar sobre certos problemas com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	Aqui fiquei indeciso entre «debater» e «conversar» para “discussed” (em vez do termo literal «discutir»). Optei por «conversar» porque «debater» pode ser conotado com confronto de ideias.
12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	12. Eu iria a um psicólogo se estivesse preocupado ou zangado por um longo período de tempo.	
13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	13. Os psicólogos fazem as pessoas sentir que não conseguem lidar com os seus problemas.	

14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	14. É bom conversar com alguém, como um psicólogo, porque tudo o que se diz é confidencial.	
15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	15. Falar sobre problemas com um psicólogo, parece-me ser uma má forma de me livrar de conflitos emocionais.	O problema aqui foi traduzir “poor way”. Opções: «pobre via» (é a opção literal que soa estranha), «má forma» (soa melhor), «má opção» (também poderia ser adequada).
16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	16. Os psicólogos dão conselhos valiosos graças ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	Aqui fiquei indeciso entre «proveem», «providenciam» e «dão» para “provide”. Optei por «dão» porque, embora se afaste ligeiramente do original, é um termo mais coloquial.
17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	
18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda sem me importar com quem soubesse que eu estaria a receber assistência.	Aqui hesitei entre «sem me importar com quem» e «independentemente de quem» para “no matter who”. A primeira opção pareceu-me mais natural.

#### 10.4.2. Tradução II. Executada pela Dr.<sup>a</sup> Karina Pires de Sousa

<i>Original</i>	<i>Tradução II</i>	<i>Comentários</i>
1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	1. Se um bom amigo me pedisse conselhos sobre um problema serio, eu recomendar-lhe-ia que procurasse um psicólogo.	
2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	2. Eu estaria disposto a partilhar os meus medos mais secretos com um psicólogo	“Intimate concerns” pode ser traduzido também como “preocupações pessoais”
3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	3. Consultar um psicólogo é útil quando se esta a passar por momentos difíceis.	
4. At some future time, I might want to see a psychologist.	4. Em algum momento no futuro, posso querer visitar um psicólogo	Visitar ou consultar

5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	5. Sentir-me-ia incomodado se fosse ao psicólogo devido ao que outras pessoas possam pensar sobre isso.	Ou “devido ‘a opinião de outras pessoas”
6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	6. Se eu acreditasse que estou com um problema grave, a minha primeira ideia seria uma consulta com um psicólogo.	
7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	7. Devido ao seu treino, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	“help you” e’ a segunda pessoa do singular, que se traduziria por “pode ajudar-te” mas penso que o contexto da frase adequa-se mais a uma pessoa verbal indefinida.
8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	
9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	Ver comentário anterior
10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person’s life.	10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	
11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho tal como o psicólogo.	
12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	“Upset” pode tomar dois tons, aborrecido ou perturbado. Com o contexto da frase e junto a “worried”, penso que “perturbado” e’ mais apropriado.
13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus próprios problemas.	“próprios” pode ser retirado.
14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	14. E bom falar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	
15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	15. Discutir problemas com um psicólogo parece-me uma fraca maneira de me livrar de conflitos emocionais.	

16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	16. Os psicólogos dão bons conselhos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	“valuable advice” e’ mais formal que “bons conselhos”. Uma alternativa possível seria “conselhos valiosos”
17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	17. É difícil falar sobre assuntos pessoais com pessoas muito eruditas tal como os psicólogos.	
18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	18. Se eu achasse que preciso de ajuda psicológica, procuraria esta ajuda independentemente de quem soubesse que eu estou a recebe-la.	Alternativa: “Se eu pensasse precisar de ajuda psicológica, procuraria esta ajuda independentemente de quem viesse a saber que estou a ser assistido”.

### 10.5 Anexo C3 – Fase II: Síntese das Traduções da BAPS

Neste segundo passo faz-se uma síntese das duas traduções (Anexo C2), tentando resolver discrepâncias através dos relatórios dos tradutores. Mas aqui, inseri uma pequena inovação: antes de efetuar a síntese solicitei à Dr.<sup>a</sup> Ana Rangel (de nacionalidade Portuguesa, licenciada em Antropologia, possuidora de um curso de Psicoterapia e Hipnose Clínica, que teve a duração de 3 anos, efetuado no Reino Unido, e residente em Dublin há cerca de 12 anos) que efetuasse uma síntese intermédia: enviei-lhe um ficheiro com as duas traduções e respetivos comentários e pedi-lhe para ler e propor uma síntese, que acabou por ser uma terceira tradução (6.<sup>a</sup> coluna, abaixo). A partir das três traduções efetuei eu a síntese, com comentários justificativos (7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> colunas, abaixo), que serviu de base ao passo seguinte.

Original	T1	Comentários	T2	Comentários	T3 (Proposta de T12)	T12	Comentários
1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	1. Se um bom amigo me pedisse a minha opinião sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	<i>Aqui fiquei indeciso entre «conselho» e «opinião» para “advice”. Optei por «opinião» porque «conselho» parece-me ser mais próximo de uma relação vertical.</i>	1. Se um bom amigo me pedisse conselhos sobre um problema sério, eu recomendar-lhe-ia que procurasse um psicólogo.		1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	<b>1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.</b>	<i>Acabei por optar por «conselho» face à T2 e à proposta de T12.</i>
2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	2. Estaria disposto e confidenciar as minhas inquietações íntimas a um psicólogo.	<i>Aqui fiquei indeciso entre «preocupações» e «inquietações» para “concerns”. Optei por «inquietações» porque se aproxima</i>	2. Eu estaria disposto a partilhar os meus medos mais secretos com um psicólogo.	<i>“Intimate concerns” pode ser traduzido também como “preocupaç</i>	2. Eu estaria disposto a partilhar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	<b>2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.</b>	<i>Mantive «confidenciar» porque é uma forma mais próxima do setting clínico, onde a</i>

		<i>mais de um sentido angustiante.</i>		<i>ões pessoais”</i>			<i>confidencialidade é imperativa.</i>
3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	3. Quando se está a passar por um período difícil na vida, é útil ir a um psicólogo.	<i>Aqui fiquei indeciso entre «vantajoso», «útil» e «ajuda» para “helpful”. Optei por «vantajoso» porque me pareceu ser o sentido mais próximo do original e porque «ajuda» soa pouco natural.</i>	3. Consultar um psicólogo é útil quando se está a passar por momentos difíceis.		3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	<b>3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.</b>	
4. At some future time, I might want to see a psychologist.	4. Em algum momento, no futuro, talvez queira ir a um psicólogo.		4. Em algum momento no futuro, posso querer visitar um psicólogo.	<i>Visitar ou consultar</i>	4. No futuro, talvez pense em consultar um psicólogo.	<b>4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.</b>	<i>Mantive «queira» porque «pense» descola do original.</i>
5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.		5. Sentir-me-ia incomodado se fosse ao psicólogo devido ao que outras pessoas possam pensar sobre isso.	<i>Ou “devido à opinião de outras pessoas”</i>	5. Não me sentiria confortável a ir a um psicólogo devido ao que certas pessoas podem pensar.	<b>5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.</b>	<i>Mantive «Sentir-me-ia desconfortável» porque mantém o início da frase na afirmativa, conforme o original.</i>

6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	6. Se desse conta de que estava a ter um problema sério, a minha primeira inclinação seria a de ir a um psicólogo.	<i>Aqui a tradução literal de “If I believed” para PT soa estranho: «se eu acreditasse». Daí a opção por «Se desse conta». Mas também poderia ser: «Ao dar conta» ou «Apercebendo-me de».</i>	6. Se eu acreditasse que estou com um problema grave, a minha primeira ideia seria uma consulta com um psicólogo.		6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira reação seria consultar um psicólogo.	<b>6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.</b>	<i>Mantive «inclinação» porque se usa em PT e porque «reação» remete para um comportament o mais instintivo.</i>
7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	7. Devido à sua formação, os psicólogos conseguem ajudar as pessoas a encontrarem soluções para os seus problemas.		7. Devido ao seu treino, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	<i>“help you” e’ a segunda pessoa do singular, que se traduziria por “pode ajudar-te” mas penso que o contexto da frase adequa-se mais a uma pessoa verbal indefinida.</i>	7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	<b>7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.</b>	
8. Going to a psychologist means that I	8. Ir ao psicólogo significa que	<i>Talvez aqui soasse mais natural em PT: «Se for a» em vez de «Ir a» (que fica mais</i>	8. Ir ao psicólogo significa que		8. Ir ao psicólogo significa que	<b>8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.</b>	

am a weak person.	sou uma pessoa fraca.	<i>perto do original). Mas o mais adequado talvez ainda fosse: «Se consultar um psicólogo»; porém ambas as hipóteses incluem a conjunção subordinativa condicional (se) que a afirmação original não inclui. Daí a opção por «Ir a».</i>	sou uma pessoa fraca.		sou uma pessoa fraca.		
9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	9. É bom conversar com psicólogos porque eles não te culpabilizam pelos erros que cometeste.		9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	<i>Ver comentário anterior</i>	9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	<b>9. É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.</b>	<i>Optei por «conversar», conforme a sugestão da Dr.ª Carol.</i>
10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.		10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.		10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	<b>10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.</b>	
11. There are certain	11. Não se deve	<i>Aqui fiquei indeciso entre «debater» e</i>	11. Há certos problemas		11. Há certos problemas que	<b>11. Há certos problemas que</b>	<i>Mantive «como é o</i>

problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	conversar sobre certos problemas com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	«conversar» para “discussed” (em vez do termo literal «discutir»). Optei por «conversar» porque «debater» pode ser conotado com confronto de ideias (tal como «discutir»).	que não deveriam ser discutidos com um estranho tal como o psicólogo.		não deveriam ser discutidos com um estranho, incluindo um psicólogo.	<b>não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.</b>	caso de um psicólogo» porque parece-me que a afirmação fica mais clara.
12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	12. Eu iria a um psicólogo se estivesse preocupado ou chateado por um longo período de tempo.	Aqui fiquei indeciso entre «chateado», «perturbado» e «aborrecido» para “upset”. Optei por «chateado» porque me pareceu ser o termo mais natural.	12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	“Upset” pode tomar dois tons, aborrecido ou perturbado. Com o contexto da frase e junto a “worried”, penso que “perturbado” e’ mais apropriado.	12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	<b>12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou aborrecido por um longo período de tempo.</b>	Substituí «perturbado» por «aborrecido» porque «perturbado», em português tem uma conotação muito psicopatológica, distanciando-se assim do sentido original.
13. Psychologists make people feel that they cannot deal	13. Os psicólogos fazem as pessoas sentir que não conseguem		13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam	“próprios” pode ser retirado.	13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de	<b>13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.</b>	

with their problems.	lidar com os seus problemas.		incapazes de lidar com os seus próprios problemas.		lidarem com os seus problemas.		
14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.		14. É bom falar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.		14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque a conversa é confidencial.	<b>14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.</b>	<i>Mantive «tudo o que se diz» porque se usa em PT.</i>
15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	15. Falar sobre problemas com um psicólogo, parece-me ser uma má forma de me livrar de conflitos emocionais.	<i>O problema aqui foi traduzir “poor way”. Opções: «pobre via» (é a opção literal que soa estranha), «má forma» (soa melhor), «má opção» (também poderia ser adequada).</i>	15. Discutir problemas com um psicólogo parece-me uma fraca maneira de me livrar de conflitos emocionais.		15. Falar com um psicólogo não me parece a melhor forma de resolver problemas emocionais.	<b>15. Conversar sobre problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais.</b>	<i>Mantive «sobre problemas» para não perder o sentido da conversa com o psicólogo. Por outro lado foi mantido o sentido afirmativo do original</i>
16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge	16. Os psicólogos dão conselhos valiosos graças ao seu conhecimento	<i>Aqui fiquei indeciso entre «proveem», «providenciam» e «dão» para “provide”. Optei por «dão» porque, embora se afaste</i>	16. Os psicólogos dão bons conselhos devido ao seu conhecimento sobre o	<i>“valuable advice” é mais formal que “bons conselhos”. Uma alternativa</i>	16. Os psicólogos dão bons conselhos devido ao seu conhecimento sobre o	<b>16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o</b>	<i>Mantive «valiosos» porque é mais enfático do que «bons» (conforme o original).</i>

about human behavior.	o sobre o comportamen to humano.	<i>ligeiramente do original, é um termo mais coloquial.</i>	comportamen to humano.	<i>possível seria “conselhos valiosos”</i>	comportament o humano.	<b>comportamento humano.</b>	
17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	<i>Aqui hesitei entre «altamente instruídas» e «altamente qualificadas». A primeira opção pareceu-me mais natural.</i>	17. É difícil falar sobre assuntos pessoais com pessoas muito eruditas tal como os psicólogos.		17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas formadas e profissionais, como é o caso dos psicólogos.	<b>17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente escolarizadas, como é o caso dos psicólogos.</b>	<i>Mantive «altamente instruídas» porque «muito eruditas» e «formadas e profissionais» deslocam-se um pouco do original.</i>
18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda sem me importar com quem soubesse que eu estaria a receber assistência.	<i>Aqui hesitei entre «sem me importar com quem» e «independentemente de quem» para “no matter who”. A primeira opção pareceu-me mais natural.</i>	18. Se eu achasse que preciso de ajuda psicológica, procuraria esta ajuda independentemente de quem soubesse que eu estou a recebê-la.	<i>Alternativa: “Se eu pensasse precisar de ajuda psicológica, procuraria esta ajuda independentemente de quem viesse a saber que estou a ser assistido”.</i>	18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda sem me preocupar com quem viesse a saber.	<b>18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.</b>	<i>É o item que gerou menos concordância. Procurei o melhor das três versões para chegar a uma afirmação que se aproximasse de um nível coloquial.</i>

## 10.6 Anexo C4 – Fase III: Retroversões da BAPS

Nesta fase efetua-se, no mínimo, duas retroversões por dois tradutores ingénuos (para com o objetivo do trabalho) cuja primeira língua seja a de origem. Para o efeito obtive a colaboração da Dr.<sup>a</sup> Michele Costa (de nacionalidade sul-africana e portuguesa, residente em Portugal desde 2001, concluiu o 12.º ano na África do Sul, licenciou-se em Turismo (em Portugal) e possui o *Certificate of Proficiency in English*, da Universidade de Cambridge) e o contributo profissional do Dr. Christopher Goulding (filho de pais ingleses, de nacionalidade zambiana, licenciado em Contabilidade e residente em Portugal desde 1969 onde se dedicou profissionalmente à tradução).

### 10.6.1. Retroversão I. Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Michele Costa

<b>Original</b>	<b>Translation</b>	<b>Comments</b> [please write in this column your doubts with the translation and how have you solved them]
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that they consult a psychologist.	
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In the future, you may want to consult a psychologist.	

5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would feel uncomfortable consulting a psychologist because of what some people might think.	
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	7. Due to your professional training, psychologists can help find solutions to the problems.	Neste caso, se “formação” disser respeito à formação pessoal = <i>upbringing</i> .
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It’s good to speak to psychologists because they don’t blame us for our mistakes.	
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that shouldn’t be discussed with a stranger, such as a psychologist.	
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado	12. I would consult a psychologist if I felt	

por um longo período de tempo.	concerned or perturbed for a long period of time.	
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.	
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	
17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.	
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.	

### 10.6.2. Retroversão II. Efetuada pelo Dr. Christopher Goulding

<b>Original</b>	<b>Translation</b>	<b>Comments</b> [please write in this column your doubts with the translation and how have you solved them]
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.	
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In the future, I might wish to consult a psychologist.	
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because of what some people might think.	
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	7. Based on their training, psychologists can help find solutions to problems.	
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	

12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.	
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	
17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.	
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.	

## 10.7 Anexo C5 – Fase IV: Avaliações do Comité de Especialistas

Esta etapa implica uma revisão de todos os relatórios por um comité de especialistas, a fim de obter consensos sobre as discrepâncias e chegar a uma versão pré-final. Esta foi a fase menos rigorosamente seguida porque não quis sobrecarregar os membros do comité com trabalho (não-remunerado), isto é, com muito material para ler e com reuniões (o que seria muito difícil de efetuar). Logo, enviei a cada membro um ficheiro com: a síntese das três traduções, as duas retroversões, a versão original em inglês e um pedido para avaliarem a qualidade das retroversões (face à síntese das traduções e à versão original) numa escala de 1 a 5 (criada por mim): 1 = “*Very Poor*” (i.e., «muito pobre»); 2 = “*Poor*” (i.e., «pobre»); 3 = “*Acceptable*” (i.e., «aceitável»); 4 = “*Good*” (i.e., «boa»); 5 = “*Very Good*” (i.e., «muito boa»). Também incluí o pedido: “*If applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the back translations.*” (i.e., “Se for aplicável, por favor deixe os seus comentários relativamente à adequação e à clareza das retroversões.”), o que se veio a revelar como sendo muito útil (Anexo C6).

Seguem-se, por ordem de data de receção, as avaliações efetuadas pelo Comité de Especialistas. Os *emails* com as respostas podem ser solicitados para revisão, bem como para contactar diretamente as pessoas que se disponibilizaram para efetuar este trabalho.

**10.7.1. Avaliação I.** Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Stefanía Ægisdóttir (primeira autora da BAPS, de nacionalidade islandesa, doutorada em psicologia, diretora da *Clinical Mental Health Counseling* na Universidade de Ball nos E.U.A., onde é docente). Recebida em 26-08-2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b>
				Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério,	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would	1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent.

recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	he/she go to a psychologist.	recommend that he/she consult a psychologist.	he/she see a psychologist.	I assume the translation flows well and is linguistically appropriate here and with all the other items.
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent.
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent. Useful and helpful are synonyms. I anticipate that it varies by culture/language which term is more natural.
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent.
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uncomfortable consulting a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent. Uneasy and uncomfortable are synonyms.
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT1 and 2 = 5 very good. The meaning of the item content seems equivalent. Same meaning.
7. Devido à sua formação, os	7. Based on their training, psychologists	7. Due to your professional training,	7. Because of their training, psychologists	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning – almost identical.

psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	can help find solutions to problems.	psychologists can help find solutions to the problems.	can help you find solutions to your problems.	
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It's good to speak to psychologists because they don't blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that shouldn't be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical; perturbed and upset are synonyms
13. Os psicólogos fazem com que as	13. Psychologists make people feel incapable	13. Psychologists make people feel unable to	13. Psychologists make people feel that they	BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical

<p>13. pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.</p>	<p>of dealing with their problems.</p>	<p>cope with their problems.</p>	<p>cannot deal with their problems.</p>	
<p>14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.</p>	<p>14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.</p>	<p>14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.</p>	<p>14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.</p>	<p>BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical</p>
<p>15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.</p>	<p>15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.</p>	<p>15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.</p>	<p>15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.</p>	<p>BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical, conflict and problem seem identical, problem is more general in English, whereas conflict may be more specific. I see that the translation uses the term <i>problemas</i> which I assume is the same term describing problems, issues, internal and in relation to others or external events.</p>
<p>16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.</p>	<p>16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.</p>	<p>16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.</p>	<p>16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.</p>	<p>BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical</p>
<p>17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.</p>	<p>17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.</p>	<p>17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.</p>	<p>17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.</p>	<p>BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical</p>
<p>18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria</p>	<p>18. If I thought that I needed psychological help I would seek that</p>	<p>18. If I thought that I needed psychological help, I would do so</p>	<p>18. If I thought I needed psychological help, I would get this</p>	<p>BT1 and 2 = 5 very good. Same meaning = Identical</p>

a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	help irrespective of who knew that I was receiving it.	regardless of who knew that I was getting it.	help no matter who knew I was receiving assistance.	
---	--	---	---	--

**10.7.2. Avaliação II.** Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Karina Pires de Sousa (também fez uma das traduções na Fase 1 e conforme suprarreferido estuda na Austrália com uma bolsa de doutoramento). Recebida no dia 31 de Agosto de 2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b> Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that he/she consult a psychologist.	1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	BT1: 4 BT2: 5 Difference in score between BT1 and BT2 for this translation is based on the unnecessary wordiness of BT1 translation.
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT1:2 BT2:2 Both BTs used unconventional arrangements for the order of the words in the translated sentence. While this may reflect a desire to keep the order of the words unaltered from the Portuguese version, this choice renders the English translation less

				intelligible (and grammatically poorer).
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT1: 4 BT2:4 Both BTs are equally good, BT1 keeps a more impersonal tone, while BT2 is more informal.
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT1:3 BT2:4 I don't believe the verb "wish" used by BT1 is adequate in this context.
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uncomfortable consulting a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	BT1:4 BT2:5 Difference in score between BT1 and BT2 for this translation is based on the fact that BT1 changes the primary focus of the sentence. The phrase in Portuguese states how a person feels, not how he/she does not.
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT1:4 BT2:5 I don't believe BT1 properly conveys the message expressed by the Portuguese template sentence. As it is, the use by BT1 of "If I thought..." suggests the problem may or may not be real. The term "realized" used by BT2 is much more accurate.
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar	7. Based on their training, psychologists can help find solutions to problems.	7. Due to your professional training, psychologists can help	7. Because of their training, psychologists can help you find	BT1:2 BT2:2 There are issues with both translations here. On one hand, the message is not

soluções para os problemas.		find solutions to the problems.	solutions to your problems.	adequately conveyed in BT1. “Based on ...” is suggestive of variable attitudes, conditional opinions and differential outcomes, which is not what is conveyed by neither the original English version nor the Portuguese T123. On the other hand, BT2 fails to attribute the training to the psychologist. The use of “due to your professional...” remits the training to the person consulting the psychologist, not the psychologist him/herself, which is in fact the person with the training. Had BT2 used “due to THEIR professional”, the translation would have merited a score of 5.
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT1:4 BT2:5 Difference in score between BT1 and BT2 for this translation is based on the unnecessary wordiness of BT1.
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It’s good to speak to psychologists because they don’t blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT1:5 BT2:5
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person’s life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person’s life.	BT1:3 BT2:5 BT1 use of gerund implies an ongoing action which contradicts the verbal tense used in the Portuguese template.

11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that shouldn't be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	BT1:5 BT2:5
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT1:3 BT2:4 BT1 use of "If I were to..." is not aligned with the message conveyed by the T123 template. This has been a recurring issue with BT1 translations throughout the document.
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	BT1:5 BT2:5
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	BT1:5 BT2:4 Difference in score between BT1 and BT2 for this translation is solely due to the inadequate inclusion of commas which adds to the risk of sentence misinterpretation.
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	BT1:3 BT2:3 While BT2 is wrong to remove the personal tone used in the original English version and the Portuguese template, BT1's phrasal construction is poor. It should be noted that phrasal

				construction is quite different in the English and Portuguese languages, and it is often necessary to modify the order of some words to clearly convey a translated message.
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	BT1:5 BT2:5 BT2 is perhaps overly accentuating the adjective, but overall the translation is very good.
17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.	17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.	17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	BT1:4 BT2:5 BT1 use of the term "qualified" instead of "educated" changes the meaning of the message. A qualified person is not necessarily an educated one, and vice-versa. BT2 again included an unnecessary comma.
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.	18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.	18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	BT1:5 BT2:5

**10.7.3. Avaliação III.** Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Kathryn Shah (de nacionalidade inglesa, é assistente social e *counselor*, reside na Austrália).

Recebida no dia 31 de Agosto de 2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b> Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that he/she consult a psychologist.	1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	BT 1 =4 could use goes BT2= 4 could use consults
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT 1 = 4 (use to instead of in) BT2= 4 (use to instead of in)
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT 1 = 4 (consult with) BT2= 5 (consult with)
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT 1 = 3 (I might decide) BT2= 4
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because	5. I would feel uncomfortable consulting a	5. I would feel uneasy going to a psychologist	BT 1 = 4 BT2= 5

que algumas pessoas podem pensar.	of what some people might think.	psychologist because of what some people might think.	because of what some people might think.	
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT 1 =4 BT2= 4
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	7. Based on their training, psychologists can help find solutions to problems.	7. Due to your professional training, psychologists can help find solutions to the problems.	7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	BT 1 = 4 BT2 = 3 ( replace your with their )
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT 1 = 2 Seeing a psychologist BT2= 5
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It's good to speak to psychologists because they don't blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT 1 = 3 BT2= 4
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	BT 1 = 4 BT2= 5 same as the Original English Version
11. Há certos problemas que não	11. There are certain problems that should	11. There are certain problems that shouldn't	11. There are certain problems that should	BT 1 = 4 BT2= 5

deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	be discussed with a stranger, such as a psychologist.	not be discussed with a stranger such as a psychologist.	
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT 1 = 3 BT2= 4
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	BT 1 = 4 BT2= 3
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	BT 1 = 3 BT2= 5
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	BT 1 = 4 BT2= 4
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	BT 1 = 5 BT2= 4

17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.	17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.	17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	BT 1 = 5 BT2= 4
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.	18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.	18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	BT 1 = 3 BT2= 4 (who knew about it)

**10.7.4. Avaliação IV.** Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Wood (de nacionalidade inglesa, é *Upper Primary Coordinator* na *St. Julian's School* em Carcavelos; reside e trabalha em Portugal há mais de década e meia). Recebida no dia 4 de Setembro de 2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b> Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that he/she consult a psychologist.	1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	BT1- 5 BT2 - 5

2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT1 - 3 BT2- 3 Order of the phrases
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT1- 4 BT2 - 4
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT1- 5 BT2 - 5
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uncomfortable consulting a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	BT1- 4 BT2- 5
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT1- 5 BT2- 4 Tendency implies long term/ frequency, inclination in one time
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	7. Based on their training, psychologists can help find solutions to problems.	7. Due to your professional training, psychologists can help find solutions to the problems.	7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	BT1 – 5 BT2 – 2 'your' is incorrect. That means the readers professional training

8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT1 – 3 BT2 - 5
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It's good to speak to psychologists because they don't blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT1 – 4 BT2 - 4
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	BT1 – 5 BT2 - 5
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that shouldn't be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	BT1 -5 BT2 -5
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT1– 5 BT2 – 3 I think worried is the key word.
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	BT1 – 5 BT2 - 5

14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	BT1 - 5 BT2 - 5
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	BT1 – 5 BT2- 5 The word conflict is excellent, but the Portuguese original does say problem not conflict, which is reflected in BT1 and BT2.
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	BT1 – 5 BT2 – 3 Invaluable could be misleading – it does mean that one cannot put a value on something, but this might not be clear with non native English speakers.
17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.	17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.	17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	BT1 – 5 BT2 – 4 Qualified vs educated.....I would prefer qualified.
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.	18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.	18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	BT1 -5 BT2 -5

**10.7.5. Avaliação V.** Efetuada pelo Dr. Rui Zink (escritor, doutorado em Estudos Portugueses, docente e membro da Comissão

Científica do Departamento de Estudos Portugueses na UNL-FCSH). Recebida no dia 21 de Setembro de 2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b> Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.	1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.	1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that he/she consult a psychologist.	1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.	BT1 – 4 BT2 – 4 (Both are clear in delivering the message.)
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT1 – 3 BT2 – 3
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT1 – 3 BT2 – 4
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT1 – 3 BT2 – 4
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because	5. I would feel uncomfortable consulting a	5. I would feel uneasy going to a psychologist	BT1 – 4 BT2 – 4

que algumas pessoas podem pensar.	of what some people might think.	psychologist because of what some people might think.	because of what some people might think.	
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT1 – 4 BT2 – 3
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar a encontrar soluções para os problemas.	7. Based on their training, psychologists can help find solutions to problems.	7. Due to your professional training, psychologists can help find solutions to the problems.	7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.	BT1 – 4 BT2 – 1
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT1 – 3 BT2 – 4
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It's good to speak to psychologists because they don't blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT1 – 4 BT2 – 4
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	BT1 – 4 BT2 – 5
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um	11. There are certain problems that should not be discussed with	11. There are certain problems that shouldn't be discussed with a	11. There are certain problems that should not be discussed with a	BT1 – 4 BT2 – 4

estranho, como é o caso de um psicólogo.	a stranger, such as a psychologist.	stranger, such as a psychologist.	stranger such as a psychologist.	
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT1 – 3 BT2 – 4
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	BT1 – 3 BT2 – 4
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	BT1 – 3 BT2 – 5
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver problemas emocionais.	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the best way of resolving emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way to resolve emotional problems.	15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.	BT1 – 4 BT2 – 3
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	BT1 – 3 BT2 – 4
17. É difícil falar de problemas pessoais com	17. It is difficult to talk about personal	17. It's difficult to speak about personal	17. It is difficult to talk about personal issues	BT1 – 5 BT2 – 5

<p>peessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.</p>	<p>problems with highly qualified people, like psychologists.</p>	<p>problems with highly educated people, such as psychologists.</p>	<p>with highly educated people such as psychologists.</p>	
<p>18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.</p>	<p>18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.</p>	<p>18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.</p>	<p>18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.</p>	<p>BT1 – 3 BT2 – 4</p>

**10.7.6. Avaliação VI.** Efetuada pela Dr.<sup>a</sup> Carol Gouveia Melo (docente do ISPA, na disciplina Teoria e Técnica de Aconselhamento; Vice-Presidente da AMARA - Associação pela Dignidade na Vida e na Morte). Recebida no dia 24 de Setembro de 2016.

<b>T123 (Synthesis of T1, T2 and T3)</b>	<b>BT1</b>	<b>BT2</b>	<b>Original English Version</b>	<b>Rating and Comments</b>
				<p>Please rate the quality of the back translations (BT): 1=Very Poor; 2=Poor; 3=Acceptable; 4=Good; 5=Very Good. And if applicable please leave your comments on appropriateness and clarity of the BTs.</p>
<p>1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que fosse a um psicólogo.</p>	<p>1. If a good friend were to ask my advice about a serious problem, I would recommend that he/she go to a psychologist.</p>	<p>1. If a good friend asked me for advice regarding a serious problem, I would recommend that he/she consult a psychologist.</p>	<p>1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.</p>	<p>BT1 – 4. BT2 – 5. BT1 traduz mais à letra, mas em Inglês fica melhor "consult a psychologist" do que "go to a psychologist". "see" no original é outra forma formal de dizer consult. "Go to a psychologist" é mais coloquial, tal como é "fosse a um psicólogo". Conclusão, BT1 é mais fiel ao português, mas na sua tradução, se quiser ser formal, como na versão</p>

				original, talvez a palavra seria "consultasse"
2. Eu estaria disposto a confidenciar os meus problemas íntimos com um psicólogo.	2. I would be willing to confide in a psychologist my intimate problems.	2. I would be willing to confide in a psychologist my most intimate problems.	2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.	BT1 - 3 - mais à letra. BT2 - 3 - tem uma palavra a mais (most), mas soa melhor. Os BT mudaram a ordem da frase e fica estranho. O original é o melhor Inglês e T123 traduz bem o original
3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.	3. It is useful to consult a psychologist when one is going through a difficult period in one's life.	3. It's useful to consult a psychologist when you're going through a difficult time in your life.	3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.	BT1 4 mais à letra BT2 5 melhor inglês
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4. In future, I might wish to consult a psychologist.	4. In the future, I might want to consult a psychologist.	4. At some future time, I might want to see a psychologist.	BT1 - 5 BT2 - 5
5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.	5. I would not feel comfortable going to a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uncomfortable consulting a psychologist because of what some people might think.	5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.	BT1 - 5 BT2 - 4 No original, ele usa a versão coloquial "going to" que é mantido na tradução e BT1
6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.	6. If I thought that I had a serious problem, my first inclination would be to consult a psychologist.	6. If I realized that I had a serious problem, my first tendency would be to consult a psychologist.	6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.	BT1 - 5 BT2 - 4
7. Devido à sua formação, os psicólogos podem	7. Based on their training, psychologists	7. Due to your professional training, psychologists can help	7. Because of their training, psychologists can help you find	BT1 - 4 BT2 - 1 A original traduz melhor a T123

ajudar a encontrar soluções para os problemas.	can help find solutions to problems.	find solutions to the problems.	solutions to your problems.	
8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	8. The fact of my going to a psychologist means that I am a weak person.	8. Consulting a psychologist means that I am a weak person.	8. Going to a psychologist means that I am a weak person.	BT1 - 3 ok but a bit complicated BT2 - 4 consulting more formal than going. T123 está bem.
9. É bom falar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.	9. It is good to talk to psychologists because they do not blame us for our mistakes.	9. It's good to speak to psychologists because they don't blame us for our mistakes.	9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.	BT1 - 5 BT2 - 4 speak to is not the same as talk to. talk to dá mais a sensação de partilha
10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	10. Receiving help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person's life.	BT1 - 3 (T123 no passado e Btradução no presente) BT2 - 5
11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that shouldn't be discussed with a stranger, such as a psychologist.	11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.	BT1 - 5 BT2 - 5 Should not é mais enfático do que shouldn't, mas não sei fazer essa distinção em Portuguese sem complicar demais. T123 está bem.
12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou perturbado por um longo período de tempo.	12. I would consult a psychologist if I were to feel worried or perturbed over a long period of time.	12. I would consult a psychologist if I felt concerned or perturbed for a long period of time.	12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.	BT1 - 4 traduz bem o português, mas perturbed soa muito estranho. BT2 - 4 idem. Upset é difícil de traduzir. Tanto pode ser "estar em baixo emocionalmente", como triste, como zangado. Percebo porque traduziu "perturbado". mas se tivesse de traduzir "perturbado" para inglês, se calhar também não me lembraria de

				<p>por upset. No-one uses the word perturbed..... Someone who is perturbado is upset, but someone who is upset can be more things than perturbado. Mas traduzir usando uma data de palavras também não dá. Perturbado pode em certos contextos significar também desequilibrado mentalmente, mas upset não vai tão longe. When I am upset, my emotions are in a state of turmoil and confusion. NAO SEI! é mais fácil traduzir upset dentro dum contexto, porque aí podemos escolher a palavra certa. Mas este questionário quer uma palavra para tudo e conseguiu. Mas em portgues.....não sei como se desvencilhar desta!</p>
13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.	13. Psychologists make people feel incapable of dealing with their problems.	13. Psychologists make people feel unable to cope with their problems.	13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.	BT1 - 5 BT2 - 4
14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	14. It is good to talk with someone like a psychologist because all that is said remains confidential.	14. It's good to speak to someone, like a psychologist, because everything that is said is confidential.	14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.	BT1 - 4 (ingles mais formal e o portgues não está formal) BT2 - 5
15. Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor	15. Talking about problems with a psychologist does not seem to me to be the	15. Talking about problems with a psychologist doesn't seem to be the best way	15. Talking about problems with a psychologist strikes me	BT1 - 4 mais à letra. BT2 - 5 melhor ingles - menos complicado. Mas o original está em formato de frase positivo e em portgues ficou frase

forma de resolver problemas emocionais.	best way of resolving emotional problems.	to resolve emotional problems.	as a poor way to get rid of emotional conflicts.	negativo. Não faz mal? é uma coisa a ter em consideração, porque quando se faz análises factoriais, há tendência a ter as perguntas negativas dum lado, e as positivas do outro. Acho que está relacionado como a forma como o cérebro encara o positivo e o negativo... "Falar de problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais" - seria a tradução mais literal, mas se calhar os portugueses não falam assim?
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.	16. Psychologists give valuable advice because of their knowledge of human behaviour.	16. Psychologists give invaluable advice due to their knowledge regarding human behavior.	16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.	BT1 e 2 - 5
17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.	17. It is difficult to talk about personal problems with highly qualified people, like psychologists.	17. It's difficult to speak about personal problems with highly educated people, such as psychologists.	17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.	BT1 - 3 BT2 - 5 One can be highly educated and have no qualifications
18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.	18. If I thought that I needed psychological help I would seek that help irrespective of who knew that I was receiving it.	18. If I thought that I needed psychological help, I would do so regardless of who knew that I was getting it.	18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.	BT1 - 5 BT2 - 5 BT1 mais à letra, BT2 mais simples e como se diria na realidade, mas ambos bem.

## 10.8 Anexo C6 – Resumo das Avaliações do Comité de Especialistas

Com a avaliação quantitativa (1 a 5) e qualitativa (i.e., com os comentários sobre a adequação e a clareza das retroversões) criei uma alternativa à reunião sugerida por Beaton, *et al.* (2000) para chegar a um consenso quanto à versão pré-final da escala: foram calculadas as médias para cada item e as que foram inferiores a 4 (i.e., «boas») foram sinalizadas como itens que necessitam de revisão.

Aferiu-se então que 3 dos 18 itens receberam uma pontuação média inferior a 4 e por isso foram revistos: (1) após a consulta do tesauro da Merriam-Webster (2016a) constatei que *problems* não surge como sinónimo de *concerns*, por isso no item #2 optei pelo uso do termo «inquietações» (também poderia ter sido «apreensões») em: “Eu estaria disposto a confidenciar as minhas inquietações íntimas com um psicólogo.”; (2) no item #7 faltava o pronome enclítico (i.e., «te») após o verbo «ajudar» (i.e., «ajudar-te») e o sujeito do objeto direto (i.e., «os teus problemas»), de onde resultou: “Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar-te a encontrar soluções para os teus problemas.”; (3) quanto ao item #12, consultando o tesauro da Merriam-Webster (2016b), verifiquei que, de facto, *perturbed* surge como sinónimo de *upset*, mas parece-me ser mais adequado o termo «aborrecido» (ou talvez «chateado») porque «perturbado» tem, na língua portuguesa, uma conotação mais psicopatológica, por conseguinte, optei por: “Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou aborrecido por um longo período de tempo.”

Acresce que o comité de especialistas efetuou sugestões muito valiosas, o que levou à melhoria de mais 3 itens: (1) embora o item #1 tenha obtido uma classificação média de 4.5, conforme sugeriu a Dr.<sup>a</sup> Carol, estará mais de acordo com a formalidade do original a seguinte afirmação: “Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que consultasse um psicólogo.”; (2) apesar de o item #9 ter obtido uma classificação média de 4.3, conforme a sugestão da Dr.<sup>a</sup> Carol, «conversar» (que remete mais para uma partilha) é mais adequado do que «falar», daí que tenha optado pela seguinte afirmação: “É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.”; (3) quanto ao item #15, embora tenha obtido uma classificação de 4.1, «problemas» e «conflitos» (conforme salientam a Dr.<sup>a</sup> Stefanía e a Dr.<sup>a</sup> Elizabeth) poderão manter-se diferenciados, conforme o original, resultando: “Falar sobre problemas com um psicólogo não me parece ser a melhor forma de resolver conflitos emocionais.” Todavia a Dr.<sup>a</sup> Carol sugere uma versão ainda melhor (que mantém a afirmativa do original): “Falar de problemas com um

psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais.” Por fim, face ao que a Dr.<sup>a</sup> Carol referiu para o item #9 optei por: “Conversar sobre problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais”.

Médias das avaliações da primeira retroversão:

BT1																			
Reviewer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Mean
CM	4	3	4	5	5	5	4	3	5	3	5	4	5	4	4	5	3	5	4.2
EW	5	3	4	5	4	5	5	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4.6
KdS	4	2	4	3	4	4	2	4	5	3	5	3	5	5	3	5	4	5	3.9
KS	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	3	4	3	4	5	5	3	3.7
RZ	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3	5	3	3.6
SA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5.0
	4.3	3.3	4.0	4.0	4.3	4.5	4.0	3.3	4.3	4.0	4.7	3.8	4.5	4.2	4.2	4.7	4.5	4.3	4.2

Médias das avaliações da segunda retroversão:

BT2																			
Reviewer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Mean
CM	5	3	5	5	4	4	1	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4.3
EW	5	3	4	5	5	4	2	5	4	5	3	3	5	5	5	3	4	5	4.2
KdS	5	2	4	4	5	5	2	5	5	5	5	4	5	4	3	5	5	5	4.3
KS	4	4	5	4	5	4	3	5	4	5	5	4	3	5	4	4	4	4	4.2
RZ	4	3	4	4	4	3	1	4	4	5	4	4	4	5	3	4	5	4	3.8
SA	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5.0
	4.7	3.3	4.5	4.5	4.7	4.2	2.3	4.7	4.3	5.0	4.5	4.0	4.3	4.8	4.2	4.3	4.7	4.7	4.3

Médias das avaliações globais das retroversões:

OVERALL																			
Reviewer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Mean
CM	4.5	3.0	4.5	5.0	4.5	4.5	2.5	3.5	4.5	4.0	5.0	4.0	4.5	4.5	4.5	5.0	4.0	5.0	4.3
EW	5.0	3.0	4.0	5.0	4.5	4.5	3.5	4.0	4.0	5.0	4.0	4.0	5.0	5.0	5.0	4.0	4.5	5.0	4.4
KdS	4.5	2.0	4.0	3.5	4.5	4.5	2.0	4.5	5.0	4.0	5.0	3.5	5.0	4.5	3.0	5.0	4.5	5.0	4.1
KS	4.0	4.0	4.5	3.5	4.5	4.0	3.5	3.5	3.5	4.5	4.5	3.5	3.5	4.0	4.0	4.5	4.5	3.5	4.0
RZ	4.0	3.0	3.5	3.5	4.0	3.5	2.5	3.5	4.0	4.5	4.0	3.5	3.5	4.0	3.5	3.5	5.0	3.5	3.7
SA	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
	4.5	3.3	4.3	4.3	4.5	4.3	3.2	4.0	4.3	4.5	4.6	3.9	4.4	4.5	4.2	4.5	4.6	4.5	4.2

Abreviaturas: **CM** = Dr.<sup>a</sup> Carol Melo. **EW** = Dr.<sup>a</sup> Elisabeth Wood. **KS** = Dr.<sup>a</sup>

Kathryn Shah. **KdS** = Dr.<sup>a</sup> Karina de Sousa. **RZ** = Dr. Rui Zink. **SA** = Dr.<sup>a</sup> Stefanía Ægisdóttir.

## 10.9 Anexo C7 – Problemas Identificados pelas Crianças

Faz ainda parte da quarta etapa a certificação de que o questionário deva ser entendido por uma criança de 12 anos de idade (em torno do 6.º ano de escolaridade). Para atestar esta premissa solicitei aos pais de crianças de 12 anos para os seus filhos lerem os itens pré-finais da BAPS e aferirem se as crianças compreendem todas as palavras e expressões, na sequência das seguintes instruções: “Lê por favor as afirmações que se seguem com calma. Se não entenderes alguma palavra, ou alguma expressão, diz-me por favor qual ou quais”). Foi ainda indicado que os elementos assinalados pelas crianças poderiam ser marcados no próprio ficheiro ou no *e-mail* de resposta ao pedido (Anexos do CD).

Das respostas das crianças resultaram 4 itens problemáticos (conforme a tabela na página seguinte): (1) o item #2 levantou problemas nos termos «confidenciar» e «íntimas»; como alternativa sugeri (respetivamente) «conversar sobre» (já que as opções «revelar», «confessar» e «desembuchar», parecem ser menos adequadas) e «mais internas», porém, apesar da descrição se aproximar de um discurso mais coloquial, perder-se-ia alguma da semântica intimista, daí que decidimos manter a tradução (“Eu estaria disposto a confidenciar as minhas inquietações íntimas com um psicólogo.”) e assumir esta limitação; (2) o item #10 suscitou unanimidade no não-entendimento do termo «estigmatiza»; como alternativas seriam, por exemplo: «marca», «tacha», «desvirtua» e «condena», salientando-se «mancha» como sendo a forma linguística menos culta e mais vulgar, logo mais adequada; porém não tem a mesma carga semântica que a forma «estigmatiza», por isso optámos por manter a tradução (“Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.”) assumindo esta limitação; (3) duas crianças revelaram problemas no entendimento da palavra «instruídas» no item #17; como alternativas temos, por exemplo: «cultas», «eruditas», «sabedoras», «qualificadas», «sábias», «letradas» e «escolarizadas», parecendo esta última forma a mais facilmente entendível e adequada ao contexto do item (por isso foi a escolhida): “É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente escolarizadas, como é o caso dos psicólogos.”; (4) três crianças mostraram dificuldades com o termo «fomentam», para com o qual existem as seguintes alternativas sinónimas: «promovem», «alavancam», «estimulam», «impulsionam» e «incentivam», salientando-se esta última opção como uma forma mais coloquial e vulgarizada e por isso decidimos aceitá-la, de onde resultou: “As consultas de psicologia contribuem para te sentires equilibrado porque para além de conversares sobre os teus problemas, os psicólogos também reconhecem e incentivam os teus aspetos positivos.”.

<b>Item</b>	<b>Descrições</b>	<b>C1 (13)</b>	<b>C2 (12)</b>	<b>C3 (11)</b>	<b>C4 (13)</b>	<b>C5 (12)</b>
1	Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que consultasse um psicólogo.					
2	Eu estaria disposto a confidenciar as minhas inquietações íntimas com um psicólogo.		“confidenciar” e “inquietações íntimas”	“confidenciar” e “íntimas”		
3	É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.					
4	No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.					
5	Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.					Não percebeu a construção da frase.
6	Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.					
7	Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar-te a encontrar soluções para os teus problemas.				“formação”	
8	Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.					
9	É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.					
10	Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	“estigmatiza”	“estigmatiza”	“estigmatiza”	“estigmatiza”	“estigmatiza”

11	Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.					
12	Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou aborrecido por um longo período de tempo.					
13	Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.					
14	É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.			“confidencial”		
15	Conversar sobre problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais.			“conflitos emocionais”		
16	Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.					
17	É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente instruídas, como é o caso dos psicólogos.			“instruídas”	“instruídas”	
18	Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.					
19	É benéfico ir ao psicólogo porque eles ajudam-te na tua evolução pessoal.					
20	As consultas de psicologia contribuem para te sentires	“fomentam”		“fomentam”	“fomentam”	

	equilibrado porque para além de conversares sobre os teus problemas, os psicólogos também reconhecem e fomentam os teus aspetos positivos.					
21	Sentir-me-ia bem em consultar um psicólogo se as pessoas entendessem que essas consultas não são apenas para indivíduos com problemas, mas também para quem se interessa pelo seu desenvolvimento pessoal.					Não percebeu a construção da frase.
22	Eu iria a um psicólogo se ele tivesse um foco nos meus aspetos positivos e não apenas nos meus problemas pessoais.				“foco”	
23	É bom consultar um psicólogo porque a sua competência técnica permite-lhes ter uma atitude de não-envolvimento com a tua história de vida.				“atitude de não-envolvimento”	
24	Se eu tivesse mais disponibilidade financeira, consultaria um psicólogo.			“disponibilidade financeira”		
25	É benéfico consultar um psicólogo porque eles ensinam estratégias para superar as adversidades.					
26	É bom consultar um psicólogo porque ele vai avaliando o progresso da terapia com questionários e/ou perguntando-te como te sentes antes e depois de cada consulta.			“terapia”		
27	É muito útil o facto de os psicólogos perguntarem às pessoas o que elas gostaram mais e menos após cada			“intervenções”		

	consulta, para irem ajustando as suas intervenções.					
28	É muito importante o facto de se estabelecerem objetivos terapêuticos em conjunto com o psicólogo e de trabalharmos no sentido de os concretizar.					
29	As consultas de psicologia ajudam a resolver os problemas, mas tenho a noção de que eu tenho um papel importante na resolução dos mesmos.					

### 10.9.1 Caracterização sociodemográfica das crianças

<i>Cód.</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Nacionalidade</i>	<i>Zona de Residência</i>
C1	F	13	Portuguesa	Açores
C2	F	12	Portuguesa	Madeira
C3	M	11	Portuguesa	Setúbal
C4	M	13	Portuguesa	Lisboa
C5	M	12	Portuguesa	Lisboa

### **10.10 Anexo C8 – Fase V: Teste da Versão Pré-final**

Esta etapa requer que se faça um teste da versão pré-final, administrando-a a entre 30 a 40 indivíduos relacionados com o construto que o instrumento pretende medir (no nosso caso: atitudes sobre os psicólogos e os serviços que prestam). Porém estão em causa neste processo de adaptação desta escala duas análises estatísticas: (1) uma análise fatorial confirmatória (dos 18 itens originais da BAPS); e (2) uma análise fatorial exploratória (a fim de aferir a integração dos 11 potenciais novos itens na BAPS e/ou analisar se surge alguma componente, ou variável compósita, nova). Nesse sentido, para se efetuar uma análise fatorial, Nunnally (1978) recomenda que se recolham dados de 10 participantes por cada variável em estudo (portanto, no nosso caso, seria necessária uma amostra de 290 participantes), ao passo que Tabachnick e Fidell (2007) recomendam que se usem 300 casos numa análise fatorial.

Por conseguinte, porque o QOPP incluiu também a EDS surgiu a questão: efetuamos a recolha de uma primeira amostra apenas para a BAPS (com 30 a 40 casos) e uma segunda amostra com o QOPP completo ou efetuamos desde o início uma recolha de dados com o QOPP completo? Por que a primeira hipótese nos permitiria ter acesso a mais de 30 casos, assumimos que não deveríamos deixar de aproveitar a disponibilidade (e a gentileza) dessas pessoas e usar o QOPP completo desde o primeiro momento (da recolha de dados). Depois, após os resultados das duas análises fatoriais (confirmatória e exploratória), proceder-se-ia a um segundo estudo onde a BAPS já seria apresentada (aos respondentes) sem os itens considerados improdutivos ou desadequados para a população portuguesa e/ou com outros que fosse importante estudar. Mas, existindo um ajustamento dos 18 itens (incluídos neste processo de adaptação) ao modelo fatorial original da BAPS, essas respostas seriam contempladas para o estudo total. Assim sendo, esta fase de teste da versão pré-final (mas final em potencial) da BAPS incluiu uma amostra de 306 casos.

### 10.11 Anexo C9 – Os 29 Itens em Teste para a Versão Portuguesa da BAPS

<i>Item</i>	<i>Descrições</i>
1	Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que consultasse um psicólogo.
2	Eu estaria disposto a confidenciar as minhas inquietações íntimas com um psicólogo.
3	É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.
4	No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.
5	Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar.
6	Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo.
7	Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar-te a encontrar soluções para os teus problemas.
8	Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.
9	É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros.
10	Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.
11	Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo.
12	Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou aborrecido por um longo período de tempo.
13	Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas.
14	É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.
15	Conversar sobre problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais.
16	Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano.
17	É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente escolarizadas, como é o caso dos psicólogos.

18	Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.
19	É benéfico ir ao psicólogo porque eles ajudam-te na tua evolução pessoal.
20	As consultas de psicologia contribuem para te sentires equilibrado porque para além de conversares sobre os teus problemas, os psicólogos também reconhecem e incentivam os teus aspetos positivos.
21	Sentir-me-ia bem em consultar um psicólogo se as pessoas entendessem que essas consultas não são apenas para indivíduos com problemas, mas também para quem se interessa pelo seu desenvolvimento pessoal.
22	Eu iria a um psicólogo se ele tivesse um foco nos meus aspetos positivos e não apenas nos meus problemas pessoais.
23	É bom consultar um psicólogo porque a sua competência técnica permite-lhes ter uma atitude de não-envolvimento com a tua história de vida.
24	Se eu tivesse mais disponibilidade financeira, consultaria um psicólogo.
25	É benéfico consultar um psicólogo porque eles ensinam estratégias para superar as adversidades.
26	É bom consultar um psicólogo porque ele vai avaliando o progresso da terapia com questionários e/ou perguntando-te como te sentes antes e depois de cada consulta.
27	As consultas de psicologia ajudam a resolver os problemas, mas tenho a noção de que eu tenho um papel importante na resolução dos mesmos.
28	É muito útil o facto de os psicólogos perguntarem às pessoas o que elas gostaram mais e menos após cada consulta, para irem ajustando as suas intervenções.
29	É muito importante o facto de se estabelecerem objetivos terapêuticos em conjunto com o psicólogo e de trabalharmos no sentido de os concretizar.

## 10.12 Anexo C10 – Texto Usado em Mensagens Privadas nas Redes Sociais

Uma das formas de solicitar o preenchimento do QOPP foi através de mensagens privadas no *Facebook*, onde efetuei o seguinte pedido:

“Muito bom dia [ou “tarde” ou “noite”] Sr. [ou Sra.] [«nome da pessoa»].

Espero que se sinta ótimo [ou ótima]. Gostaria de lhe pedir o favor de colaborar com um estudo (onde as respostas são anónimas e confidenciais) que pretende aferir a opinião pública acerca da psicologia em Portugal. Não é necessário ter a experiência de já ter consultado um psicólogo (pois todas as pessoas possuem representações sociais-cognitivas sobre a psicologia). Basta clicar na hiperligação que se segue e seguir as instruções <https://goo.gl/6sWSsW>.

Muito grato e com os melhores cumprimentos,

Jorge Ramos.”

### 10.13 Anexo D1 – Etapas de Preparação dos Dados para Análise

Foram oito as etapas de «limpeza» e de preparação dos dados para serem depois analisados no SPSS:

(1) Os registos sem preenchimento das variáveis «sexo» e «idade» foram eliminados (todavia, se for necessário efetuar alguma verificação, estes dados estão disponíveis no SG para consulta na pasta com o nome: *Deleted*);

(2) Foi criado um modelo de importação (do SG para o SPSS) com algumas definições de cada variável: tipo (e.g., numérica, texto, data) e tamanho;

(3) Foi feita uma verificação de registos duplicados com recurso ao número do IP (abreviatura de: *Internet Protocol address*) de cada respondente. Após verificação da duplicação dos dados sociodemográficos e das respostas, foram eliminados os casos #285, #286, #336 e #562;

(4) Porque os registos foram sendo importados de forma faseada (para ser possível efetuar pré-análises dos dados, e.g., as análises fatoriais confirmatórias da BAPS) foi criado um primeiro grupo de sintaxes (Anexos do CD) para de forma automática e global mudar os nomes das variáveis, recodificar (de texto para tipo numérico) as variáveis «sexo», «opinião S/N sobre a psicologia positiva», «habilitações», «zona de residência» e «classe social», mudar o tipo de variável (e.g., as 39 da BAPS para um dígito, sem casas decimais), mudar o tipo de medida (e.g., nas variáveis da EDS e da BAPS, de nominal para métrica e nas «habilitações» e na «classe social» de nominal para ordinal);

(5) Depois foi usado um segundo grupo de sintaxes para o pré-tratamento estatístico (Anexos do CD) onde foram recodificados os itens invertidos da BAPS, criadas as médias das três variáveis compósitas da BAPS, criadas as médias das 15 variáveis compósitas da EDS e inserido um valor num novo campo (1 = “aderente”; 0 = “não-aderente”) em função do respondente ter respondido (respetivamente) zero ou um valor superior a zero, à questão “A quantas consultas de psicologia já recorreu?”;

(6) Foram eliminados casos específicos: (6.1) #163 porque 31 respostas (de um total de 35 possíveis) da EDS foram todas = 2 (exceto, no último fator da EDS, onde deu 3 respostas diferentes e deixou um caso omissis) e porque as respostas à BAPS foram todas = 1 (no total de 29 variáveis); (6.2) #510 porque na EDS classificou apenas os psicólogos clínicos (exceto no primeiro parâmetro, a velocidade, onde classificou também os enfermeiros) e a BAPS ficou incompleta; (6.3) #526 por ser incoerente, isto é, um suposto respondente do sexo

feminino referiu ser Professor Catedrático e respondeu que as consultas de psicologia poderiam motivá-lo a recorrer mais ao serviço com “psicólogas bonitas e atraentes”.

(7) Os casos omissos foram tratados de duas formas: (7.1): na criação de variáveis compósitas calculadas com as médias (e.g., os fatores da BAPS e da EDS) estas só foram computadas perante a existência de valores em todas as variáveis (e.g., no tratamento da versão original da BAPS, para a criação da variável «Intenção de Adesão», composta pelos itens #01, #02, #03, #04, #06 e #12, a média de cada respondente só foi calculada se foram imputadas respostas nos seis itens, através da fórmula MEAN.6 no SPSS); (7.2) nas variáveis não-compósitas, quando analisadas com outras variáveis, foram usadas as opções por defeito no SPSS (e.g., nas análises correlacionais foi usada a opção *exclude cases pairwise*, i.e., havendo dados omissos numa das variáveis em estudo, essa variável, nesse caso, foi excluída da análise, mas os dados das restantes variáveis, desse caso, foram mantidos; conforme Field, 2013).

(8) Os dados brutos sobre as profissões dos respondentes foram agrupados em categorias (e.g., advogados, juristas e magistrados judiciais foram agrupados na categoria «Advogados e Juristas»; estudantes de psicologia e psicólogos de várias áreas (e.g., clínica, saúde, social, jurídica, educacional) ficaram reunidos na categoria «Psicólogos e Estudantes de Psicologia») (Anexo D2).

## 10.14 Anexo D2 – Agrupamentos Profissionais

<i>Ocupações (dados brutos)</i>	<i>Agrupamentos</i>
administrativa	Administrativos
administrativa	Administrativos
administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa	Administrativos
Administrativa/Financeira	Administrativos
administrativo	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Administrativo/a	Administrativos
Arquivista	Administrativos
assistente administrativa	Administrativos
Assistente Administrativa	Administrativos
Assistente Administrativa	Administrativos
assistente administrativo	Administrativos
Assistente administrativo	Administrativos
assistente administrstiva num hospital	Administrativos
coordenador administrativo	Administrativos
Coordenador administrativo	Administrativos
Logistica	Administrativos
rececionista	Administrativos
Rececionista	Administrativos
Rececionista	Administrativos
Técnica administrativa	Administrativos
advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogada	Advogados e Juristas
Advogado/a	Advogados e Juristas
Advogado/a	Advogados e Juristas
jurista	Advogados e Juristas
Jurista	Advogados e Juristas
Jurista	Advogados e Juristas
Jurista	Advogados e Juristas
Jurista	Advogados e Juristas
Jurista	Advogados e Juristas

Magistrado Judicial	Advogados e Juristas
Analista de Gestão	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Analista de laboratório	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Analista de segurança	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Analista de segurança (TI)	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Analista Quimica / Clínica	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Investigador	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
investigadora	Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)
Bioterapeuta	Terapeutas Alternativos / Complementares
Especialista de Medicina Chinesa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Especialista em Medicina Tradicional Chinesa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Estudante, homeopatia 3º ano	Terapeutas Alternativos / Complementares
Holísticas	Terapeutas Alternativos / Complementares
Mestre de Reiki	Terapeutas Alternativos / Complementares
Militar/ Medicinas Alternativas	Terapeutas Alternativos / Complementares
Naturopata	Terapeutas Alternativos / Complementares
Naturóloga	Terapeutas Alternativos / Complementares
Naturopata	Terapeutas Alternativos / Complementares
osteopata	Terapeutas Alternativos / Complementares
Osteopata	Terapeutas Alternativos / Complementares
professor / terapeuta de acupuntura	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Alternativa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Alternativa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Alternativa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Complementar	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta de Medicina Tradicional Chinesa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta de Medicina Tradicional Chinesa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta de Medicina Tradicional Chinesa	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta de spa/ reflexologista	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapeuta em medicinas alternativas	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapeuta Floral	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Hol[ístico	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapeuta holística	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Holística	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Holística	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Holística	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapeuta holistico	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapêuta holistico	Terapeutas Alternativos / Complementares
Terapeuta Medicina Alternativa	Terapeutas Alternativos / Complementares

Terapeuta/Coach de Transformação e Desenvolvimento	Terapeutas Alternativos / Complementares
terapias complementares	Terapeutas Alternativos / Complementares
Agente de acção directa 1	Assistentes (diversos)
Ajudante de lares	Assistentes (diversos)
Assist. Educativa	Assistentes (diversos)
Assistente de bordo	Assistentes (diversos)
Assistente de bordo	Assistentes (diversos)
Assistente de bordo	Assistentes (diversos)
Assistente de bordo	Assistentes (diversos)
Assistente de Bordo	Assistentes (diversos)
Assistente de direcção	Assistentes (diversos)
Assistente de loja	Assistentes (diversos)
Assistente de relacionamento com cliente	Assistentes (diversos)
assistente dentaria	Assistentes (diversos)
Assistente Dentária	Assistentes (diversos)
Assistente Dentária	Assistentes (diversos)
Assistente em terra companhia aerea	Assistentes (diversos)
assistente operacional	Assistentes (diversos)
Assistente Operacional	Assistentes (diversos)
Assistente Operacional C.M.A.	Assistentes (diversos)
Assistente Técnica•	Assistentes (diversos)
Assistente Técnica•	Assistentes (diversos)
Assistente Técnica•	Assistentes (diversos)
assistente tecnica	Assistentes (diversos)
Assistente tecnica	Assistentes (diversos)
Assistente técnica	Assistentes (diversos)
assistente tecnico	Assistentes (diversos)
Assistente Técnico	Assistentes (diversos)
Assistente Técnico	Assistentes (diversos)
Assistente Terra - Supervisora área passageiros /	Assistentes (diversos)
Auxiliar ação médica	Assistentes (diversos)
Auxiliar de acção educativa	Assistentes (diversos)
Auxiliar de acção médica	Assistentes (diversos)
Auxiliar de Acção Médica	Assistentes (diversos)
Auxiliar de acção medica e Terapeuta holistica	Assistentes (diversos)
Auxiliar de Enfermeira	Assistentes (diversos)
Oficial de Justiça	Assistentes (diversos)
Retail assistant	Assistentes (diversos)
solicitadora	Assistentes (diversos)
suporte tecnico	Assistentes (diversos)
Técnica de ação educativa	Assistentes (diversos)
Técnica de acção educativa	Assistentes (diversos)
assistente social	Assistentes Sociais
assistente social	Assistentes Sociais
assistente social	Assistentes Sociais

Assistente Social	Assistentes Sociais
Assistente Social	Assistentes Sociais
Assistente Social	Assistentes Sociais
Assistente Social	Assistentes Sociais
Assistente Social	Assistentes Sociais
Assistente Social	Assistentes Sociais
Serviço Social	Assistentes Sociais
Tec.serviço social	Assistentes Sociais
Auditor	Auditores
Auditora	Auditores
Auditora de qualidade	Auditores
auditora e estudante	Auditores
Estudante e auditora	Auditores
Área Financeira	Finanças e Economistas
Economista	Finanças e Economistas
Economista	Finanças e Economistas
Economista	Finanças e Economistas
Financeira	Finanças e Economistas
Técnica Financeira	Finanças e Economistas
Banca	Bancários
bancaria	Bancários
bancaria	Bancários
Bancaria	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancária	Bancários
Bancário	Bancários
bancário	Bancários
Bancário	Bancários
Bancário	Bancários
Biologa	Biólogos, Químicos e Bioquímicos
Bioquímica	Biólogos, Químicos e Bioquímicos
Química	Biólogos, Químicos e Bioquímicos
freelancer	Trabalhadores Independentes / Liberais
Independente	Trabalhadores Independentes / Liberais
Independente	Trabalhadores Independentes / Liberais
Profissional Liberal	Trabalhadores Independentes / Liberais
Profissional Liberal	Trabalhadores Independentes / Liberais
Trabalhador independente	Trabalhadores Independentes / Liberais
Trabalhador Independente	Trabalhadores Independentes / Liberais
Trabalhador por conta Própria	Trabalhadores Independentes / Liberais
trabalhadora independente	Trabalhadores Independentes / Liberais
trabalho independente	Trabalhadores Independentes / Liberais

Cabeleireira	Cabeleireiros
Cabeleireira	Cabeleireiros
Cabeleireira	Cabeleireiros
Cabeleireira	Cabeleireiros
Cabeleireira canina	Cabeleireiros
Cabeleireiro	Cabeleireiros
Chefe de cozinha	Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros
Cozinheira	Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros
Cozinheira	Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros
Pasteleiro	Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros
Art adviser	Consultores
business consultant	Consultores
Consultor em TIC	Consultores
Consultor Recursos Humanos	Consultores
Consultor RH	Consultores
Consultor TI	Consultores
Consultor/a	Consultores
Consultor/a	Consultores
Consultora de Beleza	Consultores
Consultora de RH	Consultores
Consultora de RH	Consultores
Consultoria Saúde e Bem-Estar	Consultores
consultor imobiliário	Consultores
Contabilidade	Contabilistas
CONTABILIDADE	Contabilistas
contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
Contabilista	Contabilistas
OCC	Contabilistas
tecnica contabilidade	Contabilistas
---	Outros (diversos)
Animadora Socioeducativa, terapeuta de massagem e	Outros (diversos)
Artista plástica e terapeuta de Reiki	Outros (diversos)
Astrologo	Outros (diversos)
Astrólogo	Outros (diversos)
Barista	Outros (diversos)
Bombeiro profissional	Outros (diversos)
Call Center e monitora infantil	Outros (diversos)
coach, formadora	Outros (diversos)
Coach, terapeuta e formadora	Outros (diversos)
Costureira	Outros (diversos)
Cuidadora informal	Outros (diversos)
Dona de casa	Outros (diversos)
Dona de Casa	Outros (diversos)

Embaladora	Outros (diversos)
Enfermeiro/Homeopata	Outros (diversos)
hotelaria	Outros (diversos)
Mediadora Seguros	Outros (diversos)
mmm	Outros (diversos)
Modelista	Outros (diversos)
motorista	Outros (diversos)
Operador Call Center	Outros (diversos)
Serviços	Outros (diversos)
tarologa	Outros (diversos)
Tec. Farmacia - Formadora em Terapias Alternativa	Outros (diversos)
Treinador de bem-estar	Outros (diversos)
Trolha	Outros (diversos)
Desemprega	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregada	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
Desempregado	Desempregados
não exerço (educadora de infância)	Desempregados
Sem	Desempregados
Sem profissão	Desempregados
Dir. logística	Diretores
Director Comercial	Diretores
Director de Informática	Diretores

Directora de Recursos Humanos	Diretores
directora empresa	Diretores
Directora financeira	Diretores
Diretor de agência imobiliária	Diretores
Diretor Técnico	Diretores
Diretora Técnica/Ed. de Infância	Diretores
docente	Docentes / Professores
Docente	Docentes / Professores
Docente	Docentes / Professores
Docente	Docentes / Professores
Docente	Docentes / Professores
Docente	Docentes / Professores
Docente universitário	Docentes / Professores
Prof. Universitário	Docentes / Professores
professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor	Docentes / Professores
Professor do ensino básico e secundário	Docentes / Professores
Professor do Secundário	Docentes / Professores
Professor/a	Docentes / Professores
Professor/a	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores

Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora	Docentes / Professores
Professora / cantora e atriz	Docentes / Professores
Professora 1.º Ciclo	Docentes / Professores
Professora 1º Ciclo	Docentes / Professores
Professora de Educação Física,Gestora Financeira	Docentes / Professores
empresaria	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
Empresária	Empresários
empresária em nome individual	Empresários
Empresária em nome individual	Empresários
empresario	Empresários
Empresario	Empresários
Empresario	Empresários
Empresário	Empresários
Empresário	Empresários
enfermagem	Enfermeiros
enfermagem	Enfermeiros
Enfermagem	Enfermeiros
Enfermagem	Enfermeiros
Enfermagem	Enfermeiros
enfermeira	Enfermeiros
enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros
Enfermeira	Enfermeiros



Estudante	Estudantes
Estudante	Estudantes
Estudante	Estudantes
Estudante - Ciência Política	Estudantes
Estudante -trabalhador	Estudantes
Estudante (Humanidades)	Estudantes
Estudante de Auxiliar de Veterinária	Estudantes
Estudante de biologia	Estudantes
Estudante de Gestão	Estudantes
Estudante de Gestão	Estudantes
Estudante design	Estudantes
Trabalhador estudante	Estudantes
Trabalhadora-estudante	Estudantes
Educador infância	Formadores e Educadores
Educadora	Formadores e Educadores
Educadora	Formadores e Educadores
Educadora	Formadores e Educadores
educadora de infancia	Formadores e Educadores
Educadora de infancia	Formadores e Educadores
Educadora de infância	Formadores e Educadores
Educadora Social	Formadores e Educadores
Formador	Formadores e Educadores
Formador	Formadores e Educadores
Formador	Formadores e Educadores
formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Formadora	Formadores e Educadores
Professora de Yoga	Formadores e Educadores
Terapeuta e Formadora	Formadores e Educadores
Dirigente intermédia Administração Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Função Pública	Funcionários Públicos
Funcionário Público	Funcionários Públicos
chefe de produção fabril	Gestores e Gerentes
Coordenação de eventos	Gestores e Gerentes
Coordenadora Técnica	Gestores e Gerentes
Editora	Gestores e Gerentes

Event manager	Gestores e Gerentes
Gerente	Gestores e Gerentes
Gerente	Gestores e Gerentes
Gerente	Gestores e Gerentes
Gerente	Gestores e Gerentes
gestão	Gestores e Gerentes
Gestão	Gestores e Gerentes
Gestão	Gestores e Gerentes
Gestão de áreas protegidas	Gestores e Gerentes
Gestão de Recursos Humanos	Gestores e Gerentes
Gestor	Gestores e Gerentes
Gestor de Clientes	Gestores e Gerentes
Gestor de projetos	Gestores e Gerentes
Gestor financeiro	Gestores e Gerentes
Gestora	Gestores e Gerentes
Gestora	Gestores e Gerentes
Gestora Comercial	Gestores e Gerentes
Gestora de Marketing	Gestores e Gerentes
Gestora de projetos	Gestores e Gerentes
Gestora Financeira	Gestores e Gerentes
Gestora Marketing	Gestores e Gerentes
Gestora, Designer, Fotógrafa	Gestores e Gerentes
HR business partner	Gestores e Gerentes
HR Specialist	Gestores e Gerentes
Manager	Gestores e Gerentes
Preparador Trabalho	Gestores e Gerentes
recursos humanos	Gestores e Gerentes
Recursos Humanos	Gestores e Gerentes
Responsável de compras e logística	Gestores e Gerentes
Responsável de RH	Gestores e Gerentes
Sales manager	Gestores e Gerentes
socia gerente	Gestores e Gerentes
Comunicação Social	Jornalistas
Jornalista	Jornalistas
Jornalista	Jornalistas
Marketing	Marketing e Publicidade
Marketing	Marketing e Publicidade
Marketing	Marketing e Publicidade
Marketing	Marketing e Publicidade
Marketing	Marketing e Publicidade
Marketing	Marketing e Publicidade
publicitaria	Marketing e Publicidade
Tecnico Marketing	Marketing e Publicidade
Coordenadora de serviço [psicóloga]	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Desempregada Psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estagiária - Neuropsicologia Clínica	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estagiaria de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estagiária de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia

estudande de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante - Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante - Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante (Psicologia Clínica e da Saúde)	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia Clínica e Psicocriminolog	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante de Psicologia.	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante em psicologia clínica	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante em Psicologia da Saúde	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
estudante psicologia clínica e da saúde	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante Universitário na área da Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Estudante, mestrado psicologia aplicada	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Mestrado em Psicologia Social e das Organizações	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Mestrado Psicologia organizacional	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia



Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia Clínica	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia clínica e da saúde	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia da Justiça e do Comportamento Desviante	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia Educacional	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia Educacional	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia Jurídica	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologia Social e das Organizações	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicologo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Psicólogo	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
Técnica de estudos de mercado - psicóloga	Psicólogos e Estudantes de Psicologia
escritorio	Escriturários e Secretários
Escrituraria	Escriturários e Secretários
Escriturária	Escriturários e Secretários



Arquitecta	Arquitetos
Arquitecta	Arquitetos
Arquiteta	Arquitetos
Arquiteta	Arquitetos
Arquiteta	Arquitetos
Dentista	Médicos
Médica	Médicos
Médica	Médicos
Médica	Médicos
Médica	Médicos
Medica Dentista	Médicos
Medico	Médicos
Médico	Médicos
Medico clinica geral	Médicos
Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta	Médicos
Estetica	Esteticistas e Massagistas
Estética	Esteticistas e Massagistas
Esteticista	Esteticistas e Massagistas
massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista	Esteticistas e Massagistas
Massagista Terapeutico	Esteticistas e Massagistas
Técnica de massagem recuperação e desportiva	Esteticistas e Massagistas
Terapeuta de Massagem	Esteticistas e Massagistas
terapeuta massagista	Esteticistas e Massagistas
Animadora	Técnicos (outros)
Animadora sócio cultural	Técnicos (outros)
desenhador de comstrucao civil	Técnicos (outros)
designer	Técnicos (outros)
designer	Técnicos (outros)
Electricista	Técnicos (outros)
eletricista	Técnicos (outros)
Farmacêutico	Técnicos (outros)
Fotógrafa	Técnicos (outros)
Fotógrafa	Técnicos (outros)
Geriatra	Técnicos (outros)
Joalheiro	Técnicos (outros)
Orçamentista	Técnicos (outros)
Prótesica	Técnicos (outros)
Relações Públicas	Técnicos (outros)
Serralheiro mecânico	Técnicos (outros)
Tec de Som	Técnicos (outros)

Técnica	Técnicos (outros)
Técnica aduaneira	Técnicos (outros)
Técnica de Desenvolvimento Local	Técnicos (outros)
técnica de imagiologia	Técnicos (outros)
Técnica de Segurança	Técnicos (outros)
Técnico Automóvel	Técnicos (outros)
Técnico de Electromedicina	Técnicos (outros)
técnico de electrónica	Técnicos (outros)
Técnico de Qualidade	Técnicos (outros)
tecnico educação	Técnicos (outros)
THSST	Técnicos (outros)
Tripulante Técnico na Aviação	Técnicos (outros)
Turismo	Técnicos (outros)
Aposentada	Reformados
aposentada	Reformados
aposentada	Reformados
Aposentada	Reformados
Aposentada da Função Pública	Reformados
Aposentada, F. P.	Reformados
aposentado	Reformados
Aposentado	Reformados
Aposentado	Reformados
Aposentado Educação Física	Reformados
Assistente Social (aposentada)	Reformados
Fui escriturária, agora estou reformada.	Reformados
Pré reformada	Reformados
Professora aposentada	Reformados
Professora aposentada	Reformados
reforma	Reformados
reformada	Reformados
reformada	Reformados
reformada	Reformados
reformada	Reformados
reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
Reformada	Reformados
reformada da area da saude	Reformados
reformado	Reformados
reformado	Reformados
Reformado	Reformados

Reformado	Reformados
Reformado	Reformados
Hipnoterapeuta	Psicoterapeutas
Psicoterapeuta	Psicoterapeutas
Psicoterapeuta	Psicoterapeutas
Artes	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
artesã	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
Artesã	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
Artista:pintura e design	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
Ceramista	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
Músico	Artistas (pintores, músicos e artesãos)
Agente turismo	Comerciais
atendimento ao cliente	Comerciais
Atendimento ao público	Comerciais
Atendimento ao público	Comerciais
comercial	Comerciais
comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial	Comerciais
Comercial/Administrativa	Comerciais
Comerciante	Comerciais
Comerciante	Comerciais
Delegada informação médico	Comerciais
Empregada de Balcão	Comerciais
imobiliária	Comerciais
Operadora de loja	Comerciais
Operadora hipermercado	Comerciais
Supervisor de vendas	Comerciais
Vendedor	Comerciais
Vendedor	Comerciais
vendedora	Comerciais
Vendedora	Comerciais
fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Fisioterapeuta	Fisioterapeutas
Técnica de fisioterapia	Fisioterapeutas
Game Designer	Informática e Tecnologias de Informação
informática	Informática e Tecnologias de Informação

Informática	Informática e Tecnologias de Informação
Informática	Informática e Tecnologias de Informação
Informática	Informática e Tecnologias de Informação
Informática / Arte	Informática e Tecnologias de Informação
Informatica e Gestão de Empresas	Informática e Tecnologias de Informação
IT	Informática e Tecnologias de Informação
tecnica informatica	Informática e Tecnologias de Informação
Técnica Multimédia	Informática e Tecnologias de Informação
tecnico multimedia	Informática e Tecnologias de Informação
Web Designer, Developer	Informática e Tecnologias de Informação
Guarda Prisional	Polícias, Militares e Vigilantes
militar	Polícias, Militares e Vigilantes
Militar	Polícias, Militares e Vigilantes
POLICIA	Polícias, Militares e Vigilantes
Vigilante	Polícias, Militares e Vigilantes
Vigilante	Polícias, Militares e Vigilantes
area saude	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Profissional de saúde	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Profissional de Saúde	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
saude	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Saúde	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Tec saude	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapêuta	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde
Terapeuta manual	Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde

### 10.15 Anexo E1 – Instrumentos que Aferem Atitudes sobre a Psicologia

<i>Autores, Nome e Objetivo</i>	<i>Tipo de Instrumento</i>	<i>Dados Psicométricos</i>
Kushner, <i>et al.</i> , 1989. <i>Thoughts About Psychotherapy Survey</i> (TAPS). Mede o interesse em receber psicoterapia.	Escala de <i>Likert</i> entre 1 (nenhum interesse em) e 5 (muito interesse em) com 19 itens (e.g., “ser pressionado para falar de coisas que não quero”) e 3 fatores: responsividade do terapeuta (RT), preocupações com a imagem (PI) e com a opressão (PO).	Consistência interna (RT: $\alpha = .92$ ; PI: $\alpha = .87$ ; PO: $\alpha = .88$ ).
Fischer <i>et al.</i> , 1995. <i>Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale-Short Form</i> (ATSPPH-SF). Mede as atitudes para com a procura de ajuda psicológica profissional.	Escala (unidimensional) de <i>Likert</i> entre 0 (discordo) e 3 (concordo) com 10 itens (e.g., “Os problemas pessoais e emocionais, como muitas coisas, tendem a resolverem-se por si mesmos”) e 2 fatores: abertura à procura de tratamento e necessidade dessa busca.	Consistência interna ( $\alpha = .84$ ). Validade de construto convergente (ATSPPH: $r = .87, p < .0001$ ). Fidelidade teste-reteste: .80
Komiya <i>et al.</i> , 2000. <i>Stigma Scale for Receiving Psychological Help</i> (SSRPH). Mede o estigma associado ao facto de se receber tratamento psicológico.	Escala (unidimensional) de <i>Likert</i> entre 0 (discordo fortemente) e 3 (concordo fortemente) com 5 itens (e.g., “ir a um psicólogo devido a problemas emocionais ou interpessoais acarreta estigma social”).	Consistência interna ( $\alpha = .72$ ). Validade de construto divergente (ATSPPH-S: $r = -.40, p < .0001$ ).
Ægisdóttir <i>et al.</i> , 2009. <i>Beliefs About Psychological Services</i> (BAPS). Mede as atitudes (crenças positivas e negativas) sobre os psicólogos e os serviços que prestam.	Escala de <i>Likert</i> entre 0 (discordo muito) e 6 (concordo bastante) com 18 itens (e.g., “os psicólogos fazem com que se sintam que não conseguem lidar com os problemas”) e 3 fatores: intenção de adesão às consultas de psicologia, tolerância ao estigma e percepção da competência dos psicólogos.	Consistência interna (BR: $\alpha = .90$ ). Validade de construto convergente (ATSPPH: $r = .83, p < .001$ ; ATSPPH-SF: $r = .71, p < .001$ ). Fidelidade teste-reteste: .87
Clement <i>et al.</i> , 2012. <i>Barriers to Access to Care Evaluation Scale</i> (BACE). Mede os fatores que limitam o acesso aos serviços de saúde mental (incluindo o estigma).	Escala de <i>Likert</i> entre 0 (não de todo) e 5 (bastante) com 30 itens (e.g., “preocupação com a possibilidade de que possa dificultar o acesso ao emprego”) e 2 fatores: (BN) barreiras não relacionadas com estigma (18 itens) e (BR) as relacionadas (12 itens).	Consistência interna (BR: $\alpha = .89$ ). Validade de construto convergente (SSRPH: $r = .30, p < .001$ ; ISMI-29: $r = .40, p < .001$ ). Fidelidade teste-reteste: $\rho_c = 0.816$

<p>Gabbidon <i>et al.</i>, 2013. <i>Questionnaire on Anticipated Discrimination</i> (QUAD). Mede a percepção de discriminação antecipada para com o uso de serviços de saúde mental.</p>	<p>Escala de <i>Likert</i> entre 1 (muito pobre) e 10 (muito bom) com 14 itens (e.g., “se os amigos soubessem do meu problema mental tratar-me-iam injustamente”) e 2 fatores: serviços / instituições e relações interpessoais / profissionais.</p>	<p>Consistência interna (<math>\alpha = .86</math>). Validade de construto convergente (ISMI-29: <math>r = .45, p &lt; .001</math>; Stigma Scale: <math>r = .39, p &lt; .001</math>). Fidelidade teste-reteste: <math>\rho_c = 0.81</math></p>
<p>Boyd <i>et al.</i>, 2014. <i>Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale</i> (ISMI-10). Mede o estigma internalizado sobre a saúde mental.</p>	<p>Escala (unidimensional) de <i>Likert</i> entre 1 (discordo fortemente) e 4 (concordo fortemente) com 10 itens (e.g., “As pessoas doentes mentalmente tendem a ser violentas”).</p>	<p>Consistência interna (<math>\alpha = .81</math>). Validade de construto convergente (ISMI-29: <math>r = .94, p &lt; .001</math>) e divergente (SES: <math>r = -.64, p &lt; .001</math>).</p>

### 10.16 Anexo E2 – Os 18 Itens Originais da BAPS

Instructions: Please rate the following statements using the scale provided. Place your ratings to the left of each statement by recording the number that most accurately reflects your attitudes and beliefs about seeking psychological services. There are no “wrong” answers, just rate the statements as you honestly feel or believe. It is important that you answer every item.

	Strongly Disagree						Strongly Agree
	1	2	3	4	5	6	
—							1. If a good friend asked my advice about a serious problem, I would recommend that he/she see a psychologist.
—							2. I would be willing to confide my intimate concerns to a psychologist.
—							3. Seeing a psychologist is helpful when you are going through a difficult time in your life.
—							4. At some future time, I might want to see a psychologist.
—							5. I would feel uneasy going to a psychologist because of what some people might think.
—							6. If I believed I were having a serious problem, my first inclination would be to see a psychologist.
—							7. Because of their training, psychologists can help you find solutions to your problems.
—							8. Going to a psychologist means that I am a weak person.
—							9. Psychologists are good to talk to because they do not blame you for the mistakes you have made.
—							10. Having received help from a psychologist stigmatizes a person’s life.
—							11. There are certain problems that should not be discussed with a stranger such as a psychologist.
—							12. I would see a psychologist if I were worried or upset for a long period of time.
—							13. Psychologists make people feel that they cannot deal with their problems.
—							14. It is good to talk to someone like a psychologist because everything you say is confidential.
—							15. Talking about problems with a psychologist strikes me as a poor way to get rid of emotional conflicts.
—							16. Psychologists provide valuable advice because of their knowledge about human behavior.
—							17. It is difficult to talk about personal issues with highly educated people such as psychologists.
—							18. If I thought I needed psychological help, I would get this help no matter who knew I was receiving assistance.

### 10.17 Anexo E3 – Estrutura Compósita Tridimensional da BAPS-18

Os 18 itens da BAPS agregam-se na seguinte estrutura compósita tridimensional:

Fator compósito	Itens
Intenção de aderir às consultas de psicologia	1, 2, 3, 4, 6 e 12.
Tolerância ao estigma social	5, 8, 10, 11, 13, 15, 17 e 18.
Percepção da competência dos psicólogos	7, 9, 14 e 16.

## 10.18 Anexo F – Questionário Completo (QOPP)



### INTRODUÇÃO

Sou [Jorge Manuel Amaral Ramos](#), aluno (n.º 24121) do 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no [ISPA - Instituto Universitário](#), em Lisboa.

No âmbito da minha dissertação de mestrado, que está a ser orientada pelo [Professor Doutor Daniel Sousa](#), estou a realizar um estudo para obter as **perceções da população em geral sobre a psicologia e os psicólogos portugueses**. Nesse sentido solicito, por favor, a sua colaboração para responder a um questionário.

As suas respostas poderão ser de grande valia, não só para a prática da psicologia clínica como também, para as pessoas que pretendam obter das ciências psicológicas serviços de maior qualidade.

É importante que responda às questões de uma forma **sincera** e não é necessário preocupar-se com eventuais erros ortográficos (desde que se entendam quais são as suas ideias).

#### **Confidencialidade, privacidade e anonimato**

Fique ciente de que a sua participação neste estudo é totalmente voluntária e por isso tem todo o direito de negar a sua participação ou de se retirar dele a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer efeito prejudicial para si.

De acordo com as normas da [Comissão Nacional de Proteção de Dados](#), os seus dados são anónimos e as respostas individuais serão tratadas de forma confidencial e em grupo, ou seja, as suas respostas serão identificadas através de um código, sendo a informação introduzida numa base de dados em conjunto com as respostas dos restantes participantes.

A referida base de dados será guardada durante um período de 5 a 10 anos e as informações recolhidas serão submetidas a um tratamento estatístico global (e nunca individual). Note ainda que a análise dos resultados poderá ser publicada em contextos de natureza científica e/ou pedagógica.

### Contactos dos investigadores responsáveis

Caso queira colocar-nos alguma questão sobre este estudo e/ou sobre a sua participação nele, por favor não hesite em contactar-nos para: [Jorge Ramos](#) (Tel.: 966780033; 217647419) ou para o [Professor Doutor Daniel Sousa](#).

### Concordância em participar no estudo

Caso tenha lido e compreendido as informações acima, bem como, concordado com os parâmetros de confidencialidade, privacidade, anonimato e condições para colaborar com este assunto, por favor, clique no botão que se segue.

Próximo

0%

## Q-INTERGRUPAIS

Seguem-se uma série de **ATRIBUTOS** relacionados com profissionais que prestam serviços de saúde. Requer-se que **classifique cada grupo profissional**, independentemente de já ter tido, ou não, contato direto com os seus serviços.

Por favor responda com o máximo de honestidade.

**VELOCIDADE** (do processo terapêutico, isto é, do percurso entre um problema e uma solução eficaz e duradoura)

Desloque os botões para valores entre **1 = LENTOS** e **7 = RÁPIDOS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*

Enfermeiro	<input type="range"/>
Médicos	<input type="range"/>
Psicólogos Clínicos	<input type="range"/>
Psiquiatras	<input type="range"/>
Terapeutas Alternativos	<input type="range"/>

## SINCERIDADE

Desloque os botões para valores entre **1 = INSINCEROS** e **7 = SINCEROS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*

Enfermeiros

Médicos

Psicólogos  
Clínicos

Psiquiatras

Terapeutas  
Alternativos

## SEGURANÇA (das intervenções efetuadas durante o processo terapêutico)

Desloque os botões para valores entre **1 = PERIGOSOS** e **7 = SEGUROS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*

Enfermeiros

Médicos

Psicólogos  
Clínicos

Psiquiatras

Terapeutas  
Alternativos

## CONFIABILIDADE (das pessoas que, como profissionais, prestam estes serviços)

Desloque os botões para valores entre **1 = INCONFIÁVEIS** e **7 = CONFIÁVEIS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*

Enfermeiros

Médicos

Psicólogos  
Clínicos

Psiquiatras

Terapeutas  
Alternativos

### UTILIDADE (dos serviços que prestam)

Desloque os botões para valores entre **1 = INÚTEIS** e **7 = ÚTEIS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*



### EMOCIONALIDADE (na relação com os utentes / clientes / pacientes)

Desloque os botões para valores entre **1 = FRIOS** e **7 = CALOROSOS**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*



### EFICÁCIA (dos serviços que prestam)

Desloque os botões para valores entre **1 = INEFICAZES** e **7 = EFICAZES**:  
(por favor **assegure-se de que classifica os cinco grupos**) \*



Anterior

Próximo

33%

## Q-SOCIAIS

Qual é o seu **sexo**? \*

- Feminino  
 Masculino

Qual é a sua **idade**? \*

Qual é o seu nível mais alto de **habilitações escolares** (completo)? \*

Qual é a sua **profissão**?

*Se for estudante, por favor indique de que área. \**

Qual é a sua zona de **residência**? \*

Em que **classe social** considera que se insere? \*

Anterior

Próximo

38%



## Q-BAPS

Seguem-se uma série de afirmações **apenas** sobre os serviços de **PSICOLOGIA CLÍNICA**.

Requer-se que **indique** por favor o seu **grau de concordância** com cada afirmação, **independentemente de já ter tido, ou não, contato direto com serviços de psicologia clínica**.

Por favor responda com o máximo de honestidade.

**1. Se um bom amigo me pedisse um conselho sobre um problema sério, recomendar-lhe-ia que consultasse um psicólogo.**

\*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Eu estaria disposto a confidenciar as minhas inquietações íntimas com um psicólogo.** \*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**3. É útil consultar um psicólogo quando se está a passar por um período difícil na vida.** \*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.** \*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**5. Sentir-me-ia desconfortável em ir a um psicólogo devido ao que algumas pessoas podem pensar. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**6. Se me apercebesse de que estava com um problema sério, a minha primeira inclinação seria consultar um psicólogo. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**7. Devido à sua formação, os psicólogos podem ajudar-te a encontrar soluções para os teus problemas. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**9. É bom conversar com os psicólogos porque eles não nos culpam pelos nossos erros. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**10. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**11. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho, como é o caso de um psicólogo. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**12. Eu consultaria um psicólogo se me sentisse preocupado ou aborrecido por um longo período de tempo. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Os psicólogos fazem com que as pessoas se sintam incapazes de lidar com os seus problemas. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**14. É bom conversar com alguém como um psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**15. Conversar sobre problemas com um psicólogo parece-me ser uma forma pouco eficaz de me livrar de conflitos emocionais. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento sobre o comportamento humano. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**17. É difícil falar de problemas pessoais com pessoas altamente escolarizadas, como é o caso dos psicólogos. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**18. Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**19. É benéfico ir ao psicólogo porque eles ajudam-te na tua evolução pessoal. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**20. As consultas de psicologia contribuem para te sentires equilibrado porque para além de conversares sobre os teus problemas, os psicólogos também reconhecem e incentivam os teus aspetos positivos. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**21. Sentir-me-ia bem em consultar um psicólogo se as pessoas entendessem que essas consultas não são apenas para indivíduos com problemas, mas também para quem se interessa pelo seu desenvolvimento pessoal. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**22. Eu iria a um psicólogo se ele tivesse um foco nos meus aspetos positivos e não apenas nos meus problemas pessoais. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**23. É bom consultar um psicólogo porque a sua competência técnica permite-lhes ter uma atitude de não-envolvimento com a tua história de vida. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**24. Se eu tivesse mais disponibilidade financeira, consultaria um psicólogo. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**25. É benéfico consultar um psicólogo porque eles ensinam estratégias para superar as adversidades. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**26. É bom consultar um psicólogo porque ele vai avaliando o progresso da terapia com questionários e/ou perguntando-te como te sentes antes e depois de cada consulta. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

**27. As consultas de psicologia ajudam a resolver os problemas, mas tenho a noção de que eu tenho um papel importante na resolução dos mesmos. \***

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. É muito útil o facto de os psicólogos perguntarem às pessoas o que elas gostaram mais e menos após cada consulta, para irem ajustando as suas intervenções. \*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. É muito importante o facto de se estabelecerem objetivos terapêuticos em conjunto com o psicólogo e de trabalharmos no sentido de os concretizar. \*

1. Discordo completamente	2	3	4	5	6. Concordo completamente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anterior

Próximo

71%

## Q-QUALI

Seguem-se as últimas questões!

**A quantas consultas de psicologia já recorreu?**

(Se nunca recorreu a uma consulta de psicologia, por favor insira o valor 0

Se já recorreu e não se recordar da quantidade exata de consultas, indique um número aproximado) \*

Ainda que nunca tenha recorrido a uma consulta de psicologia, descreva (de uma forma aberta e honesta) quais são para si, os **significados** (positivos e/ou negativos) associados a uma consulta de psicologia, ou seja, quais as **ideias que possui sobre o que é uma consulta de psicologia?** \*

Anterior

Próximo

76%

Por favor descreva: como é que uma consulta de psicologia poderia **motivá-lo a recorrer** (ou a recorrer mais) **a esse serviço?** \*

Anterior

Próximo

81%

O que considera ser **mais importante para si** de maneira a **manter o seu bem-estar psicológico?** \*

Anterior

Próximo

86%

Se nas consultas de psicologia clínica houvesse **também** um foco na avaliação e na ampliação dos seus **aspectos positivos** (ao invés de o psicólogo se focar quase que exclusivamente nos seus problemas) recorreria mais a este serviço? \*

Sim

Não

Por favor refira os principais **argumentos** que sustentam a sua resposta à questão anterior. \*

Anterior

Próximo

90%

Qual é a probabilidade de você **consultar um psicólogo** no futuro? \*

- |                         |                       |                       |                       |                       |                       |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 - Não é nada provável | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6 - É muito provável  |
| <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Chegou ao final. Se ficou interessado nos resultados deste estudo por favor [indique-nos esse interesse por e-mail](#) ou para o telefone 966780033.

Quaisquer comentários e/ou sugestões que queira efetuar sobre este estudo, por favor use o espaço que se segue...

**Resta clicar no botão [Submeter]...**

Muito gratos pela sua colaboração.

Anterior

Submeter

95%

surveygizmo

**Thank You!**

You just completed a free survey powered by SurveyGizmo

Start building your own survey in minutes

START NOW



## 10.19 Anexo G1 – AFC1: Dados Sociodemográficos da Amostra

### Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	63	20,6	20,6	20,6
Feminino	243	79,4	79,4	100,0
Total	306	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	306	19	77	41,92	11,746
Valid N (listwise)	306				

### Habilitações

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	3	1,0	1,0	1,0
9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	11	3,6	3,6	4,6
12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	60	19,6	19,6	24,2
Licenciatura (pós-Bolonha)	54	17,6	17,6	41,8
Licenciatura (pré-Bolonha)	112	36,6	36,6	78,4
Mestrado	52	17,0	17,0	95,4
Doutoramento	14	4,6	4,6	100,0
Total	306	100,0	100,0	

### Zona de Residência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Açores	3	1,0	1,0	1,0
Alentejo	16	5,2	5,2	6,2
Algarve	7	2,3	2,3	8,5
Centro	32	10,5	10,5	19,0
Lisboa	204	66,7	66,7	85,6
Madeira	1	,3	,3	85,9
Norte	43	14,1	14,1	100,0
Total	306	100,0	100,0	

### Classe Social

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baixa	12	3,9	3,9	3,9
Média-Baixa	59	19,3	19,3	23,2
Média	191	62,4	62,4	85,6
Média-Alta	42	13,7	13,7	99,3
Alta	2	,7	,7	100,0
Total	306	100,0	100,0	

## 10.20 Anexo G2 – Limiares Empíricos das Medidas de Ajustamento

Conforme Marôco (2014, p. 55):

<i>Medidas</i>	<i>Limiares empíricos para a interpretação do ajustamento do modelo</i>
$\chi^2/\text{gl}$	< 5 sofrível ( $\leq 2$ bom; $\approx 1$ muito bom).
CFI	$\geq 0.80$ sofrível ( $\geq 0.90$ bom; $\geq 0.95$ muito bom).
GFI	$\geq 0.80$ sofrível ( $\geq 0.90$ bom; $\geq 0.95$ muito bom).
TLI	$\geq 0.80$ sofrível ( $\geq 0.90$ bom; $\geq 0.95$ muito bom).
PGFI	$\geq 0.60$ bom ( $\geq 0.80$ muito bom).
PCFI	$\geq 0.60$ bom ( $\geq 0.80$ muito bom).
RMSEA	$\leq 0.10$ aceitável ( $\leq 0.05$ muito bom)
PCLOSE	$\geq 0.05$

*Notas:*

$\chi^2/\text{gl}$  = Qui-quadrado / graus de liberdade (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977; Carmines & McIver, 1981; Marsh & Hocevar, 1985; Byrne, 1989);

CFI = *Comparative Fit Index* (Bentler, 1990);

GFI = *Goodness of Fit Index* (Jöreskog, & Sörbom, 1984; Tanaka & Huba, 1985);

TLI = *Tucker-Lewis Index* (Bentler & Bonett, 1980; Bollen, 1989);

PGFI = *Parsimony Goodness of Fit Index* (Mulaik, James, Van Alstine, Bennett, Lind, & Stilwell, 1989);

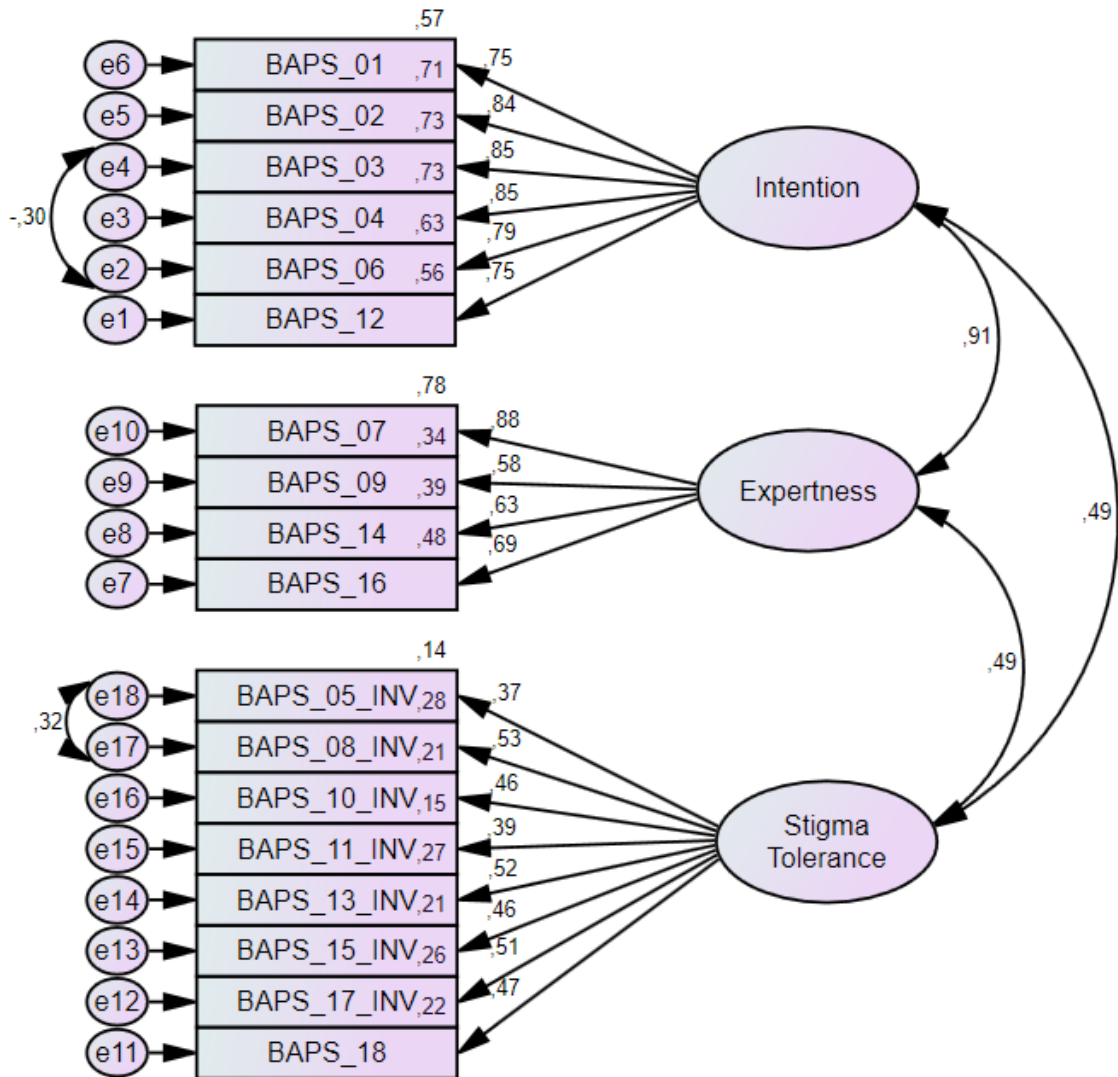
PCFI = *Parsimony Comparative Fit Index* (James, Mulaik, & Brett, 1982);

RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation* (Steiger & Lind, 1980; Browne & Cudeck, 1993);

PCLOSE = *P of Close Fit* (Browne & Cudeck, 1993).

10.21 Anexo G3 – AFC1: Modelo Trifatorial da BAPS-18-PT

Análise Fatorial Confirmatória da BAPS-18-PT  
 $\chi^2(130)=256,274$ ;  $p=,000$ ;  $\chi^2_{df}=1,971$   
 CFI=,946; PCFI=,803; GFI=,913; PGFI=,694  
 TLI=,936; PCFI=,803; RMSEA=,056; PCLOSE(rmsea<=0.05)=,145



## 10.22 Anexo G4 – AFC1: Cálculo da Fidelidade Compósita

<b>Intenção</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_01	0.753	0.567	0.433
BAPS_02	0.841	0.708	0.292
BAPS_03	0.854	0.729	0.271
BAPS_04	0.854	0.729	0.271
BAPS_06	0.794	0.630	0.370
BAPS_12	0.749	0.561	0.439

Sum of std. loadings	4.845
Square of sum of std. loadings	23.474
Sum of error variance	2.076
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.92</b>
	25.550
	0.919

<b>Tolerância ao Estigma</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_05_INV	0.374	0.140	0.860
BAPS_08_INV	0.531	0.282	0.718
BAPS_10_INV	0.461	0.213	0.787
BAPS_11_INV	0.389	0.151	0.849
BAPS_13_INV	0.516	0.267	0.733
BAPS_15_INV	0.462	0.214	0.786
BAPS_17_INV	0.515	0.265	0.735
BAPS_18	0.470	0.221	0.779

Sum of std. loadings	3.718
Square of sum of std. loadings	13.824
Sum of error variance	6.247
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.69</b>
	20.072
	0.69

<b>Percepção da Competência do Psicólogos</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_07	0.885	0.783	0.217
BAPS_09	0.579	0.335	0.665
BAPS_14	0.626	0.392	0.608
BAPS_16	0.690	0.476	0.524

Sum of std. loadings	2.780
Square of sum of std. loadings	7.728
Sum of error variance	2.014
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.79</b>
	9.742
	0.79

<b>Escala Total (BAPS-18)</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_01	0.753	0.567	0.433
BAPS_02	0.841	0.708	0.292
BAPS_03	0.854	0.729	0.271
BAPS_04	0.854	0.729	0.271
BAPS_05_INV	0.374	0.140	0.860
BAPS_06	0.794	0.630	0.370
BAPS_07	0.885	0.783	0.217
BAPS_08_INV	0.531	0.282	0.718
BAPS_09	0.579	0.335	0.665
BAPS_10_INV	0.461	0.213	0.787
BAPS_11_INV	0.389	0.151	0.849
BAPS_12	0.749	0.561	0.439
BAPS_13_INV	0.516	0.267	0.733
BAPS_14	0.626	0.392	0.608
BAPS_15_INV	0.462	0.214	0.786
BAPS_16	0.690	0.476	0.524
BAPS_17_INV	0.515	0.265	0.735
BAPS_18	0.470	0.221	0.779

Sum of std. loadings	11.343
Square of sum of std. loadings	128.664
Sum of error variance	10.337
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.93</b>
	139.001
	0.93

### 10.23 Anexo G5 – AFC1: Cálculo da Variância Média Extraída

<b>Intenção</b>		
Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_01	0.753	0.567
BAPS_02	0.841	0.707
BAPS_03	0.854	0.729
BAPS_04	0.854	0.729
BAPS_06	0.794	0.630
BAPS_12	0.749	0.561

Sum of square of std. loadings	3.924
Number of items	6
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.65</b>

<b>Tolerância ao Estigma</b>		
Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_05_INV	0.374	0.140
BAPS_08_INV	0.531	0.282
BAPS_10_INV	0.461	0.213
BAPS_11_INV	0.389	0.151
BAPS_13_INV	0.516	0.266
BAPS_15_INV	0.462	0.213
BAPS_17_INV	0.515	0.265
BAPS_18	0.470	0.221

Sum of square of std. loadings	1.752
Number of items	8
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.22</b>

<b>Percepção da Competência do Psicólogos</b>		
Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_07	0.885	0.783
BAPS_09	0.579	0.335
BAPS_14	0.626	0.392
BAPS_16	0.690	0.476

Sum of square of std. loadings	1.986
Number of items	4
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.50</b>

## 10.24 Anexo G6 – AFC1: Cálculo da Validade Discriminante

### CORRELAÇÕES

	Intenção	Estigma
Estigma	0.49	
Competência	0.91	0.49

### QUADRADOS DAS CORRELAÇÕES

	Intenção	Estigma	VME
Intenção			0.65
Estigma	0.24		0.22
Competência	0.83	0.24	0.50

### RESULTADOS

	Intenção	Estigma
Estigma	<b>SVD</b>	
Competência	<b>SVD</b>	<b>SVD</b>

Nota: SVD = Sem Validade Discriminante;  
CVD = Com Validade Discriminante

## 10.25 Anexo H1 – AFE1: Análise dos *Outliers* Multivariados

Foi criada uma nova variável (MAH\_1) através de uma regressão linear, onde os 29 itens da BAPS foram introduzidos como variáveis independentes e o código de cada registo foi usado como variável dependente.

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	130,08	549,84	314,06	65,439	305
Std. Predicted Value	-2,811	3,603	,000	1,000	305
Standard Error of Predicted Value	23,502	98,265	55,351	14,345	305
Adjusted Predicted Value	81,07	634,39	313,57	70,759	305
Residual	-343,474	434,054	,000	173,387	305
Std. Residual	-1,884	2,381	,000	,951	305
Stud. Residual	-1,971	2,513	,001	1,003	305
Deleted Residual	-406,282	483,488	,485	193,203	305
Stud. Deleted Residual	-1,981	2,538	,002	1,005	305
Mahal. Distance	4,056	87,332	28,905	15,488	305
Cook's Distance	,000	,046	,004	,006	305
Centered Leverage Value	,013	,287	,095	,051	305

a. Dependent Variable: ID da Resposta

Depois foi computada outra variável (Probablil\_MD\_sig) com o cálculo do valor de significância (com a expressão numérica: sig.CHISQ(MAH\_1, 29) sendo considerada a quantidade de itens BAPS (i.e., 29) como o total de graus de liberdade da função CHISQ) para que cada registo seja, ou não, considerado um *outlier* multivariado (sendo assim considerado se o valor desta nova variável  $< 0.001$ ).

De seguida foi computada mais uma variável (Multiv\_Outliar) com a identificação dos *outliers* multivariados (por via da seguinte expressão numérica: Probablil\_MD\_sig  $< 0.001$ ) que ficaram identificados com o valor 1 (ao passo que os restantes casos ficaram identificados com o valor 0). Ficaram marcados 18 casos como *outliers* multivariados, mas antes de os eliminar, foi verificado o valor de corte, efetuando o seu cálculo em GraphPad Software (2016): com uma probabilidade de 0.001 e 29 graus de liberdade  $\chi^2 = 58.3015$  (valor que correspondeu ao valor de corte apresentado pelos cálculos anteriores), logo, os 18 registos foram eliminados com a segurança de que são *outliers* multivariados.

## 10.26 Anexo H2 – AFE1: Análise da Normalidade Multivariada

Descriptive Statistics

	N	Mean	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
BAPS_01	287	4,44	-,667	,144	-,580	,287
BAPS_02	287	4,69	-1,011	,144	,009	,287
BAPS_03	287	4,84	-1,085	,144	,201	,287
BAPS_04	287	4,24	-,638	,144	-,793	,287
BAPS_05_INV	287	5,46	-2,310	,144	4,995	,287
BAPS_06	287	3,41	,102	,144	-1,130	,287
BAPS_07	287	4,34	-,541	,144	-,533	,287
BAPS_08_INV	287	5,82	-3,322	,144	11,155	,287
BAPS_09	287	4,01	-,357	,144	-1,020	,287
BAPS_10_INV	287	5,39	-2,009	,144	3,247	,287
BAPS_11_INV	287	5,44	-2,348	,144	5,343	,287
BAPS_12	287	4,05	-,370	,144	-,979	,287
BAPS_13_INV	287	5,46	-2,286	,144	4,940	,287
BAPS_14	287	4,58	-,780	,144	-,482	,287
BAPS_15_INV	287	4,84	-1,201	,144	,509	,287
BAPS_16	287	4,30	-,453	,144	-,667	,287
BAPS_17_INV	287	5,46	-2,260	,144	5,276	,287
BAPS_18	287	4,93	-1,319	,144	,737	,287
BAPS_19	287	4,29	-,445	,144	-,741	,287
BAPS_20	287	4,51	-,611	,144	-,452	,287
BAPS_21	287	3,94	-,336	,144	-1,298	,287
BAPS_22_INV	287	3,65	-,107	,144	-1,363	,287
BAPS_23	287	4,43	-,671	,144	-,466	,287
BAPS_24	287	3,80	-,187	,144	-1,441	,287
BAPS_25	287	4,41	-,541	,144	-,599	,287
BAPS_26	287	4,09	-,256	,144	-,614	,287
BAPS_27	287	5,43	-1,995	,144	3,526	,287
BAPS_28	287	4,61	-,725	,144	-,145	,287
BAPS_29	287	5,15	-1,331	,144	1,381	,287
Valid N (listwise)	287					

## 10.27 Anexo H3 – AFE1: Dados Sociodemográficos da Amostra

### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	57	19,9	19,9	19,9
	Feminino	230	80,1	80,1	100,0
	Total	287	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Idade	287	19	77	41,89	11,784	,111	,144	-,302	,287
Valid N (listwise)	287								

### Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	2	,7	,7	,7
	9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	10	3,5	3,5	4,2
	12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	57	19,9	19,9	24,0
	Licenciatura (pós-Bolonha)	50	17,4	17,4	41,5
	Licenciatura (pré-Bolonha)	105	36,6	36,6	78,0
	Mestrado	50	17,4	17,4	95,5
	Doutoramento	13	4,5	4,5	100,0
	Total	287	100,0	100,0	

### Zona de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	3	1,0	1,0	1,0
	Alentejo	13	4,5	4,5	5,6
	Algarve	7	2,4	2,4	8,0
	Centro	28	9,8	9,8	17,8
	Lisboa	194	67,6	67,6	85,4
	Madeira	1	,3	,3	85,7
	Norte	41	14,3	14,3	100,0
	Total	287	100,0	100,0	

### Classe Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	11	3,8	3,8	3,8
	Média-Baixa	55	19,2	19,2	23,0
	Média	180	62,7	62,7	85,7
	Média-Alta	40	13,9	13,9	99,7
	Alta	1	,3	,3	100,0
	Total	287	100,0	100,0	

## 10.28 Anexo H4 – AFE1: Rotações Ortogonais (*Varimax*)

### 10.28.1 MMV: solução inicial

Através do Método da Máxima Verosimilhança (MMV) foram sugeridos quatro fatores, mas cinco itens tinham cargas cruzadas (*cross-loadings*) com diferenças  $\leq 0.2$  (que é o limiar para determinar a eliminação de uma variável; Ferguson & Cox, 1993), bem como cargas fatoriais abaixo do valor mínimo de 0.35 sugerido por Hair *et al.* (2010).

**Rotated Factor Matrix<sup>a</sup>**

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	,856			
BAPS_03	,777	,339		
BAPS_02	,760	,334		
BAPS_01	,687	,337		
BAPS_06	,660	,345		
BAPS_07	,632	,532		
BAPS_12	,560	,471		
BAPS_24	,549	,345		
BAPS_20	,451	,726		
BAPS_19	,509	,699		
BAPS_25	,461	,694		
BAPS_26	,371	,688		
BAPS_16	,379	,628		
BAPS_23	,382	,568		,302
BAPS_14		,533		
BAPS_21		,496		
BAPS_09	,314	,472		
BAPS_22_INV		-,324		
BAPS_05_INV			,593	
BAPS_08_INV			,576	
BAPS_17_INV			,521	
BAPS_10_INV			,468	
BAPS_11_INV			,406	
BAPS_18			,395	
BAPS_13_INV			,356	
BAPS_15_INV			,324	
BAPS_29				,864
BAPS_27				,550
BAPS_28				,531

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

### 10.28.2 MMV: solução final

Um a um, foram eliminados os itens (#15 e #22) com menores cargas fatoriais, mas a solução ficou com 8 cargas cruzadas.

Rotated Factor Matrix<sup>a</sup>

	Factor		
	1	2	3
BAPS_04	,835		
BAPS_03	,803	,330	
BAPS_02	,801		
BAPS_01	,718		
BAPS_06	,683	,319	
BAPS_07	,672	,508	
BAPS_12	,604	,452	
BAPS_24	,547	,352	
BAPS_26	,407	,742	
BAPS_25	,500	,740	
BAPS_20	,529	,690	
BAPS_19	,579	,648	
BAPS_23	,411	,632	
BAPS_16	,429	,604	
BAPS_14	,335	,563	
BAPS_29		,560	,319
BAPS_28		,482	
BAPS_21		,472	
BAPS_27		,447	
BAPS_09	,355	,444	
BAPS_08_INV			,600
BAPS_05_INV			,576
BAPS_17_INV			,524
BAPS_10_INV			,480
BAPS_11_INV			,417
BAPS_18	,310		,389
BAPS_13_INV			,349

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### 10.28.3 FEP: solução inicial

Já a Fatorização dos Eixos Principais (FEP) sugeriu quatro fatores, mas oito itens tinham cargas cruzadas (com diferenças  $\leq 0.2$ ) e um item (#15) tinha uma carga fatorial inferior a 0.35, levando à eliminação deste item.

Rotated Factor Matrix<sup>a</sup>

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	,886			
BAPS_03	,786			
BAPS_02	,777			
BAPS_01	,703			
BAPS_06	,694			
BAPS_07	,680	,476		
BAPS_12	,605	,432		
BAPS_24	,553	,314		
BAPS_20	,520	,672		
BAPS_26	,427	,649		,302
BAPS_25	,521	,640		
BAPS_19	,578	,637		
BAPS_16	,423	,580		
BAPS_23	,430	,543		
BAPS_14	,327	,534		
BAPS_21		,522		
BAPS_09	,346	,460		
BAPS_22_INV		-,396		
BAPS_08_INV			,601	
BAPS_05_INV			,572	
BAPS_17_INV			,529	
BAPS_10_INV			,482	
BAPS_11_INV			,404	
BAPS_18	,320		,384	
BAPS_13_INV			,369	
BAPS_15_INV			,312	
BAPS_29				,862
BAPS_27				,542
BAPS_28		,301		,516

Extraction Method: Principal Axis Factoring.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

### 10.28.4 FEP: solução final

Da solução que se seguiu mantiveram-se oito itens com cargas cruzadas, de onde resultou a eliminação do item com a menor diferença (#19 com uma carga de 0.582 no fator 1 e de 0.632 no fator 2); porém a solução que se seguiu manteve oito itens com cargas cruzadas.

**Rotated Factor Matrix<sup>a</sup>**

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	,889			
BAPS_03	,794			
BAPS_02	,790			
BAPS_01	,712			
BAPS_06	,701			
BAPS_07	,696	,460		
BAPS_12	,619	,414		
BAPS_24	,562			
BAPS_26	,446	,647		
BAPS_20	,546	,628		
BAPS_25	,543	,620		
BAPS_16	,443	,560		
BAPS_23	,448	,537		
BAPS_14	,341	,534		
BAPS_21		,513		
BAPS_09	,359	,469		
BAPS_22_INV		-,410		
BAPS_08_INV			,608	
BAPS_05_INV			,576	
BAPS_17_INV			,539	
BAPS_10_INV			,474	
BAPS_11_INV			,401	
BAPS_18	,332		,390	
BAPS_13_INV			,358	
BAPS_29				,885
BAPS_27				,537
BAPS_28		,313		,496

Extraction Method: Principal Axis Factoring.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

### 10.28.5 MCP: solução inicial

A fatorização através do Método das Componentes Principais (MCP) agregou os fatores Intenção e Competência da BAPS original (mais um do fator Estigma e mais seis itens novos, num total de 17 itens), manteve os restantes sete itens do fator Estigma juntos e sugeriu dois novos fatores; quatro itens tinham cargas cruzadas com diferenças  $\leq 0.2$ .

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
BAPS_04	,867			
BAPS_03	,842			
BAPS_02	,832			
BAPS_07	,812			
BAPS_06	,790			
BAPS_01	,790			
BAPS_19	,773			,326
BAPS_12	,741			
BAPS_20	,732			,350
BAPS_25	,711		,387	,331
BAPS_24	,664			
BAPS_26	,621		,424	,370
BAPS_16	,608			,324
BAPS_23	,600		,375	,300
BAPS_09	,489			,394
BAPS_14	,481			,402
BAPS_15_INV	,385	,340		
BAPS_05_INV		,714		
BAPS_08_INV		,664		
BAPS_17_INV		,636		
BAPS_10_INV		,564		
BAPS_11_INV		,520		
BAPS_18	,402	,423		
BAPS_13_INV		,385		
BAPS_29			,794	
BAPS_28			,740	
BAPS_27			,706	
BAPS_22_INV				-,765
BAPS_21	,322			,640

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### 10.28.6 MCP: solução final

Após eliminação (passo a passo) dos itens mais problemáticos (#9, #14, #15 e #18) a solução manteve agregados os fatores Intenção e Competência (desviando-se do racional teórico subjacente à BAPS original).

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
BAPS_04	,866			
BAPS_03	,847			
BAPS_02	,842			
BAPS_07	,825			
BAPS_01	,795			
BAPS_06	,791			
BAPS_19	,789			
BAPS_12	,754			
BAPS_20	,750	,311		
BAPS_25	,732	,399		
BAPS_24	,671			
BAPS_26	,645	,430		,321
BAPS_16	,627			
BAPS_23	,617	,396		
BAPS_29		,803		
BAPS_28		,743		
BAPS_27		,708		
BAPS_05_INV			,697	
BAPS_17_INV			,679	
BAPS_08_INV			,658	
BAPS_10_INV			,574	
BAPS_11_INV			,563	
BAPS_13_INV			,409	
BAPS_22_INV				-,807
BAPS_21	,348			,704

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

## 10.29 Anexo H5 – AFE1: Rotações Oblíquas (*Promax*)

### 10.29.1 MCP: solução inicial

A fatorização com recurso ao MCP foi a que apresentou a solução menos satisfatória, dado que (à semelhança da rotação *varimax*) apresentou uma estrutura unifatorial para os fatores Intenção e Competência, mais três fatores: Estigma e dois novos.

**Pattern Matrix<sup>a</sup>**

	Component			
	1	2	3	4
BAPS_04	1,057			
BAPS_02	,954			
BAPS_03	,953			
BAPS_01	,927			
BAPS_06	,924			
BAPS_07	,845			
BAPS_12	,758			
BAPS_24	,757			
BAPS_19	,734			
BAPS_20	,648			
BAPS_25	,602			
BAPS_16	,514			
BAPS_23	,471			
BAPS_26	,458			
BAPS_15_INV	,442	,301		
BAPS_09	,398			,373
BAPS_05_INV		,790		
BAPS_08_INV		,654		
BAPS_17_INV		,654		
BAPS_10_INV		,557		
BAPS_11_INV		,529		
BAPS_18	,358	,382		
BAPS_13_INV		,320		
BAPS_29			,902	
BAPS_28			,871	
BAPS_27			,818	
BAPS_22_INV				-,908
BAPS_21				,694
BAPS_14	,303			,340

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### 10.29.2 MCP: solução final

Após a eliminação de um item (#13) que tinha uma carga fatorial inferior a 0.35 e, nas soluções seguintes, de mais três itens que passavam o limiar da diferença da carga cruzada (#14, #15 e #18) este método manteve a suprarreferida proposta unifatorial. A favor desta solução fica porém atribuído o facto de ter apresentado a melhor proporção de variância explicada (62%) nas seis análises efetuadas.

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
BAPS_04	1,032			
BAPS_02	,952			
BAPS_03	,944			
BAPS_01	,917			
BAPS_06	,914			
BAPS_07	,855			
BAPS_12	,774			
BAPS_19	,744			
BAPS_24	,737			
BAPS_20	,667			
BAPS_25	,620			
BAPS_16	,534			
BAPS_23	,494			
BAPS_26	,484			
BAPS_09	,458			
BAPS_29		,913		
BAPS_28		,879		
BAPS_27		,795		
BAPS_05_INV			,769	
BAPS_17_INV			,696	
BAPS_08_INV			,633	
BAPS_11_INV			,557	
BAPS_10_INV			,539	
BAPS_22_INV				-,903
BAPS_21				,759

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

### 10.29.3 MMV: solução inicial

Ficou como a segunda melhor solução a sugerida pelo MMV que apresentou uma solução de quatro fatores, onde ficaram agrupados os três fatores da BAPS original (à exceção do item #7 que se agrupou no fator Intenção ao invés de no fator Competência) e foi sugerido um novo fator (com os novos itens #27, #28 e #29). Os restantes oito itens novos distribuíram-se pelo fator Intenção (onde se agregaram dois) e pelo fator Competência (que ficou com mais seis). Todavia dois itens (#13 e #15) apresentaram cargas fatoriais inferiores a 0.35 e dois itens (#7 e #12) evidenciaram diferenças em cargas cruzadas inferiores a  $\leq 0.2$ .

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	1,082			
BAPS_03	,864			
BAPS_02	,828			
BAPS_01	,733			
BAPS_06	,680			
BAPS_24	,564			
BAPS_07	,503	,414		
BAPS_12	,429	,348		
BAPS_20		,815		
BAPS_26		,775		
BAPS_19		,755		
BAPS_25		,730		
BAPS_16		,730		
BAPS_21		,630		
BAPS_14		,586		
BAPS_23		,565		
BAPS_09		,532		
BAPS_22_INV		-,412		
BAPS_05_INV			,668	
BAPS_08_INV			,595	
BAPS_17_INV			,548	
BAPS_10_INV			,486	
BAPS_11_INV			,413	
BAPS_18			,345	
BAPS_13_INV			,337	
BAPS_15_INV				
BAPS_29				,916
BAPS_27				,553
BAPS_28				,527

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

### 10.29.4 MMV: solução final

Eliminando os quatro suprarreferidos itens (um a um, aferindo as consequências de cada passo) até uma solução final que explica 52% do total da variância e onde o fator Intenção mantém os itens originais (à exceção do #12, mais um dos novos itens, o #24), o fator Competência mantém os itens originais (menos o #7, e sete dos novos onze itens: #19, #20, #21, #22, #23, #25 e #26) e o fator Estigma mantém seis (#5, #8, #10, #11, #17 e #18) dos seus oito fatores originais (portanto perdeu os itens #13 e #15). Para além disso, esta solução ficou sem cargas cruzadas, mas, treze itens ficaram com comunalidades inferiores a 0.50 (o mínimo sugerido por Hair *et al.*, 2010).

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_20	,825			
BAPS_26	,784			
BAPS_19	,778			
BAPS_25	,748			
BAPS_16	,746			
BAPS_21	,612			
BAPS_14	,592			
BAPS_23	,576			
BAPS_09	,547			
BAPS_22_INV	-,392			
BAPS_04		1,018		
BAPS_03		,843		
BAPS_02		,809		
BAPS_01		,701		
BAPS_06		,635		
BAPS_24		,520		
BAPS_05_INV			,685	
BAPS_08_INV			,575	
BAPS_17_INV			,530	
BAPS_10_INV			,456	
BAPS_11_INV			,384	
BAPS_18			,365	
BAPS_29				,943
BAPS_27				,565
BAPS_28				,532

Extraction Method: Maximum Likelihood.  
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Por outro lado, o tamanho da amostra é superior a 250, mas, a média das comunalidades é de 0.52 (um valor inferior a 0.60, o qual legitimaria a extração dos quatro fatores, segundo o critério de Kaiser; Field, 2009).

**Communalities<sup>a</sup>**

	Initial	Extraction
BAPS_01	,618	,607
BAPS_02	,753	,768
BAPS_03	,771	,787
BAPS_04	,756	,806
BAPS_05_INV	,291	<b>,410</b>
BAPS_06	,583	,574
BAPS_08_INV	,310	,345
BAPS_09	,398	,347
BAPS_10_INV	,242	,217
BAPS_11_INV	,210	,166
BAPS_14	,477	<b>,452</b>
BAPS_16	,586	,570
BAPS_17_INV	,260	,273
BAPS_18	,347	,332
BAPS_19	,798	,806
BAPS_20	,796	,805
BAPS_21	,403	,344
BAPS_22_INV	,268	,165
BAPS_23	,605	,581
BAPS_24	,533	<b>,439</b>
BAPS_25	,779	,792
BAPS_26	,721	,706
BAPS_27	,446	<b>,445</b>
BAPS_28	,408	,377
BAPS_29	,613	,914

Extraction Method: Maximum Likelihood.

a. One or more communality estimates greater than 1 were encountered during iterations. The resulting solution should be interpreted with caution.

### 10.30 Anexo H6 – AFE1: Rotações Oblíquas – FEP – Solução Inicial

Pattern Matrix<sup>a</sup>

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	1,157			
BAPS_03	,877			
BAPS_02	,864			
BAPS_01	,770			
BAPS_06	,740			
BAPS_07	,583	,332		
BAPS_24	,569			
BAPS_12	,492			
BAPS_20		,720		
BAPS_26		,694		
BAPS_21		,683		
BAPS_19	,306	,648		
BAPS_16		,636		
BAPS_25		,634		
BAPS_14		,588		
BAPS_22_INV		-,552		
BAPS_23		,527		
BAPS_09		,508		
BAPS_05_INV			,659	
BAPS_08_INV			,633	
BAPS_17_INV			,566	
BAPS_10_INV			,511	
BAPS_11_INV			,417	
BAPS_13_INV			,352	
BAPS_18			,341	
BAPS_15_INV				
BAPS_29				,916
BAPS_27				,546
BAPS_28				,513

Extraction Method: Principal Axis Factoring.  
Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

### 10.31 Anexo H7 – AFE1: Rotações Oblíquas – FEP – Solução Final

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,943
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4790,477
	df	351
	Sig.	,000

#### Communalities

	Initial	Extraction
BAPS_01	,635	,600
BAPS_02	,754	,741
BAPS_03	,772	,752
BAPS_04	,759	,841
BAPS_05_INV	,293	,378
BAPS_06	,611	,599
BAPS_07	,731	,741
BAPS_08_INV	,313	,381
BAPS_09	,421	,372
BAPS_10_INV	,243	,232
BAPS_11_INV	,213	,165
BAPS_12	,643	,625
BAPS_14	,479	,470
BAPS_16	,590	,555
BAPS_17_INV	,262	,286
BAPS_18	,355	,326
BAPS_19	,800	,785
BAPS_20	,804	,783
BAPS_21	,404	,376
BAPS_22_INV	,270	,201
BAPS_23	,606	,583
BAPS_24	,543	,426
BAPS_25	,786	,777
BAPS_26	,721	,706
BAPS_27	,449	,428
BAPS_28	,410	,366
BAPS_29	,618	,949

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

**Total Variance Explained**

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings <sup>a</sup>
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total
1	11,246	41,653	41,653	10,893	40,344	40,344	9,782
2	2,325	8,611	50,265	1,674	6,200	46,544	9,531
3	1,612	5,971	56,236	1,251	4,632	51,177	3,621
4	1,077	3,988	60,223	,625	2,315	53,491	4,762
5	,928	3,437	63,660				
6	,880	3,260	66,921				
7	,837	3,101	70,022				
8	,824	3,053	73,074				
9	,737	2,729	75,804				
10	,687	2,544	78,347				
11	,586	2,172	80,519				
12	,557	2,063	82,582				
13	,529	1,957	84,540				
14	,521	1,930	86,470				
15	,438	1,623	88,093				
16	,418	1,549	89,642				
17	,401	1,485	91,127				
18	,373	1,382	92,509				
19	,339	1,255	93,764				
20	,322	1,193	94,957				
21	,267	,988	95,945				
22	,246	,911	96,856				
23	,226	,837	97,693				
24	,186	,688	98,381				
25	,163	,604	98,986				
26	,146	,540	99,525				
27	,128	,475	100,000				

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. When factors are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

**Pattern Matrix<sup>a</sup>**

	Factor			
	1	2	3	4
BAPS_04	1,149			
BAPS_03	,877			
BAPS_02	,869			
BAPS_01	,769			
BAPS_06	,740			
BAPS_07	,584	,331		
BAPS_24	,567			
BAPS_12	,500			
BAPS_20		,704		
BAPS_26		,692		
BAPS_21		,676		
BAPS_19	,320	,633		
BAPS_25		,630		
BAPS_16		,630		
BAPS_14		,584		
BAPS_22_INV		-,544		
BAPS_23		,523		
BAPS_09		,514		
BAPS_05_INV			,681	
BAPS_08_INV			,621	
BAPS_17_INV			,555	
BAPS_10_INV			,487	
BAPS_11_INV			,388	
BAPS_18			,361	
BAPS_29				,959
BAPS_27				,534
BAPS_28				,504

Extraction Method: Principal Axis Factoring.  
 Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

**Factor Correlation Matrix**

Factor	1	2	3	4
1	1,000	,774	,411	,444
2	,774	1,000	,345	,555
3	,411	,345	1,000	,339
4	,444	,555	,339	1,000

Extraction Method: Principal Axis Factoring.  
 Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.

### 10.32 Anexo H8 – Solução com Quatro Fatores para a BAPS-PT-27

Itens	F1	F2	F3	F4	M	Co.
#4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	1.15				4.24	.84
#3. É útil consultar (...) quando (...) período difícil na vida.	.88				4.84	.75
#2. (...) confidenciar as minhas inquietações íntimas (...).	.87				4.69	.74
#1. Se (...) amigo (...) conselho (...) recomendar-lhe-ia (...).	.77				4.44	.60
#6. Se (...) problema sério (...) inclinação seria consultar (...).	.74				3.41	.60
#7: (...) formação, os psicólogos (...) encontrar soluções (...).	.58				4.34	.74
#24. (...) mais disponibilidade financeira, consultaria (...).	.57				3.80	.43
#12. Eu consultaria (...) preocupado (...) longo período (...).	.50				4.05	.63
#20. (...) contribuem para te sentires equilibrado (...).		.70			4.51	.78
#26. (...) psicólogo (...) vai avaliando o progresso (...).		.69			4.09	.71
#21. (...) se as pessoas entendessem (...) desenvolv. pessoal.		.68			3.94	.38
#19. É benéfico (...) ajudam-te na tua evolução pessoal.		.63			4.29	.79
#25. É benéfico (...) ensinam estratégias (...).		.63			4.41	.78
#16. (...) conselhos valiosos devido ao seu conhecimento (...).		.63			4.30	.56
#14. (...) porque tudo o que se diz é confidencial.		.58			4.58	.47
#22. Eu iria (...) foco (...) positivos e não (...) problemas.		-.54			3.65	.20
#23. (...) atitude de não-envolvimento com a tua história (...).		.53			4.43	.58
#9. (...) porque eles não nos culpam pelos nossos erros.		.51			4.01	.37
#5. (...) desconfortável (...) pessoas podem pensar.			.68		5.46	.38
#8. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.			.62		5.82	.38
#17. É difícil falar de problemas pessoais (...) escolarizadas.			.56		5.46	.29
#10. Ter recebido ajuda (...) estigmatiza a vida de uma pessoa.			.49		5.39	.23
#11. (...) problemas (...) discutidos com um estranho (...).			.39		5.44	.17
#18. (...) ajuda (...) independentemente de quem soubesse (...).			.36		4.93	.33
#29. (...) objetivos terapêuticos em conjunto (...).				.96	5.15	.95
#27. (...) noção de que eu tenho um papel importante (...).				.53	5.43	.43
#28. (...) gostaram mais e menos após cada consulta (...).				.50	4.61	.37
% de variância explicada	40.3	6.2	4.6	0.6		
Consistência interna (Alfa de Cronbach)	.93	.84	.63	.76		

*Notas.* F1 = Fator 1: Intenção de aderir às consultas de psicologia. F2 = Fator 2: Perceção da competência dos psicólogos. F3 = Fator 3: Tolerância ao estigma. F4 = Fator 4: Sentido de colaboração com o trabalho psicoterapêutico. M = Média. Co. = Comunalidades.

### 10.33 Anexo H9 – Análise da Consistência Interna da BAPS-PT-27

#### 10.33.1 Fator 1 – Intenção

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,929	,933	8

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_01	29,38	82,788	,740	,613	,921
BAPS_02	29,13	81,388	,818	,720	,915
BAPS_03	28,98	82,381	,825	,751	,916
BAPS_04	29,58	77,874	,840	,733	,913
BAPS_06	30,40	80,368	,749	,595	,920
BAPS_07	29,47	82,719	,805	,662	,917
BAPS_12	29,77	81,417	,741	,575	,921
BAPS_24	30,01	81,070	,603	,440	,935

#### 10.33.2 Fator 2 – Competência

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,902	,911	10

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_09	37,90	102,217	,556	,356	,899
BAPS_14	37,33	102,522	,643	,454	,893
BAPS_16	37,61	101,995	,696	,542	,890
BAPS_19	37,62	98,103	,807	,766	,882
BAPS_20	37,40	99,333	,823	,776	,882
BAPS_21	37,97	101,016	,524	,355	,903
BAPS_22	38,56	106,898	,360	,244	,914
BAPS_23	37,48	100,467	,713	,545	,888
BAPS_25	37,50	98,286	,822	,755	,882
BAPS_26	37,82	100,864	,786	,682	,885

**10.33.3 Fator 3 – Estigma**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,634	,675	6

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_05_INV	27,03	10,908	,415	,199	,571
BAPS_08_INV	26,68	12,728	,504	,279	,584
BAPS_10_INV	27,10	10,989	,368	,179	,589
BAPS_11_INV	27,06	11,357	,328	,118	,604
BAPS_17_INV	27,04	11,247	,412	,207	,574
BAPS_18	27,57	9,938	,322	,132	,626

**10.33.4 Fator 4 – Colaboração**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,755	,764	3

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_27	9,76	4,409	,551	,393	,712
BAPS_28	10,58	3,615	,519	,315	,769
BAPS_29	10,04	3,677	,710	,517	,530

**10.33.5 Escala Total**

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,936	,933	27

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_01	118,97	495,740	,692	,635	,932
BAPS_02	118,73	491,821	,771	,754	,930
BAPS_03	118,58	493,846	,781	,772	,931
BAPS_04	119,18	488,007	,729	,759	,931
BAPS_06	120,00	490,252	,702	,611	,931
BAPS_07	119,07	491,205	,822	,731	,930
BAPS_12	119,36	488,106	,763	,643	,930
BAPS_24	119,61	492,211	,576	,543	,934
BAPS_09	119,40	499,088	,569	,421	,933
BAPS_14	118,83	500,196	,639	,479	,932
BAPS_16	119,11	498,673	,694	,590	,932
BAPS_19	119,13	487,721	,838	,800	,930
BAPS_20	118,91	491,761	,831	,804	,930
BAPS_21	119,47	504,544	,439	,404	,936
BAPS_22	120,06	516,758	,291	,270	,938
BAPS_23	118,99	494,283	,728	,606	,931
BAPS_25	119,00	489,570	,828	,786	,930
BAPS_26	119,32	496,184	,778	,721	,931
BAPS_05_INV	117,95	540,935	,035	,293	,939
BAPS_08_INV	117,60	537,248	,247	,313	,936
BAPS_10_INV	118,02	533,531	,174	,243	,937
BAPS_11_INV	117,98	532,164	,206	,213	,937
BAPS_17_INV	117,95	533,029	,212	,262	,937
BAPS_18	118,49	510,502	,474	,355	,934
BAPS_27	117,98	519,996	,490	,449	,934
BAPS_28	118,80	518,137	,411	,410	,935
BAPS_29	118,27	515,057	,560	,618	,934

### **10.34 Anexo H10 – Potenciais Novos Itens para o Fator Colaboração da BAPS**

(1) “Para a psicoterapia ser eficaz é necessário colaborar com o trabalho do psicólogo.”;

(2) “Não conseguiria cooperar com um psicólogo porque não gosto de falar do meu passado.”;

(3) “Quando se consulta um psicólogo é muito importante ter uma conversa honesta, não se omitindo factos.”;

(4) “Normalmente relaciono-me bem com as pessoas, por isso seria fácil construir uma boa relação com um psicólogo.”;

(5) “É importante eu confiar no psicólogo, mas também é importante que ele confie em mim.”;

(6) “Colaborar com um psicólogo seria fácil para mim pois sou uma pessoa empenhada em atingir objetivos.”. As pontuações do item 2 serão invertidas e poder-se-á também associar aos fatores Intenção e/ou Estigma.

As pontuações do item 2 serão invertidas e poder-se-á também associar aos fatores Intenção e/ou Estigma.

### **10.35 Anexo H11 – Potenciais Novos Itens para o Fator Estigma da BAPS**

Do estudo de Guest (1948) foi selecionado o item “Psychologists are usually wrapped up in their own ideas and theories and aren't very practical.”, que numa tradução para a língua portuguesa, ajustada ao racional teórico da BAPS, resulta (com potencial agregação também ao fator Competência):

(1) “Os psicólogos não são de grande ajuda porque ficam enredados nas suas próprias ideias e teorias.”.

Com base no trabalho de Ajzen (1991; 2006) foram criados os seguintes itens:

(2) “Não colaboraria com um psicólogo ao ponto de contar-lhe alguns segredos.”;

(3) “Se os meus colegas soubessem que consulto um psicólogo iriam marginalizar-me.”;

(4) “A maioria das pessoas que são importantes para mim, não aprovaria que eu consultasse um psicólogo.”.

O item 2 também se poderá associar ao fator Colaboração. As pontuações destes quatro itens serão invertidas.

### 10.36 Anexo I – Os 21 Novos Itens da Segunda Versão Exploratória da BAPS-PT

#	Inv.	Descrição do Item
19		É benéfico ir aos psicólogos porque eles ajudam-te na tua evolução pessoal.
20		As consultas de psicologia contribuem para te sentires equilibrado porque para além de conversares sobre os teus problemas, os psicólogos também reconhecem e incentivam os teus aspetos positivos.
21	S	Incomoda-me que as pessoas não entendam que também se vai ao psicólogo por uma questão de desenvolvimento pessoal.
22		Não me incomoda nada que o psicólogo aborde sobretudo os meus problemas pessoais.
23		É bom consultar um psicólogo porque a sua competência técnica permite-lhes ter uma atitude de não-envolvimento com a tua história de vida.
24		Se eu tivesse mais disponibilidade financeira, consultaria um psicólogo.
25		É benéfico consultar os psicólogos porque eles ensinam estratégias para superar as adversidades.
26		É bom consultar um psicólogo porque ele vai avaliando o progresso da terapia com questionários e/ou perguntando-te como te sentes antes e depois de cada consulta.
27		As consultas de psicologia ajudam a resolver os problemas, mas tenho a noção de que eu tenho um papel importante na resolução dos mesmos.
28		É muito útil o facto de os psicólogos perguntarem às pessoas o que elas gostaram mais e menos após cada consulta, para irem ajustando as suas intervenções.
29		É muito importante o facto de se estabelecerem objetivos terapêuticos em conjunto com o psicólogo e de trabalharmos no sentido de os concretizar.
30	S	Os psicólogos não são de grande ajuda porque ficam enredados nas suas próprias ideias e teorias.
31		É importante eu confiar no psicólogo, mas também é importante que ele confie em mim.
32	S	A maioria das pessoas que são importantes para mim, não aprovaria que eu consultasse um psicólogo.
33		Para a psicoterapia ser eficaz é necessário colaborar com o trabalho do psicólogo.
34	S	Não conseguiria cooperar com um psicólogo porque não gosto de falar do meu passado.
35		Colaborar com um psicólogo seria fácil para mim pois sou uma pessoa empenhada em atingir objetivos.
36		Normalmente relaciono-me bem com as pessoas, por isso seria fácil construir uma boa relação com um psicólogo.
37	S	Se os meus colegas soubessem que consulto um psicólogo iriam-me marginalizar.
38		Quando se consulta um psicólogo é muito importante ter uma conversa honesta, não se omitindo factos.
39	S	Não colaboraria com um psicólogo ao ponto de contar-lhe alguns segredos.

*Nota.* Inv. = Item invertido (S = Sim). Os itens 19 a 29 já tinham sido usados na 1.ª versão exploratória da BAPS.

### 10.37 Anexo J1 – AFC2: Análise dos *Outliers* Multivariados

Observações mais afastadas do centroide (distância de Mahalanobis)

<i>Observation number</i>	<i>Mahalanobis d-squared</i>	<i>p1</i>	<i>p2</i>	<i>ID SPSS</i>
595	93,795	,000	,000	#570-E2
644	74,171	,000	,000	#644-E2
487	69,298	,000	,000	#351-E2
708	68,374	,000	,000	#776-E2
13	68,048	,000	,000	#39-E1
153	67,447	,000	,000	#298-E1
673	66,790	,000	,000	#696-E2
558	63,302	,000	,000	#499-E2
585	62,953	,000	,000	#549-E2
447	61,044	,000	,000	#279-E2
412	59,452	,000	,000	#219-E2
626	59,301	,000	,000	#621-E2
108	58,277	,000	,000	#221-E1
219	53,774	,000	,000	#410-E1
467	51,965	,000	,000	#315-E2
173	51,594	,000	,000	#328-E1
19	51,401	,000	,000	#52-E1
166	50,081	,000	,000	#319-E1
244	49,935	,000	,000	#509-E1
443	49,562	,000	,000	#273-E2
593	48,089	,000	,000	#567-E2
130	48,069	,000	,000	#263-E1
527	47,710	,000	,000	#426-E2
201	47,401	,000	,000	#375-E1

341	47,390	,000	,000	#75-E2
141	47,163	,000	,000	#277-E1
128	46,989	,000	,000	#259-E1
645	46,645	,000	,000	#647-E2
113	46,208	,000	,000	#227-E1
657	46,044	,000	,000	#673-E2
377	45,919	,000	,000	#135-E2
621	45,577	,000	,000	#613-E2
669	45,544	,000	,000	#691-E2
277	44,806	,000	,000	#616-E1
504	44,562	,000	,000	#387-E2
533	43,274	,001	,000	
255	43,190	,001	,000	
348	42,750	,001	,000	
641	42,500	,001	,000	
489	42,304	,001	,000	
545	42,227	,001	,000	
410	42,137	,001	,000	
484	41,783	,001	,000	
282	41,360	,001	,000	
22	41,056	,001	,000	
402	41,035	,002	,000	
34	40,992	,002	,000	
137	40,955	,002	,000	
259	40,585	,002	,000	
700	39,867	,002	,000	

### 10.38 Anexo J2 – AFC2: Análise da Normalidade Multivariada

#### Assessment of normality (Group number 1)

<i>Variable</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>skew</i>	<i>c.r.</i>	<i>kurtosis</i>	<i>c.r.</i>
BAPS_05_INV	1,000	6,000	-2,550	-27,123	6,148	32,700
<b>BAPS_08_INV</b>	<b>3,000</b>	<b>6,000</b>	<b>-3,832</b>	<b>-40,767</b>	<b>15,670</b>	<b>83,349</b>
BAPS_10_INV	1,000	6,000	-1,892	-20,132	2,797	14,878
BAPS_11_INV	1,000	6,000	-2,313	-24,606	5,339	28,398
BAPS_13_INV	1,000	6,000	-2,260	-24,041	4,873	25,922
BAPS_15_INV	1,000	6,000	-1,057	-11,248	,082	,436
BAPS_17_INV	1,000	6,000	-2,158	-22,955	4,618	24,564
BAPS_18	1,000	6,000	-1,297	-13,798	,580	3,083
BAPS_07	1,000	6,000	-,571	-6,079	-,553	-2,943
BAPS_09	1,000	6,000	-,320	-3,401	-1,054	-5,608
BAPS_14	1,000	6,000	-,735	-7,820	-,622	-3,307
BAPS_16	1,000	6,000	-,417	-4,437	-,765	-4,067
BAPS_01	1,000	6,000	-,521	-5,538	-,780	-4,149
BAPS_02	1,000	6,000	-,859	-9,139	-,357	-1,900
BAPS_03	1,000	6,000	-,908	-9,659	-,241	-1,279
BAPS_04	1,000	6,000	-,468	-4,977	-1,008	-5,360
BAPS_06	1,000	6,000	,126	1,335	-1,137	-6,049
BAPS_12	1,000	6,000	-,317	-3,377	-1,121	-5,962
Multivariate					93,010	45,161

#### BAPS\_08

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo completamente	607	89,4	89,4	89,4
	2	50	7,4	7,4	96,8
	3	13	1,9	1,9	98,7
	4	9	1,3	1,3	100,0
	Total	679	100,0	100,0	

### 10.39 Anexo J3 – AFC2: Dados Sociodemográficos da Amostra

#### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	155	22,8	22,8	22,8
	Feminino	524	77,2	77,2	100,0
	Total	679	100,0	100,0	

#### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	679	19	83	43,61	11,806
Valid N (listwise)	679				

#### Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abaixo da 4.ª Classe	1	,1	,1	,1
	6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	7	1,0	1,0	1,2
	9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	40	5,9	5,9	7,1
	12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	183	27,0	27,0	34,1
	Licenciatura (pós-Bolonha)	105	15,5	15,5	49,6
	Licenciatura (pré-Bolonha)	216	31,8	31,9	81,4
	Mestrado	103	15,2	15,2	96,6
	Doutoramento	23	3,4	3,4	100,0
	Total	678	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		679	100,0		

#### Zona de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	8	1,2	1,2	1,2
	Alentejo	26	3,8	3,8	5,0
	Algarve	20	2,9	2,9	8,0
	Centro	87	12,8	12,8	20,8
	Lisboa	429	63,2	63,2	83,9
	Madeira	7	1,0	1,0	85,0
	Norte	102	15,0	15,0	100,0
	Total	679	100,0	100,0	

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Docentes / Professores	53	7,8	7,8	7,8
Assistentes (diversos)	39	5,7	5,7	13,5
Terapeutas Alternativos / Complementares	33	4,9	4,9	18,4
Reformados	33	4,9	4,9	23,3
Gestores e Gerentes	32	4,7	4,7	28,0
Técnicos (outros)	30	4,4	4,4	32,4
Enfermeiros	28	4,1	4,1	36,5
Estudantes	28	4,1	4,1	40,6
Desempregados	26	3,8	3,8	44,5
Comerciais	26	3,8	3,8	48,3
Administrativos	24	3,5	3,5	51,8
Outros (diversos)	23	3,4	3,4	55,2
Formadores e Educadores	18	2,7	2,7	57,9
Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde	18	2,7	2,7	60,5
Engenheiros	17	2,5	2,5	63,0
Bancários	15	2,2	2,2	65,2
Empresários	15	2,2	2,2	67,5
Esteticistas e Massagistas	14	2,1	2,1	69,5
Advogados e Juristas	13	1,9	1,9	71,4
Escriturários e Secretários	13	1,9	1,9	73,3
Terapeutas da Fala	13	1,9	1,9	75,3
Consultores	12	1,8	1,8	77,0
Funcionários Públicos	12	1,8	1,8	78,8
Assistentes Sociais	11	1,6	1,6	80,4
Contabilistas	10	1,5	1,5	81,9
Médicos	10	1,5	1,5	83,4
Informática e Tecnologias de Informação	10	1,5	1,5	84,8
Trabalhadores Independentes / Liberais	9	1,3	1,3	86,2
Técnicos Superiores	9	1,3	1,3	87,5
Marketing e Publicidade	8	1,2	1,2	88,7
Fisioterapeutas	7	1,0	1,0	89,7
Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)	6	,9	,9	90,6
Finanças e Economistas	6	,9	,9	91,5
Diretores	6	,9	,9	92,3
Arquitetos	6	,9	,9	93,2
Artistas (pintores, músicos e artesãos)	6	,9	,9	94,1
Polícias, Militares e Vigilantes	6	,9	,9	95,0
Linguistas, Tradutores e Intérpretes	5	,7	,7	95,7
Nutricionistas	5	,7	,7	96,5
Auditores	4	,6	,6	97,1
Cabeleireiros	4	,6	,6	97,6
Sociólogos e Antropólogos	4	,6	,6	98,2
Biólogos, Químicos e Bioquímicos	3	,4	,4	98,7
Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros	3	,4	,4	99,1
Jornalistas	3	,4	,4	99,6
Psicoterapeutas	3	,4	,4	100,0
Total	679	100,0	100,0	

**Classe Social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	24	3,5	3,5	3,5
	Média-Baixa	166	24,4	24,4	28,0
	Média	401	59,1	59,1	87,0
	Média-Alta	86	12,7	12,7	99,7
	Alta	2	,3	,3	100,0
	Total	679	100,0	100,0	

#### 10.40 Anexo J4 – AFC2: Primeira Análise da Fidelidade Individual

Os valores dos índices da qualidade global do modelo começaram por ser:  $PGFI = 0.715$ ;  $PCFI = 0.807$ ;  $CFI = 0.936$ ;  $GFI = 0.927$ ;  $TLI = 0.925$  (todos indicando um bom ajustamento);  $RMSEA = 0.061$ ;  $PCLOSE [rmsea \leq 0.05] = 0.001$ ;  $\chi^2/gl = 3.522$  (indicando  $RMSEA$  e  $\chi^2/gl$  um ajustamento aceitável). Devido à baixa fração de variância explicada em alguns itens do fator Estigma (mormente no #5 com  $R^2 = .09$ , portanto muito abaixo do mínimo desejável: .25), uma primeira análise onde foram sendo excluídos (um a um) os itens mais problemáticos (e foram sendo criadas 13 trajetórias intrafatoriais em função dos índices de modificação, com base nas covariâncias) a solução apresentada pelo AMOS sugeria a exclusão do fator Estigma do modelo o que não é conceitualmente aceitável.

Exemplificando, após eliminação do item #5 (que apresentava a fração de variância explicada mais baixa ( $R^2 = .09$ , portanto muito abaixo do mínimo desejável: .25) o AMOS devolveu os seguintes índices de modificação (donde, a primeira TRC: e16 <--> e17):

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e16	<-->	F1	5,235	,082
e16	<-->	Expertness	10,766	-,095
<b>e16</b>	<-->	<b>e17</b>	<b>6,967</b>	<b>,050</b>
e15	<-->	e16	6,912	,103
e13	<-->	F1	9,460	-,141
e13	<-->	Intention	11,625	,141
e13	<-->	e17	5,258	-,056
e13	<-->	e16	4,099	-,125
e13	<-->	e14	4,203	,112
e11	<-->	F1	7,201	-,116
e11	<-->	Expertness	5,457	,083
e10	<-->	F1	4,225	-,059
e10	<-->	e16	6,463	-,098
e8	<-->	F1	8,751	,110
e8	<-->	e11	12,439	,215
e6	<-->	Expertness	4,021	,051

e6	<-->	e7	6,336	,100
e5	<-->	Expertness	6,551	-,059
e5	<-->	e15	5,337	,074
e5	<-->	e10	7,509	-,085
e2	<-->	e10	7,628	,098
e1	<-->	F1	5,666	,088
e1	<-->	Expertness	9,973	,092
e1	<-->	Intention	10,074	-,104
e1	<-->	e8	11,114	,168
e1	<-->	e6	6,101	-,107

Segunda TRC: e15 <--> e16:

			M.I. Par Change	
e16	<-->	F1	4,341	,077
e16	<-->	Expertness	9,663	-,089
<b>e15</b>	<-->	<b>e16</b>	<b>10,046</b>	<b>,124</b>
e13	<-->	F1	9,738	-,146
e13	<-->	Intention	11,251	,139
e11	<-->	F1	6,654	-,113
e11	<-->	Expertness	4,583	,076
e11	<-->	e13	4,111	-,153
e10	<-->	F1	4,356	-,062
e10	<-->	e16	5,965	-,094
e8	<-->	F1	9,359	,117
e8	<-->	e11	12,203	,213
e6	<-->	Expertness	4,043	,051
e6	<-->	e7	6,348	,100
e5	<-->	Expertness	6,637	-,059

e5	<-->	e15	5,328	,074
e5	<-->	e10	7,532	-,085
e2	<-->	e10	7,703	,098
e1	<-->	F1	5,875	,092
e1	<-->	Expertness	9,822	,091
e1	<-->	Intention	10,184	-,105
e1	<-->	e8	11,079	,167
e1	<-->	e6	6,124	-,108

Terceira TRC: e1 <--> e6:

			<i>M.I. Par Change</i>	
e16	<-->	Expertness	9,397	-,087
e13	<-->	F1	9,886	-,150
e13	<-->	Intention	11,040	,137
e13	<-->	e17	4,202	-,049
e11	<-->	F1	6,170	-,110
e11	<-->	e14	4,768	-,114
e11	<-->	e13	5,327	-,173
e10	<-->	F1	4,395	-,063
e10	<-->	e16	5,764	-,091
e8	<-->	F1	9,423	,119
e8	<-->	e11	12,278	,213
e6	<-->	Expertness	4,034	,051
e6	<-->	e7	6,348	,100
e5	<-->	Expertness	6,646	-,059
e5	<-->	e15	5,022	,071
e5	<-->	e10	7,516	-,085
e2	<-->	e10	7,761	,098

e1	<-->	F1	5,941	,094
e1	<-->	Expertness	9,713	,091
e1	<-->	Intention	10,237	-,105
e1	<-->	e8	11,060	,167
<b>e1</b>	<b>&lt;--&gt;</b>	<b>e6</b>	<b>6,140</b>	<b>-,108</b>

Quarta TRC: e11 <--> e13:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e16	<-->	Expertness	9,207	-,086
e13	<-->	F1	9,932	-,150
e13	<-->	Intention	11,013	,138
e13	<-->	e17	4,202	-,049
e11	<-->	F1	6,208	-,110
e11	<-->	e14	4,785	-,115
<b>e11</b>	<b>&lt;--&gt;</b>	<b>e13</b>	<b>5,364</b>	<b>-,174</b>
e10	<-->	F1	4,360	-,063
e10	<-->	e16	5,681	-,091
e8	<-->	F1	9,349	,119
e8	<-->	e11	12,194	,212
e6	<-->	Expertness	4,068	,051
e6	<-->	e7	6,125	,098
e5	<-->	Expertness	6,675	-,059
e5	<-->	e15	4,918	,070
e5	<-->	e10	7,325	-,084
e2	<-->	e10	8,407	,103
e1	<-->	F1	4,978	,085
e1	<-->	Expertness	8,213	,083
e1	<-->	Intention	8,647	-,097

e1	<-->	e8	10,105	,159
e1	<-->	e4	4,609	-,073

Quinta TRC: e11 <--> e14:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e16	<-->	Expertness	9,266	-,086
e15	<-->	e17	4,160	,032
e13	<-->	F1	9,876	-,155
e13	<-->	Intention	10,528	,134
e13	<-->	e17	6,927	-,063
e12	<-->	e17	4,774	,032
e12	<-->	e16	4,504	,079
e11	<-->	F1	5,394	-,105
e11	<-->	e15	4,478	-,100
<b>e11</b>	<-->	<b>e14</b>	<b>7,227</b>	<b>-,139</b>
e10	<-->	F1	4,826	-,070
e10	<-->	e16	5,693	-,091
e8	<-->	F1	10,563	,134
e8	<-->	e11	12,028	,209
e8	<-->	e10	4,062	-,079
e6	<-->	Expertness	4,017	,050
e6	<-->	e7	6,102	,097
e5	<-->	Expertness	6,761	-,060
e5	<-->	e15	4,713	,069
e5	<-->	e10	7,287	-,084
e2	<-->	e10	8,450	,103
e1	<-->	F1	4,994	,091
e1	<-->	Expertness	8,101	,082

e1	<-->	Intention	8,860	-,098
e1	<-->	e8	10,024	,158
e1	<-->	e4	4,650	-,073

Após a criação destas cinco trajetórias o item #10 manteve-se com uma fração da variância explicada muito baixa ( $R^2 = 0.08 < 0.25$ ) e com um peso fatorial também baixo ( $\lambda = 0.28 < 0.50$ ) logo este item foi eliminado e foi efetuada uma sexta TRC: e12 <--> e17:

		<i>M.I. Par Change</i>	
e15	<-->	e17	8,841 ,048
e13	<-->	F1	8,001 -,149
e13	<-->	Intention	9,942 ,129
e13	<-->	e17	7,545 -,067
<b>e12</b>	<-->	<b>e17</b>	<b>10,957 ,050</b>
e8	<-->	F1	12,522 ,156
e8	<-->	e11	12,233 ,209
e5	<-->	e10	7,188 -,083
e2	<-->	e10	8,530 ,103
e1	<-->	Expertness	7,916 ,081
e1	<-->	Intention	8,990 -,098
e1	<-->	e8	9,932 ,157

Sétima TRC: e15 <--> e17:

		<i>M.I. Par Change</i>	
<b>e15</b>	<-->	<b>e17</b>	<b>10,399 ,052</b>
e13	<-->	Intention	7,689 ,112
e12	<-->	e15	9,849 ,098
e8	<-->	F1	14,065 ,169
e8	<-->	e11	12,101 ,207

e5	<-->	e10	7,131	-,083
e2	<-->	e10	8,540	,103
e1	<-->	Expertness	7,892	,081
e1	<-->	Intention	9,046	-,098
e1	<-->	e8	9,870	,157

Oitava TRC: e12 <--> e15:

		<i>M.I. Par Change</i>		
<b>e12</b>	<-->	<b>e15</b>	<b>16,245</b>	<b>,126</b>
e8	<-->	F1	14,504	,176
e8	<-->	e11	12,262	,207

Nona TRC: e14 <--> e17:

		<i>M.I. Par Change</i>		
<b>e14</b>	<-->	<b>e17</b>	<b>5,945</b>	<b>,042</b>
e13	<-->	Intention	5,405	,094
e10	<-->	F1	4,535	-,078
e8	<-->	F1	14,592	,180
e8	<-->	e15	4,084	,082
e8	<-->	e11	12,707	,211
e8	<-->	e10	4,638	-,084
e6	<-->	e7	6,020	,097
e5	<-->	Expertness	6,479	-,058
e5	<-->	e15	5,640	,076
e5	<-->	e10	6,958	-,082
e2	<-->	e10	8,407	,103
e1	<-->	Expertness	8,021	,081
e1	<-->	Intention	8,955	-,098

e1	<-->	e8	9,854	,157
e1	<-->	e4	4,622	-,073

Após a criação de mais quatro trajetórias surgiu o item #11 com uma fração da variância explicada muito baixa ( $R^2 = 0.09 < 0.25$ ) e com um peso fatorial também baixo ( $\lambda = 0.30 < 0.50$ ) logo este item foi eliminado e foi efetuada uma décima TRC: e12 <--> e14:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
<b>e12</b>	<-->	<b>e14</b>	<b>5,973</b>	<b>,083</b>
e10	<-->	F1	4,670	-,080
e8	<-->	F1	14,712	,184
e8	<-->	e11	14,721	,227
e8	<-->	e10	4,621	-,084
e6	<-->	e7	5,985	,096
e5	<-->	Expertness	6,509	-,058
e5	<-->	e10	6,948	-,082
e2	<-->	e10	8,287	,102
e1	<-->	Expertness	8,105	,082
e1	<-->	Intention	8,929	-,097
e1	<-->	e8	9,846	,156
e1	<-->	e4	4,592	-,073

Décima primeira TRC: e8 <--> e10:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e10	<-->	F1	4,651	-,079
e8	<-->	F1	14,099	,178
e8	<-->	e11	14,780	,228
<b>e8</b>	<-->	<b>e10</b>	<b>4,566</b>	<b>-,083</b>
e6	<-->	e7	5,936	,096

e5	<-->	Expertness	6,502	-,058
e5	<-->	e10	6,930	-,082
e2	<-->	e10	8,220	,101
e1	<-->	Expertness	8,215	,082
e1	<-->	Intention	8,821	-,097
e1	<-->	e8	9,861	,157
e1	<-->	e4	4,551	-,073

Após a criação de mais duas trajetórias surgiu o item #8 com uma fração da variância explicada muito baixa ( $R^2 = 0.09 < 0.25$ ) e com um peso fatorial também baixo ( $\lambda = 0.30 < 0.50$ ) logo este item foi eliminado e foi efetuada uma 12.<sup>a</sup> TRC: e1 <--> e4:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e10	<-->	F1	4,373	-,071
e8	<-->	F1	8,926	,131
e8	<-->	e11	12,250	,210
e6	<-->	e7	6,309	,099
e5	<-->	Expertness	6,159	-,056
e5	<-->	e10	6,658	-,080
e2	<-->	e10	7,960	,099
e1	<-->	Expertness	9,341	,086
e1	<-->	Intention	9,524	-,100
e1	<-->	e8	9,406	,152
<b>e1</b>	<-->	<b>e4</b>	<b>4,752</b>	<b>-,074</b>

Décima terceira TRC: e1 <--> e5:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e10	<-->	F1	4,294	-,071
e8	<-->	F1	8,709	,130

e8	<-->	e11	12,073	,209
e6	<-->	e7	6,481	,100
e5	<-->	Expertness	4,018	-,045
e5	<-->	e10	4,756	-,068
e2	<-->	e10	8,010	,100
e1	<-->	Expertness	4,715	,061
e1	<-->	Intention	4,956	-,073
e1	<-->	e8	7,671	,137
<b>e1</b>	<-->	<b>e5</b>	<b>5,499</b>	<b>-,091</b>

Após a criação destas duas últimas trajetórias não foi possível correlacionar mais pares de itens no mesmo fator:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e10	<-->	F1	4,152	-,070
e8	<-->	F1	8,310	,127
e8	<-->	e11	11,671	,205
e6	<-->	e7	6,643	,102
e5	<-->	Expertness	4,964	-,050
e5	<-->	e10	6,070	-,076
e2	<-->	e10	8,164	,101
e1	<-->	e8	6,193	,122

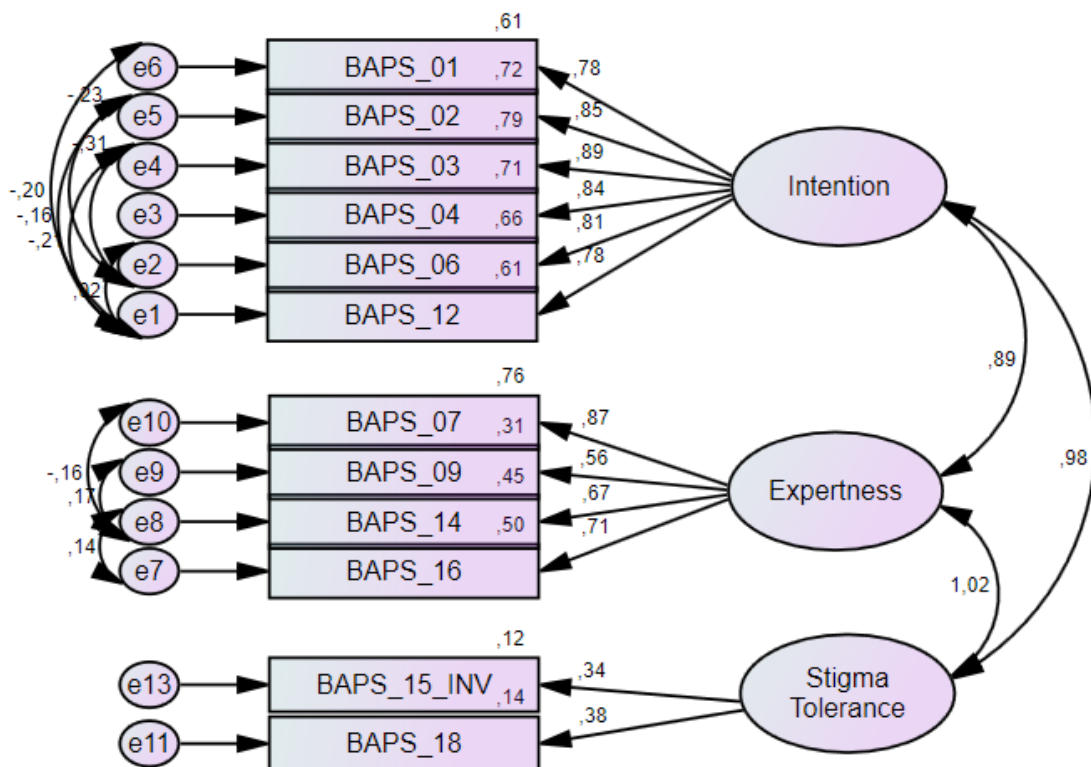
Surgiu depois o item #17 com uma fração da variância explicada muito baixa ( $R^2 = 0.09 < 0.25$ ) e com um peso fatorial também baixo ( $\lambda = 0.18 < 0.50$ ) logo este item foi eliminado. Mas os índices de modificação não sugeriram mais trajetórias intrafatoriais:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e8	<-->	F1	8,405	,127
e8	<-->	e11	11,614	,205

e6 <-->	e7	6,636	,101
e5 <-->	Expertness	4,885	-,049
e5 <-->	e10	6,043	-,076
e2 <-->	e10	8,135	,101
e1 <-->	e8	6,231	,122

E surgiu o item #13 com uma fração da variância explicada baixa ( $R^2 = 0.15 < 0.25$ ) e com um peso fatorial também baixo ( $\lambda = 0.39 < 0.50$ ) logo este item também foi eliminado. Mas os índices de modificação não sugeriram mais trajetórias intrafatoriais. Ficaram então no fator Tolerância o Estigma apenas dois itens (#15 e #18), mas com baixas variâncias explicadas (0.12 e 0.14) e com baixos pesos fatoriais (0.34 e 0.38). Portanto esta solução, ao sugerir a eliminação do fator Estigma, não é conceitualmente aceitável.

Confirmatory Factor Analysis BAPS-12-PT  
 $\chi^2(42)=86,783$ ;  $p=,000$ ;  $\chi^2_{df=2},066$   
 CFI=,990; GFI=,979; TLI=,985; PGFI=,527; PCFI=,630  
 ;RMSEA=,040;  $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,923$



Segue-se a evolução dos índices de ajustamento (com sombreado naqueles que pioraram face aos valores prévios) na sequência dos passos suprarreferidos neste anexo.

		Índices de Ajustamento							
LIM	TRC	$\chi^2$ /gl	CFI	GFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
Valores prévios		2.653	.960	.948	.951	.688	.778	.049	.552
4	e16 <--> e17	2.657	.964	.953	.955	.679	.773	.049	.541
4	e15 <--> e16	2.580	.996	.955	.957	.674	.767	.048	.647
4	e1 <--> e6	2.538	.967	.956	.958	.668	.761	.048	.701
4	e11 <--> e13	2.487	.969	.955	.960	.662	.755	.047	.761
4	e11 <--> e14	2.386	.971	.657	.963	.657	.750	.045	.859
7	e12 <--> e17	2.342	.975	.962	.937	.644	.740	.044	.575
7	e15 <--> e17	2.240	.977	.964	.970	.638	.733	.043	.933
11	e12 <--> e15	2.022	.982	.968	.975	.633	.728	.039	.989
4	e14 <--> e17	1.964	.983	.969	.977	.627	.721	.038	.994
4	e12 <--> e14	1.832	.987	.973	.982	.608	.705	.035	.997
4	e8 <--> e10	1.764	.988	.975	.983	.601	.696	.034	.999
4	e1 <--> e4	1.803	.989	.977	.984	.577	.674	.034	.995
4	e1 <--> e5	1.690	.991	.979	.987	.569	.664	.032	.998
Eliminação do #17		1.836	.991	.979	.986	.549	.648	.035	.998
Eliminação do #13		2.066	.990	.979	.985	.527	.630	.040	.923

Notas: LIM = Limiar do índice de modificação. TRC = Trajetória criada.  $\chi^2$ /gl = Qui-quadrado / graus de Liberdade. CFI = Comparative Fit Index. GFI = Goodness of Fit Index. TLI = Tucker-Lewis Index. PGFI = Parsimony Goodness of Fit Index. PCFI = Parsimony Comparative Fit Index. RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation. PCLOSE = P of Close Fit.

## 10.41 Anexo J5 – AFC2: BAPS-PT-15

Testou-se nesta análise a eliminação simultânea dos três itens mais problemáticos (da análise anterior), e criaram-se novas trajetórias. Mas não se observaram aumentos significativos nos índices de qualidade do ajustamento do modelo:  $PGFI = 0.621$  e  $PCFI = 0.720$  (desceram mas mantiveram a indicação de um bom ajustamento);  $CFI = 0.982$ ,  $GFI = 0.968$ ,  $TLI = 0.975$ ,  $RMSEA = 0.041$ ;  $PCLOSE$  [ $rmsea \leq 0.05$ ] =  $0.953$  (subiram mas mantiveram a indicação de um ajustamento muito bom); o índice  $\chi^2/gl = 2.434$  manteve a indicação de aceitável. Surgiu porém outro item (#8) com uma fração de variância explicada ( $R^2 = 0.21$ ) inferior a 0.25.

Segue-se a evolução dos índices de ajustamento (com sombreado naqueles que pioraram face aos valores prévios) na sequência dos passos que se apresentam a seguir.

		Índices de Ajustamento							
LIM	TRC	$\chi^2/gl$	CFI	GFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
<b>Valores prévios:</b>		<b>2.653</b>	<b>.960</b>	<b>.948</b>	<b>.951</b>	<b>.688</b>	<b>.778</b>	<b>.049</b>	<b>.552</b>
Eliminação dos itens #5, #10 e #15		2.491	.975	.962	.968	.650	.752	.047	.725
4	e1 <--> e6	2.434	.976	.964	.969	.642	.744	.046	.781
4	e1 <--> e4	2.379	.977	.965	.970	.635	.735	.045	.828
4	e11 <--> e14	2.306	.979	.966	.972	.628	.727	.044	.880
<b>4</b>	<b>e11 &lt;--&gt; e15</b>	<b>2.151</b>	<b>.982</b>	<b>.968</b>	<b>.975</b>	<b>.621</b>	<b>.720</b>	<b>.041</b>	<b>.953</b>
4	e12 <--> e17	2.058	.983	.970	.977	.614	.712	.039	.976

Notas: LIM = Limiar do índice de modificação. TRC = Trajetória criada.  $\chi^2/gl$  = Qui-quadrado / graus de Liberdade. CFI = *Comparative Fit Index*. GFI = *Goodness of Fit Index*. TLI = *Tucker-Lewis Index*. PGFI = *Parsimony Goodness of Fit Index*. PCFI = *Parsimony Comparative Fit Index*. RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*. PCLOSE = *P of Close Fit*.

Primeira TRC: e1 <--> e6):

		<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e11 <-->	F1	6,184	-,115

e11	<-->	e14	4,381	-,110
e10	<-->	e12	4,027	-,060
e8	<-->	F1	9,419	,126
e8	<-->	e11	12,270	,213
e6	<-->	Expertness	4,055	,051
e6	<-->	e7	6,369	,100
e5	<-->	Expertness	6,653	-,059
e5	<-->	e15	5,889	,078
e5	<-->	e10	7,618	-,086
e2	<-->	e10	7,770	,098
e1	<-->	F1	6,523	,104
e1	<-->	Expertness	9,579	,090
e1	<-->	Intention	9,951	-,104
e1	<-->	e8	11,080	,167
<b>e1</b>	<-->	<b>e6</b>	<b>6,101</b>	<b>-,107</b>

Segunda TRC: e1 <--> e4:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e11	<-->	F1	6,218	-,115
e11	<-->	e14	4,405	-,111
e8	<-->	F1	9,353	,125
e8	<-->	e11	12,180	,212
e6	<-->	Expertness	4,076	,051
e6	<-->	e7	6,145	,098
e5	<-->	Expertness	6,681	-,059
e5	<-->	e15	5,784	,078
e5	<-->	e10	7,423	-,085
e2	<-->	e10	8,428	,103

e1	<-->	F1	5,573	,095
e1	<-->	Expertness	8,087	,082
e1	<-->	Intention	8,426	-,096
e1	<-->	e8	10,139	,159
<b>e1</b>	<-->	<b>e4</b>	<b>4,548</b>	<b>-,073</b>

Terceira TRC: e11 <--> e14:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e11	<-->	F1	6,249	-,115
<b>e11</b>	<-->	<b>e14</b>	<b>4,437</b>	<b>-,111</b>
e8	<-->	F1	9,222	,124
e8	<-->	e11	12,083	,211
e8	<-->	e10	4,189	-,080
e6	<-->	Expertness	4,550	,053
e6	<-->	e7	6,365	,100
e5	<-->	Expertness	4,344	-,048
e5	<-->	e15	5,674	,077
e5	<-->	e10	5,292	-,072
e2	<-->	e10	8,491	,103
e1	<-->	F1	4,984	,090
e1	<-->	Intention	4,393	-,069
e1	<-->	e8	9,355	,152
e1	<-->	e5	4,950	-,087

Quarta TRC: e11 <--> e15:

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e15	<-->	e17	4,293	,033
<b>e11</b>	<-->	<b>e15</b>	<b>6,659</b>	<b>-,123</b>

e10	<-->	e12	4,128	-,061
e8	<-->	F1	11,075	,148
e8	<-->	e11	12,168	,210
e8	<-->	e10	4,398	-,082
e6	<-->	Expertness	4,559	,053
e6	<-->	e7	6,364	,100
e5	<-->	Expertness	4,314	-,048
e5	<-->	e15	5,627	,077
e5	<-->	e10	5,228	-,071
e2	<-->	e10	8,518	,103
e1	<-->	F1	4,788	,096
e1	<-->	Intention	4,486	-,070
e1	<-->	e8	9,256	,151
e1	<-->	e5	5,020	-,087

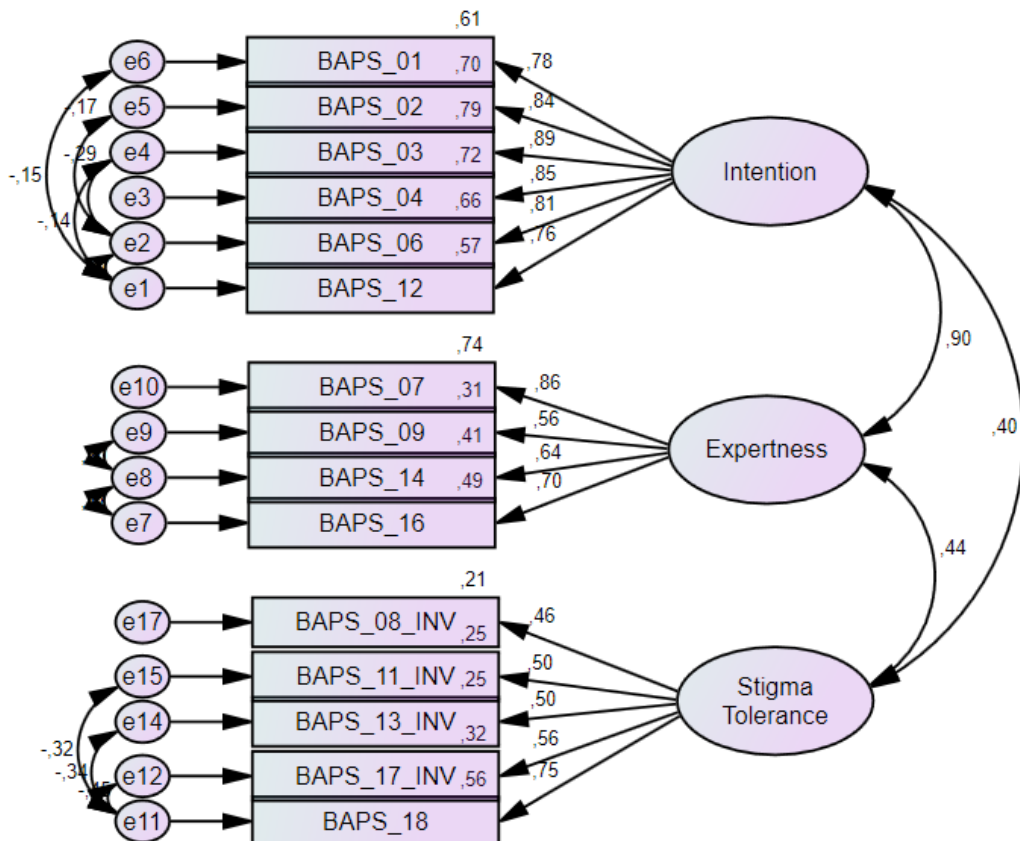
Quinta TRC: e12 <--> e17:

			<i>M.I. Par Change</i>	
<b>e12</b>	<b>&lt;--&gt;</b>	<b>e17</b>	<b>5,376</b>	<b>,034</b>
e11	<-->	e17	4,313	-,047
e10	<-->	F1	4,225	-,078
e10	<-->	e12	4,017	-,060
e8	<-->	F1	14,999	,189
e8	<-->	Expertness	4,038	-,057
e8	<-->	e15	4,254	,083
e8	<-->	e11	13,491	,218
e8	<-->	e10	4,824	-,086
e6	<-->	Expertness	4,563	,053
e6	<-->	e7	6,367	,100

e5	<-->	Expertness	4,610	-,049
e5	<-->	e15	6,105	,080
e5	<-->	e10	5,398	-,072
e2	<-->	e10	8,590	,104
e1	<-->	F1	5,030	,108
e1	<-->	Intention	4,604	-,071
e1	<-->	e8	9,114	,150
e1	<-->	e5	5,135	-,088

Com esta quinta TRC (e12 <--> e17) o item #8 passaria de uma fração da variância explicada ( $R^2 = 0.21$ ) perto do limiar desejável ( $\geq 0.25$ ) e de um peso fatorial ( $\lambda = 0.46$ ) também perto do desejável ( $\lambda \geq 0.5$ ), para um  $R^2 = 0.17$  e  $\lambda = 0.41$ . Portanto a solução sem a 5.<sup>a</sup> TRC parece ser a melhor, logo, a análise deu-se por concluída.

Confirmatory Factor Analysis BAPS-15-PT  
 $X^2(77)=165,632$ ;  $p=,000$ ;  $x2df=2,151$   
 $CFI=,982$ ;  $GFI=,968$ ;  $TLI=,975$ ;  $PGFI=,621$ ;  $PCFI=,720$   
 $;RMSEA=,041$ ;  $P(rmsea \leq 0.05)=,953$



## 10.42 Anexo J6 – AFC2: BAPS-PT-14

Segue-se a evolução dos índices de ajustamento (com sombreado naqueles que pioraram face aos valores prévios) na sequência dos passos que se apresentam a seguir (os quais dão sequência aos do Anexo J5).

		Índices de Ajustamento							
LIM	TRC	$\chi^2/gf$	CFI	GFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
<b>Valores iniciais</b>		<b>2.653</b>	<b>.960</b>	<b>.948</b>	<b>.951</b>	<b>.688</b>	<b>.778</b>	<b>.049</b>	<b>.552</b>
<b>Solução com 15 itens</b>		<b>2.151</b>	<b>.982</b>	<b>.968</b>	<b>.975</b>	<b>.621</b>	<b>.720</b>	<b>.041</b>	<b>.953</b>
Eliminação do item #8		2.217	.985	.972	.978	.593	.692	.041	.945
4	e8 <--> e10	2.040	.986	.974	.980	.584	.683	.039	.968

Notas: LIM = Limiar do índice de modificação. TRC = Trajetória criada.  $\chi^2/gf$  = Qui-quadrado / graus de Liberdade. CFI = *Comparative Fit Index*. GFI = *Goodness of Fit Index*. TLI = *Tucker-Lewis Index*. PGFI = *Parsimony Goodness of Fit Index*. PCFI = *Parsimony Comparative Fit Index*. RMSEA = *Root Mean Square Error of Approximation*. PCLOSE = *P of Close Fit*.

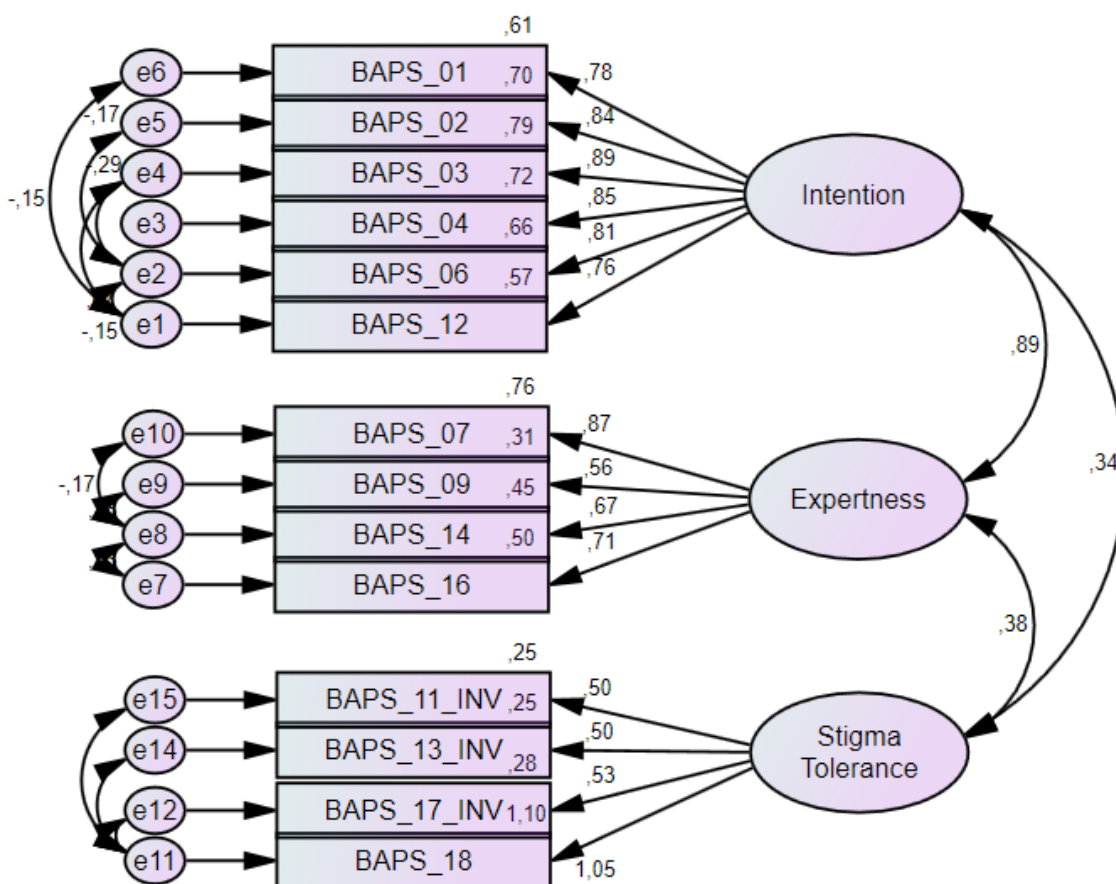
TRC: e8 <--> e10):

		<i>M.I. Par Change</i>	
e10	<--> F1	4,072	-,086
e8	<--> F1	17,473	,231
e8	<--> Expertness	4,260	-,059
e8	<--> e11	12,160	,209
<b>e8</b>	<b>&lt;--&gt; e10</b>	<b>5,102</b>	<b>-,088</b>
e6	<--> Expertness	4,381	,052
e6	<--> e7	6,305	,099
e5	<--> Expertness	4,602	-,049
e5	<--> e15	5,937	,079
e5	<--> e10	5,382	-,072
e2	<--> e10	8,485	,103

e1	<--> F1	4,511	,116
e1	<--> Intention	4,606	-,071
e1	<--> e8	9,053	,149
e1	<--> e5	5,144	-,088

Embora a trajetória e1 <--> e5 tenha apresentado um índice (5.144) superior à trajetória e1 <--> e5 (5.102) ao ser testado o modelo com o estabelecimento da primeira trajetória o item #13 apresentava um R2 = 0.24, daí que se tenha optado pela segunda trajetória, onde o mesmo item (#13) já apresentou uma fração de variância explicada de 0.25.

Confirmatory Factor Analysis BAPS-14-PT  
 $\chi^2(63)=128,497$ ;  $p=,000$ ;  $\chi^2df=2,040$   
 CFI=,986; GFI=,974; TLI=,980; PGFI=,584; PCFI=,683  
 RMSEA=,039;  $P(\text{rmsea} \leq 0.05)=,968$



### 10.43 Anexo J7 – AFC2: BAPS-PT-18

Esta análise foi feita de forma incremental, ou seja, por cada trajetória criada foram observados os índices de ajustamento a fim de aferir se essa trajetória contribui para a melhoria desses mesmos índices. O limiar inicial para os índices de modificação foi de 11 (conforme Marôco, 2014) mas sendo 4 o valor recomendado por Arbuckle, 2009, este limiar foi sendo diminuído (primeiro para 7 e depois para 4) a fim de chegar ao melhor ajustamento possível com o menor número de trajetórias.

Seguem-se numa primeira tabela os valores dos índices de ajustamento iniciais e os índices após a criação de trajetórias (a sombreado aqueles que não melhoraram) e nas tabelas seguintes a sequência de trajetórias sugeridas pelo AMOS.

		Índices de Ajustamento							
LIM	TRC	$\chi^2/gf$	CFI	GFI	TLI	PGFI	PCFI	RMSEA	PCLOSE
Valores iniciais		3.522	.936	.927	.925	.715	.807	.061	.001
11	e17 <--> e18	3.343	.941	.932	.931	.714	.805	.059	.009
11	e1 <--> e2	3.206	.945	.936	.935	.711	.803	.057	.029
11	e8 <--> e9	3.070	.948	.939	.939	.708	.800	.055	.079
11	e7 <--> e8	2.953	.952	.942	.942	.705	.796	.054	.162
11	e2 <--> e4	2.853	.955	.944	.945	.701	.792	.052	.268
7	e11 <--> e18	2.788	.956	.945	.947	.696	.788	.051	.353
7	e2 <--> e5	2.704	.959	.947	.950	.692	.783	.050	.475
4	e11 <--> e12	2.653	.960	.948	.951	.688	.778	.049	.552

Notas: LIM = Limiar do índice de modificação. TRC = Trajetória criada.  $\chi^2/gf$  = Qui-quadrado / graus de Liberdade. CFI = Comparative Fit Index. GFI = Goodness of Fit Index. TLI = Tucker-Lewis Index. PGFI = Parsimony Goodness of Fit Index. PCFI = Parsimony Comparative Fit Index. RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation. PCLOSE = P of Close Fit.

Primeira TRC: e17 <--> e18

		<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>	
<b>e17</b>	<b>&lt;--&gt;</b>	<b>e18</b>	<b>21,439</b>	<b>,072</b>
e14	<-->	e18	11,969	-,127
e13	<-->	Intention	12,644	,155
e8	<-->	e11	11,221	,209
e8	<-->	e10	13,973	-,150
e8	<-->	e9	19,652	,281
e7	<-->	e8	11,507	,160
e2	<-->	Expertness	15,818	,111
e2	<-->	e10	20,177	,168
e2	<-->	e4	18,244	-,141
e1	<-->	e8	11,333	,175
e1	<-->	e6	13,778	-,163
e1	<-->	e2	19,999	,212

Segunda TRC: e1 <--> e2

		<i>MI</i>	<i>Par Change</i>	
e13	<-->	Intention	11,516	,146
e8	<-->	e11	11,079	,208
e8	<-->	e10	14,055	-,151
e8	<-->	e9	19,590	,280
e7	<-->	e8	11,372	,159
e2	<-->	Expertness	15,700	,111
e2	<-->	e10	20,198	,168
e2	<-->	e4	18,210	-,141
e1	<-->	e8	11,245	,175
e1	<-->	e6	13,780	-,163

<b>e1</b>	<-->	<b>e2</b>	<b>19,942</b>	<b>,212</b>
-----------	------	-----------	---------------	-------------

Terceira TRC: e8 <--> e9

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e13	<-->	Intention	11,427	,145
e8	<-->	e11	11,198	,209
e8	<-->	e10	13,826	-,150
<b>e8</b>	<-->	<b>e9</b>	<b>19,783</b>	<b>,282</b>
e7	<-->	e8	11,098	,157
e2	<-->	Expertness	16,417	,113
e2	<-->	e10	23,423	,179
e2	<-->	e4	11,559	-,110
e1	<-->	e8	12,657	,183

Quarta TRC: e7 <--> e8

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e13	<-->	Intention	11,772	,146
e8	<-->	e11	12,910	,222
<b>e7</b>	<-->	<b>e8</b>	<b>16,387</b>	<b>,189</b>
e2	<-->	Expertness	16,958	,115
e2	<-->	e10	23,452	,178
e2	<-->	e4	11,752	-,111

Quinta TRC: e2 <--> e4

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e13	<-->	Intention	11,781	,146
e8	<-->	e11	12,800	,218
e2	<-->	Expertness	19,199	,120

e2	<-->	Intention	12,372	-,109
e2	<-->	e10	22,109	,171
<b>e2</b>	<-->	<b>e4</b>	<b>12,259</b>	<b>-,113</b>
e1	<-->	e8	11,078	,167

Sexta TRC: e11 <--> e18

		<i>M.I. Par Change</i>		
e18	<-->	Intention	7,928	-,077
e16	<-->	Expertness	10,828	-,095
e13	<-->	F1	8,926	-,132
e13	<-->	Intention	12,081	,146
e11	<-->	F1	8,508	-,122
<b>e11</b>	<-->	<b>e18</b>	<b>10,137</b>	<b>,158</b>
e11	<-->	e12	7,035	-,121
e8	<-->	F1	8,215	,102
e8	<-->	e11	12,839	,219
e5	<-->	e10	7,623	-,087
e2	<-->	Expertness	9,844	,084
e2	<-->	e10	14,872	,138
e2	<-->	e5	9,703	-,114
e1	<-->	Expertness	7,611	,081
e1	<-->	Intention	8,019	-,094
e1	<-->	e8	11,318	,169
e1	<-->	e6	7,540	-,119

Sétima TRC: e2 <--> e5

		<i>M.I. Par Change</i>		
e18	<-->	Intention	8,377	-,078

e16	<-->	Expertness	10,613	-,094
e13	<-->	F1	9,087	-,130
e13	<-->	Intention	11,656	,143
e11	<-->	F1	10,510	-,132
e8	<-->	F1	8,034	,099
e8	<-->	e11	12,760	,216
e5	<-->	e10	7,577	-,086
e2	<-->	Expertness	9,812	,084
e2	<-->	e10	14,856	,138
<b>e2</b>	<-->	<b>e5</b>	<b>9,711</b>	<b>-,114</b>
e1	<-->	Expertness	7,642	,081
e1	<-->	Intention	8,073	-,094
e1	<-->	e8	11,316	,169
e1	<-->	e6	7,541	-,119

Oitava TRC: e11 <--> e12

			<i>M.I.</i>	<i>Par Change</i>
e18	<-->	F1	4,066	,057
e18	<-->	Intention	8,418	-,078
e16	<-->	F1	4,871	,074
e16	<-->	Expertness	10,886	-,095
e15	<-->	e18	4,958	,072
e15	<-->	e16	5,274	,090
e13	<-->	F1	9,176	-,130
e13	<-->	Intention	11,878	,143
e13	<-->	e17	4,248	-,048
e13	<-->	e16	4,907	-,137
e11	<-->	F1	10,587	-,133

e11	<-->	Expertness	6,440	,089
e11	<-->	Intention	4,806	,087
<b>e11</b>	<-->	<b>e12</b>	<b>6,889</b>	<b>-,119</b>
e10	<-->	e16	6,570	-,099
e8	<-->	F1	8,030	,099
e8	<-->	e11	12,701	,216
e6	<-->	Expertness	4,007	,051
e6	<-->	e7	6,332	,100
e5	<-->	Expertness	6,515	-,059
e5	<-->	e15	5,472	,074
e5	<-->	e10	7,532	-,085
e2	<-->	e10	7,603	,097
e1	<-->	F1	5,403	,081
e1	<-->	Expertness	10,067	,093
e1	<-->	Intention	9,908	-,104
e1	<-->	e8	11,148	,168
e1	<-->	e6	6,076	-,107

#### 10.44 Anexo J8 – AFC2: Fidelidade Compósita da BAPS-PT-18

Os valores das cargas fatoriais estandardizadas (*Std. loadings*) foram obtidos no AMOS em [*Amos Output > Estimates > Scalars > Standardized Regression Weights*]. Os valores das variâncias explicadas (*Var. explained*) foram obtidos no AMOS em [*Amos Output > Estimates > Scalars > Squared Multiple Correlations*].

Os cálculos foram efetuados no programa *Microsoft Excel*, de acordo com Fornell e Larker (1981); Bacon e Sauer (1995).

<b>Intenção</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_01	0.781	0.611	0.389
BAPS_02	0.842	0.708	0.292
BAPS_03	0.885	0.783	0.217
BAPS_04	0.853	0.727	0.273
BAPS_06	0.810	0.657	0.343
BAPS_12	0.730	0.532	0.468

Sum of std. loadings	4.901
Square of sum of std. loadings	24.020
Sum of error variance	1.982
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.92</b>
	26.001
	0.92

<b>Tolerância ao Estigma</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_05_INV	0.304	0.092	0.908
BAPS_08_INV	0.556	0.309	0.691
BAPS_10_INV	0.390	0.152	0.848
BAPS_11_INV	0.487	0.237	0.763
BAPS_13_INV	0.467	0.219	0.781
BAPS_15_INV	0.341	0.116	0.884
BAPS_17_INV	0.567	0.322	0.678
BAPS_18	0.501	0.251	0.749

Sum of std. loadings	3.613
Square of sum of std. loadings	13.054
Sum of error variance	6.302
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.67</b>
	19.356
	0.67

<b>Percepção da Competência do Psicólogos</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_07	0.862	0.744	0.256
BAPS_09	0.556	0.309	0.691
BAPS_14	0.632	0.400	0.600
BAPS_16	0.703	0.494	0.506

Sum of std. loadings	2.753
Square of sum of std. loadings	7.579
Sum of error variance	2.053
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.79</b>
	9.633
	0.79

<b>Escala Total (BAPS-18)</b>			
Item	Std. loadings	Var. explained	Error var.
BAPS_01	0.781	0.611	0.389
BAPS_02	0.842	0.708	0.292
BAPS_03	0.885	0.783	0.217
BAPS_04	0.853	0.727	0.273
BAPS_05_INV	0.304	0.092	0.908
BAPS_06	0.810	0.657	0.343
BAPS_07	0.862	0.744	0.256
BAPS_08_INV	0.556	0.309	0.691
BAPS_09	0.556	0.309	0.691
BAPS_10_INV	0.390	0.152	0.848
BAPS_11_INV	0.487	0.237	0.763
BAPS_12	0.730	0.532	0.468
BAPS_13_INV	0.467	0.219	0.781
BAPS_14	0.632	0.400	0.600
BAPS_15_INV	0.341	0.116	0.884
BAPS_16	0.703	0.494	0.506
BAPS_17_INV	0.567	0.322	0.678
BAPS_18	0.501	0.251	0.749

Sum of std. loadings	11.267
Square of sum of std. loadings	126.945
Sum of error variance	10.337
<b>Composite Reliability</b>	<b>0.92</b>
	137.283
	0.92

## 10.45 Anexo J9 – AFC2: Validade Convergente da BAPS-PT-18

### **Intenção**

Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_01	0.781	0.610
BAPS_02	0.842	0.709
BAPS_03	0.885	0.783
BAPS_04	0.853	0.728
BAPS_06	0.810	0.656
BAPS_12	0.730	0.533

Sum of square of std. loadings	4.019
Number of items	6
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.67</b>

### **Tolerância ao Estigma**

Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_05_INV	0.304	0.092
BAPS_08_INV	0.556	0.309
BAPS_10_INV	0.390	0.152
BAPS_11_INV	0.487	0.237
BAPS_13_INV	0.467	0.218
BAPS_15_INV	0.341	0.116
BAPS_17_INV	0.567	0.321
BAPS_18	0.501	0.251

Sum of square of std. loadings	1.698
Number of items	8
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.21</b>

### **Percepção da Competência do Psicólogos**

Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_07	0.862	0.743
BAPS_09	0.556	0.309
BAPS_14	0.632	0.399
BAPS_16	0.703	0.494

Sum of square of std. loadings	1.946
Number of items	4
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.49</b>

### **Escala Total (BAPS-18)**

Item	Std. loadings	Square of std. Load.
BAPS_01	0.781	0.610
BAPS_02	0.842	0.709
BAPS_03	0.885	0.783
BAPS_04	0.853	0.728
BAPS_05_INV	0.304	0.092
BAPS_06	0.810	0.656
BAPS_07	0.862	0.743
BAPS_08_INV	0.556	0.309
BAPS_09	0.556	0.309
BAPS_10_INV	0.390	0.152
BAPS_11_INV	0.487	0.237
BAPS_12	0.730	0.533
BAPS_13_INV	0.467	0.218
BAPS_14	0.632	0.399
BAPS_15_INV	0.341	0.116
BAPS_16	0.703	0.494
BAPS_17_INV	0.567	0.321
BAPS_18	0.501	0.251

Sum of square of std. loadings	7.662
Number of items	18
<b>Average Variance Extracted</b>	<b>0.43</b>

## 10.46 Anexo J10 – AFC2: Validade Discriminante da BAPS-PT-18

Cálculos de acordo com Fornell e Larcker (1981); Anderson e Gerbing (1988); Marôco (2014).

### CORRELAÇÕES

	Intenção	Estigma
Estigma	0.39	
Competência	0.90	0.42

### QUADRADOS DAS CORRELAÇÕES

	Intenção	Estigma	VME
Intenção			0.67
Estigma	0.15		0.21
Competência	0.81	0.18	0.49

### RESULTADOS

	Intenção	Estigma
Estigma	CVD	
Competência	SVD	CVD

Nota: SVD = Sem Validade Discriminante;  
CVD = Com Validade Discriminante

### 10.47 Anexo K1 – AFE2: Análise de outliers multivariados

Foi criada uma nova variável (MAH\_1) através de uma regressão linear, onde os 39 itens da BAPS foram introduzidos como variáveis independentes e o código de cada registo foi usado como variável dependente.

Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	145,00	688,70	405,28	77,459	388
Std. Predicted Value	-3,360	3,659	,000	1,000	388
Standard Error of Predicted Value	29,520	127,659	67,985	18,276	388
Adjusted Predicted Value	123,90	739,50	405,15	82,284	388
Residual	-432,856	465,802	,000	207,895	388
Std. Residual	-1,974	2,125	,000	,948	388
Stud. Residual	-2,132	2,184	,000	1,001	388
Deleted Residual	-549,548	492,256	,129	232,177	388
Stud. Deleted Residual	-2,143	2,196	,000	1,003	388
Mahal. Distance	6,019	130,221	38,899	21,286	388
Cook's Distance	,000	,048	,003	,004	388
Centered Leverage Value	,016	,336	,101	,055	388

a. Dependent Variable: ID da Resposta

Depois foi computada outra variável (Probab\_MD\_sig) com o cálculo do valor de significância (com a expressão numérica: sig.CHISQ(MAH\_1, 39) sendo considerada a quantidade de itens BAPS (i.e., 39) como o total de graus de liberdade da função CHISQ) para que cada registo seja, ou não, considerado um *outlier* multivariado (sendo assim considerado se o valor desta nova variável  $< 0.001$ ).

De seguida foi computada mais uma variável (Multiv\_Outliar) com a identificação dos *outliers* multivariados (por via da seguinte expressão numérica: Probab\_MD\_sig  $< 0.001$ ) que ficaram identificados com o valor 1 (ao passo que os restantes casos ficaram identificados com o valor 0). Ficaram marcados 31 casos como *outliers* multivariados. Mas antes de os eliminar, foi verificado o valor de corte, efetuando o seu cálculo em GraphPad Software (2016): com uma probabilidade de 0.001 e 39 graus de liberdade  $\chi^2 = 72.0543$  (valor que correspondeu ao valor de corte apresentado pelos cálculos anteriores), logo, os 31 registos foram eliminados com a segurança de que são *outliers* multivariados.

## 10.48 Anexo K2 – AFE2: Análise da Normalidade Multivariada

Descriptive Statistics

	N	Mean	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
BAPS_01	357	4,24	-,459	,129	-,806	,257
BAPS_02	357	4,50	-,823	,129	-,399	,257
BAPS_03	357	4,65	-,853	,129	-,263	,257
BAPS_04	357	4,01	-,350	,129	-1,069	,257
BAPS_05_INV	357	5,53	-2,654	,129	6,466	,257
BAPS_06	357	3,46	,081	,129	-1,137	,257
BAPS_07	357	4,41	-,602	,129	-,482	,257
BAPS_08_INV	357	5,87	-4,955	,129	29,837	,257
BAPS_09	357	3,91	-,318	,129	-,997	,257
BAPS_10_INV	357	5,27	-1,848	,129	2,531	,257
BAPS_11_INV	357	5,52	-2,273	,129	5,213	,257
BAPS_12	357	4,06	-,335	,129	-1,138	,257
BAPS_13_INV	357	5,43	-2,358	,129	5,559	,257
BAPS_14	357	4,58	-,744	,129	-,609	,257
BAPS_15_INV	357	4,65	-,979	,129	-,164	,257
BAPS_16	357	4,29	-,385	,129	-,872	,257
BAPS_17_INV	357	5,50	-2,254	,129	5,245	,257
BAPS_18	357	4,99	-1,347	,129	,739	,257
BAPS_19	357	4,27	-,445	,129	-,802	,257
BAPS_20	357	4,54	-,615	,129	-,649	,257
BAPS_21_INV	357	3,25	,219	,129	-1,320	,257
BAPS_22	357	4,74	-1,010	,129	,361	,257
BAPS_23	357	4,50	-,733	,129	-,190	,257
BAPS_24	357	3,72	-,070	,129	-1,382	,257
BAPS_25	357	4,54	-,641	,129	-,417	,257
BAPS_26	357	4,32	-,536	,129	-,461	,257
BAPS_27	357	5,44	-2,094	,129	3,975	,257
BAPS_28	357	4,67	-,797	,129	-,114	,257
BAPS_29	357	5,06	-1,140	,129	,842	,257
BAPS_30_INV	357	4,88	-1,064	,129	,407	,257
BAPS_31	357	5,09	-1,412	,129	1,532	,257
BAPS_32_INV	357	5,46	-1,932	,129	3,492	,257
BAPS_33	357	5,17	-1,425	,129	1,455	,257
BAPS_34_INV	357	5,38	-1,953	,129	3,647	,257
BAPS_35	357	4,85	-1,014	,129	,427	,257
BAPS_36	357	4,91	-,922	,129	,226	,257
BAPS_37_INV	357	5,40	-2,087	,129	4,155	,257
BAPS_38	357	5,62	-2,239	,129	5,058	,257
BAPS_39_INV	357	4,98	-1,309	,129	,545	,257
Valid N (listwise)	357					

### 10.49 Anexo K3 – AFE2: Análise da Multicolinearidade e da Matriz de Input

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,951
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7381,703
	df	666
	Sig.	,000

## 10.50 Anexo K4 – AFE2: Dados Sociodemográficos da Amostra

### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	85	23,8	23,8	23,8
	Feminino	272	76,2	76,2	100,0
	Total	357	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Idade	357	19	83	45,41	11,319	,272	,129	-,209	,257
Valid N (listwise)	357								

### Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	4	1,1	1,1	1,1
	9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	29	8,1	8,1	9,3
	12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	113	31,7	31,7	41,0
	Licenciatura (pós-Bolonha)	50	14,0	14,0	55,1
	Licenciatura (pré-Bolonha)	107	30,0	30,1	85,1
	Mestrado	44	12,3	12,4	97,5
	Doutoramento	9	2,5	2,5	100,0
	Total	356	99,7	100,0	
Missing	System	1	,3		
Total		357	100,0		

### Zona de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	4	1,1	1,1	1,1
	Alentejo	10	2,8	2,8	3,9
	Algarve	12	3,4	3,4	7,3
	Centro	55	15,4	15,4	22,7
	Lisboa	215	60,2	60,2	82,9
	Madeira	7	2,0	2,0	84,9
	Norte	54	15,1	15,1	100,0
	Total	357	100,0	100,0	

### Classe Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	13	3,6	3,6	3,6
	Média-Baixa	103	28,9	28,9	32,5
	Média	199	55,7	55,7	88,2
	Média-Alta	41	11,5	11,5	99,7
	Alta	1	,3	,3	100,0
	Total	357	100,0	100,0	

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Docentes / Professores	28	7,8	7,8	7,8
Assistentes (diversos)	25	7,0	7,0	14,8
Reformados	25	7,0	7,0	21,8
Enfermeiros	22	6,2	6,2	28,0
Comerciais	20	5,6	5,6	33,6
Terapeutas Alternativos / Complementares	19	5,3	5,3	38,9
Técnicos (outros)	17	4,8	4,8	43,7
Desempregados	15	4,2	4,2	47,9
Gestores e Gerentes	15	4,2	4,2	52,1
Administrativos	13	3,6	3,6	55,7
Outros (diversos)	13	3,6	3,6	59,4
Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde	13	3,6	3,6	63,0
Formadores e Educadores	11	3,1	3,1	66,1
Médicos	8	2,2	2,2	68,3
Escriturários e Secretários	7	2,0	2,0	70,3
Esteticistas e Massagistas	7	2,0	2,0	72,3
Informática e Tecnologias de Informação	7	2,0	2,0	74,2
Assistentes Sociais	6	1,7	1,7	75,9
Bancários	6	1,7	1,7	77,6
Empresários	6	1,7	1,7	79,3
Trabalhadores Independentes / Liberais	5	1,4	1,4	80,7
Contabilistas	5	1,4	1,4	82,1
Engenheiros	5	1,4	1,4	83,5
Estudantes	5	1,4	1,4	84,9
Consultores	4	1,1	1,1	86,0
Terapeutas da Fala	4	1,1	1,1	87,1
Arquitetos	4	1,1	1,1	88,2
Artistas (pintores, músicos e artesãos)	4	1,1	1,1	89,4
Polícias, Militares e Vigilantes	4	1,1	1,1	90,5
Advogados e Juristas	3	,8	,8	91,3
Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)	3	,8	,8	92,2
Cabeleireiros	3	,8	,8	93,0
Funcionários Públicos	3	,8	,8	93,8
Técnicos Superiores	3	,8	,8	94,7
Auditores	2	,6	,6	95,2
Finanças e Economistas	2	,6	,6	95,8
Diretores	2	,6	,6	96,4
Linguistas, Tradutores e Intérpretes	2	,6	,6	96,9
Sociólogos e Antropólogos	2	,6	,6	97,5
Psicoterapeutas	2	,6	,6	98,0
Fisioterapeutas	2	,6	,6	98,6
Biólogos, Químicos e Bioquímicos	1	,3	,3	98,9
Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros	1	,3	,3	99,2
Jornalistas	1	,3	,3	99,4
Marketing e Publicidade	1	,3	,3	99,7
Nutricionistas	1	,3	,3	100,0
Total	357	100,0	100,0	

## 10.51 Anexo K5 – AFE2: BAPS-PT-27 (Com Um Carregamento Cruzado)

### 10.51.1 Estatísticas iniciais com 37 itens

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
BAPS_01	4,24	1,491	357
BAPS_02	4,50	1,541	357
BAPS_03	4,65	1,432	357
BAPS_04	4,01	1,651	357
BAPS_06	3,46	1,622	357
BAPS_07	4,41	1,404	357
BAPS_09	3,91	1,639	357
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_12	4,06	1,647	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_14	4,58	1,492	357
BAPS_15_INV	4,65	1,539	357
BAPS_16	4,29	1,374	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357
BAPS_18	4,99	1,448	357
BAPS_19	4,27	1,438	357
BAPS_20	4,54	1,344	357
BAPS_21_INV	3,25	1,815	357
BAPS_22	4,74	1,311	357
BAPS_23	4,50	1,381	357
BAPS_24	3,72	1,815	357
BAPS_25	4,54	1,279	357
BAPS_26	4,32	1,348	357
BAPS_27	5,44	1,047	357
BAPS_28	4,67	1,314	357
BAPS_29	5,06	1,082	357
BAPS_30_INV	4,88	1,258	357
BAPS_31	5,09	1,194	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_33	5,17	1,132	357
BAPS_34_INV	5,38	1,042	357
BAPS_35	4,85	1,250	357
BAPS_36	4,91	1,162	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357
BAPS_38	5,62	,754	357
BAPS_39_INV	4,98	1,414	357

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,951
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	7381,703
	df	666
	Sig.	,000

**Communalities**

	Initial	Extraction
BAPS_01	1,000	,585
BAPS_02	1,000	,665
BAPS_03	1,000	,702
BAPS_04	1,000	,759
BAPS_06	1,000	,645
BAPS_07	1,000	,717
BAPS_09	1,000	,410
BAPS_10_INV	1,000	,469
BAPS_11_INV	1,000	,537
BAPS_12	1,000	,651
BAPS_13_INV	1,000	,420
BAPS_14	1,000	,571
BAPS_15_INV	1,000	,687
BAPS_16	1,000	,629
BAPS_17_INV	1,000	,332
BAPS_18	1,000	,512
BAPS_19	1,000	,740
BAPS_20	1,000	,767
BAPS_21_INV	1,000	,343
BAPS_22	1,000	,617
BAPS_23	1,000	,613
BAPS_24	1,000	,518
BAPS_25	1,000	,744
BAPS_26	1,000	,725
BAPS_27	1,000	,564
BAPS_28	1,000	,617
BAPS_29	1,000	,631
BAPS_30_INV	1,000	,614
BAPS_31	1,000	,531
BAPS_32_INV	1,000	,650
BAPS_33	1,000	,481
BAPS_34_INV	1,000	,601
BAPS_35	1,000	,683
BAPS_36	1,000	,661
BAPS_37_INV	1,000	,635
BAPS_38	1,000	,501
BAPS_39_INV	1,000	,523

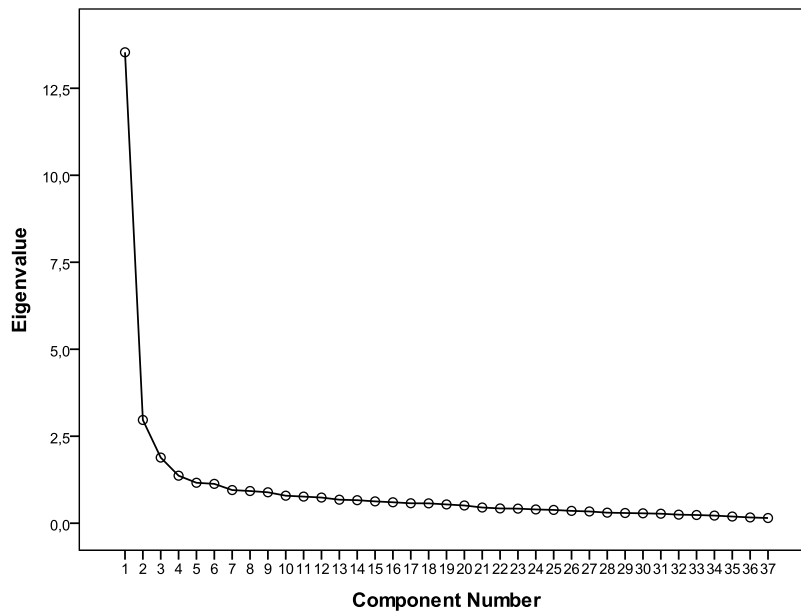
Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13,534	36,579	36,579	13,534	36,579	36,579	8,478	22,912	22,912
2	2,968	8,020	44,599	2,968	8,020	44,599	5,433	14,685	37,597
3	1,887	5,099	49,698	1,887	5,099	49,698	2,818	7,616	45,213
4	1,366	3,691	53,389	1,366	3,691	53,389	2,030	5,486	50,699
5	1,163	3,143	56,532	1,163	3,143	56,532	1,677	4,532	55,232
6	1,131	3,056	59,588	1,131	3,056	59,588	1,612	4,356	59,588
7	,953	2,576	62,164						
8	,925	2,501	64,665						
9	,889	2,402	67,067						
10	,791	2,138	69,204						
11	,765	2,068	71,272						
12	,738	1,994	73,267						
13	,676	1,827	75,094						
14	,662	1,789	76,882						
15	,628	1,696	78,579						
16	,602	1,627	80,206						
17	,573	1,550	81,755						
18	,571	1,542	83,298						
19	,540	1,459	84,756						
20	,510	1,378	86,134						
21	,452	1,220	87,354						
22	,425	1,148	88,502						
23	,419	1,133	89,635						
24	,396	1,069	90,705						
25	,382	1,033	91,737						
26	,355	,959	92,696						
27	,338	,913	93,610						
28	,303	,820	94,430						
29	,293	,793	95,222						
30	,285	,770	95,992						
31	,273	,738	96,730						
32	,246	,665	97,396						
33	,236	,638	98,034						
34	,219	,593	98,627						
35	,193	,521	99,147						
36	,166	,449	99,596						
37	,150	,404	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_20	,856					
BAPS_25	,849					
BAPS_19	,833					
BAPS_26	,811					
BAPS_07	,797					
BAPS_03	,772					
BAPS_23	,764					
BAPS_16	,742					
BAPS_14	,742					
BAPS_04	,741					
BAPS_29	,740					
BAPS_02	,735					
BAPS_12	,718					
BAPS_06	,709					
BAPS_22	,670					
BAPS_01	,662					
BAPS_28	,647		-,301			
BAPS_24	,636					
BAPS_27	,633					
BAPS_31	,588		-,341			
BAPS_33	,587					
BAPS_09	,562					
BAPS_30_INV	,556		,379			
BAPS_35	,549	,383	-,333			
BAPS_36	,503	,348	-,381			
BAPS_38	,487	,439				
BAPS_18	,459	,354				-,305
BAPS_21_INV	-,428					
BAPS_34_INV	,327	,541		-,330		
BAPS_32_INV		,492		,461		-,306
BAPS_39_INV	,388	,470		-,369		
BAPS_11_INV		,464			-,341	
BAPS_37_INV		,459	,310	,317		-,391
BAPS_17_INV		,365	,343			
BAPS_13_INV			,528			
BAPS_10_INV		,406			-,441	
BAPS_15_INV	,327		,441		,415	,445

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 6 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,847					
BAPS_03	,790					
BAPS_12	,775					
BAPS_06	,771					
BAPS_02	,753					
BAPS_01	,707					
BAPS_07	,706	,412				
BAPS_19	,706	,448				
BAPS_24	,655					
BAPS_20	,649	,524				
BAPS_25	,643	,539				
BAPS_14	,571	,434				
BAPS_23	,544	,479				
BAPS_21_INV	-,502					
BAPS_09	,469					
BAPS_22	,414	,413	,367	,347		
BAPS_28		,729				
BAPS_27		,678				
BAPS_31		,657				
BAPS_26	,539	,635				
BAPS_33		,619				
BAPS_29	,403	,608				
BAPS_16	,510	,570				
BAPS_35		,361	,717			
BAPS_36		,347	,707			
BAPS_34_INV			,664			
BAPS_39_INV			,621	,307		
BAPS_38		,419	,512			
BAPS_11_INV				,683		
BAPS_10_INV				,663		
BAPS_17_INV				,482		
BAPS_13_INV				,470		,368
BAPS_32_INV					,772	
BAPS_37_INV					,770	
BAPS_18		,325		,306	,382	
BAPS_15_INV						,780
BAPS_30_INV	,391					,580

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3	4	5	6
1	,745	,568	,280	,132	,060	,149
2	-,465	,189	,556	,507	,423	-,059
3	,259	-,483	-,286	,497	,351	,498
4	-,193	,506	-,571	-,213	,576	,069
5	-,062	-,165	,437	-,625	,259	,566
6	-,346	,355	-,118	,207	-,544	,634

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Após a exclusão do # 22 (por estar a carregar em quatro fatores), segue-se o critério de exclusão do item #21 (baixa comunalidade).

**Communalities**

	Initial	Extraction
BAPS_01	1,000	,583
BAPS_02	1,000	,666
BAPS_03	1,000	,708
BAPS_04	1,000	,764
BAPS_06	1,000	,648
BAPS_07	1,000	,715
BAPS_09	1,000	,418
BAPS_10_INV	1,000	,541
BAPS_11_INV	1,000	,546
BAPS_12	1,000	,648
BAPS_13_INV	1,000	,422
BAPS_14	1,000	,570
BAPS_15_INV	1,000	,676
BAPS_16	1,000	,630
BAPS_17_INV	1,000	,326
BAPS_18	1,000	,498
BAPS_19	1,000	,739
BAPS_20	1,000	,767
BAPS_21_INV	1,000	,317
BAPS_23	1,000	,598
BAPS_24	1,000	,521
BAPS_25	1,000	,744
BAPS_26	1,000	,726
BAPS_27	1,000	,567
BAPS_28	1,000	,621
BAPS_29	1,000	,634
BAPS_30_INV	1,000	,606
BAPS_31	1,000	,534
BAPS_32_INV	1,000	,658
BAPS_33	1,000	,483
BAPS_34_INV	1,000	,604
BAPS_35	1,000	,683
BAPS_36	1,000	,664
BAPS_37_INV	1,000	,623
BAPS_38	1,000	,501
BAPS_39_INV	1,000	,546

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Segue-se o critério de exclusão do item #16 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,848					
BAPS_03	,797					
BAPS_06	,783					
BAPS_12	,777					
BAPS_02	,768					
BAPS_01	,731					
BAPS_07	,716	,399				
BAPS_19	,708	,440				
BAPS_20	,653	,515				
BAPS_24	,652					
BAPS_25	,652	,531				
BAPS_14	,569	,428				
BAPS_23	,538	,478				
BAPS_09	,472					
BAPS_28		,727				
BAPS_27		,678				
BAPS_31		,656				
BAPS_26	,549	,627				
BAPS_33		,615				
BAPS_29	,408	,608				
BAPS_16	,518	,559				
BAPS_35		,358	,717			
BAPS_36		,338	,707			
BAPS_34_INV			,669			
BAPS_39_INV			,616	,345		
BAPS_38		,419	,514			
BAPS_10_INV				,746		
BAPS_11_INV				,678		
BAPS_17_INV				,429		
BAPS_15_INV					,768	
BAPS_30_INV	,396				,591	
BAPS_13_INV				,361	,472	
BAPS_32_INV						,800
BAPS_37_INV						,758
BAPS_18		,328				,416

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #26 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,848					
BAPS_03	,803					
BAPS_06	,786					
BAPS_12	,780					
BAPS_02	,768					
BAPS_01	,737					
BAPS_07	,729	,374				
BAPS_19	,724	,411				
BAPS_20	,672	,481				
BAPS_25	,671	,504				
BAPS_24	,655					
BAPS_14	,580	,412				
BAPS_23	,554	,460				
BAPS_09	,476					
BAPS_28		,713				
BAPS_27		,690				
BAPS_31		,668				
BAPS_33		,622				
BAPS_29	,421	,616				
BAPS_26	,573	,598				
BAPS_35		,358	,716			
BAPS_36		,340	,705			
BAPS_34_INV			,675			
BAPS_39_INV			,614	,345		
BAPS_38		,447	,494			
BAPS_10_INV				,760		
BAPS_11_INV				,676		
BAPS_17_INV				,430		
BAPS_15_INV					,769	
BAPS_30_INV	,410				,589	
BAPS_13_INV				,331	,497	
BAPS_32_INV						,800
BAPS_37_INV						,754
BAPS_18		,343				,431

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #38 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,847					
BAPS_03	,807					
BAPS_06	,788					
BAPS_12	,783					
BAPS_02	,765					
BAPS_01	,740					
BAPS_07	,737	,359				
BAPS_19	,735	,390				
BAPS_20	,686	,456				
BAPS_25	,684	,475				
BAPS_24	,656					
BAPS_14	,587	,414				
BAPS_23	,565	,445				
BAPS_09	,483					
BAPS_27		,695				
BAPS_31		,684				
BAPS_28	,315	,680				
BAPS_33		,629				
BAPS_29	,432	,621				
<b>BAPS_38</b>		<b>,489</b>	<b>,468</b>			
BAPS_35		,351	,718			
BAPS_36		,338	,705			
BAPS_34_INV			,681			
BAPS_39_INV			,605	,346		
BAPS_10_INV				,761		
BAPS_11_INV				,672		
BAPS_17_INV				,429		
BAPS_15_INV					,769	
BAPS_30_INV	,420				,588	
BAPS_13_INV				,328	,506	
BAPS_32_INV						,800
BAPS_37_INV						,761
BAPS_18		,357				,423

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #23 (carregamento cruzado). Neste caso, perante vários itens candidatos a serem eliminados, a opção foi a de conservar os itens relacionados com o Estigma e eliminar o item que mais contribuísse para aumentar a variância explicada.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,852					
BAPS_03	,803					
BAPS_06	,788					
BAPS_12	,775					
BAPS_02	,769					
BAPS_01	,738					
BAPS_07	,726	,378				
BAPS_19	,721	,413				
BAPS_25	,667	,499				
BAPS_20	,666	,482				
BAPS_24	,658					
BAPS_14	,573	,430				
BAPS_23	,550	,464				
BAPS_09	,463					
BAPS_28		,702				
BAPS_27		,690				
BAPS_31		,685				
BAPS_29	,414	,637				
BAPS_33		,635				
BAPS_35		,365	,722			
BAPS_36		,356	,715			
BAPS_34_INV			,689			
BAPS_39_INV			,583		,374	
BAPS_15_INV				,767		
BAPS_30_INV	,409			,591		
BAPS_13_INV				,512	,324	
BAPS_10_INV					,765	
BAPS_11_INV					,661	
BAPS_17_INV				,308	,386	
BAPS_32_INV						,807
BAPS_37_INV						,759
BAPS_18		,368				,434

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #30 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,852					
BAPS_03	,804					
BAPS_06	,789					
BAPS_12	,775					
BAPS_02	,768					
BAPS_01	,739					
BAPS_07	,728	,377				
BAPS_19	,722	,408				
BAPS_25	,667	,492				
BAPS_20	,666	,473				
BAPS_24	,659					
BAPS_14	,573	,425				
BAPS_09	,464					
BAPS_28		,699				
BAPS_31		,690				
BAPS_27		,687				
BAPS_33		,645				
BAPS_29	,415	,638				
BAPS_35		,364	,722			
BAPS_36		,360	,711			
BAPS_34_INV			,696			
BAPS_39_INV			,584		,374	
BAPS_15_INV				,766		
BAPS_30_INV	,410			,593		
BAPS_13_INV				,511	,338	
BAPS_10_INV					,772	
BAPS_11_INV					,654	
BAPS_17_INV				,306	,386	
BAPS_32_INV						,808
BAPS_37_INV						,759
BAPS_18		,371				,433

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #14 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,857					
BAPS_03	,799					
BAPS_06	,786					
BAPS_12	,771					
BAPS_02	,769					
BAPS_07	,748	,360				
BAPS_19	,743	,392				
BAPS_01	,737					
BAPS_20	,689	,460				
BAPS_25	,686	,478				
BAPS_24	,674					
<b>BAPS_14</b>	<b>,582</b>	<b>,421</b>				
BAPS_09	,470					
BAPS_28	,302	,692				
BAPS_31		,687				
BAPS_27		,680				
BAPS_33		,649				
BAPS_29	,420	,641				
BAPS_35		,374	,719			
BAPS_36		,371	,706			
BAPS_34_INV			,697			
BAPS_39_INV			,600			<b>,404</b>
BAPS_32_INV				,801		
BAPS_37_INV				,762		
BAPS_18		<b>,375</b>		,444		
BAPS_15_INV					,708	
BAPS_13_INV					,643	
BAPS_17_INV					,506	
BAPS_10_INV						,776
BAPS_11_INV					,324	,609

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Segue-se o critério de exclusão do item #25 (carregamento cruzado).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,856					
BAPS_03	,799					
BAPS_06	,786					
BAPS_12	,769					
BAPS_02	,768					
BAPS_07	,747	,367				
BAPS_19	,743	,400				
BAPS_01	,737					
BAPS_20	,686	,464				
<b>BAPS_25</b>	<b>,683</b>	<b>,483</b>				
BAPS_24	,674					
BAPS_09	,467					
BAPS_28		,695				
BAPS_27		,685				
BAPS_31		,684				
BAPS_33		,656				
BAPS_29	,417	,644				
BAPS_35		,374	,719			
BAPS_36		,369	,709			
BAPS_34_INV			,695			
BAPS_39_INV			,597			,403
BAPS_32_INV				,801		
BAPS_37_INV				,764		
BAPS_18		,371		,434		
BAPS_15_INV					,709	
BAPS_13_INV					,644	
BAPS_17_INV					,505	
BAPS_10_INV						,774
BAPS_11_INV					,316	,624

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

Segue-se a solução sem o #25, a partir da qual (embora ainda apresentando dois carregamentos cruzados) foi analisada a consistência interna dos 4 fatores (considerando que os fatores 4, 5 e 6 se relacionam com o Estigma e por isso foram agregados).

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component					
	1	2	3	4	5	6
BAPS_04	,857					
BAPS_03	,798					
BAPS_06	,789					
BAPS_02	,770					
BAPS_12	,767					
BAPS_07	,743	,368				
BAPS_01	,739					
BAPS_19	,736	,396				
BAPS_20	,678	,458				
BAPS_24	,671					
BAPS_09	,467					
BAPS_28		,699				
BAPS_27		,686				
BAPS_31		,685				
BAPS_33		,662				
BAPS_29	,415	,650				
BAPS_35		,377	,719			
BAPS_36		,373	,707			
BAPS_34_INV			,699			
BAPS_39_INV			,597			,404
BAPS_32_INV				,801		
BAPS_37_INV				,766		
BAPS_18		,380		,429		
BAPS_15_INV					,709	
BAPS_13_INV					,642	
BAPS_17_INV					,504	
BAPS_10_INV						,774
BAPS_11_INV					,316	,624

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

### 10.51.2 Consistência interna do fator 1 (Intenção de Adesão)

#### Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	357	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	357	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,934	11

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS_04	4,01	1,651	357
BAPS_02	4,50	1,541	357
BAPS_03	4,65	1,432	357
BAPS_06	3,46	1,622	357
BAPS_01	4,24	1,491	357
BAPS_07	4,41	1,404	357
BAPS_12	4,06	1,647	357
BAPS_09	3,91	1,639	357
BAPS_19	4,27	1,438	357
BAPS_20	4,54	1,344	357
BAPS_24	3,72	1,815	357

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_04	41,76	141,772	,805	,924
BAPS_02	41,27	146,205	,740	,927
BAPS_03	41,13	146,787	,787	,926
BAPS_06	42,32	144,341	,749	,927
BAPS_01	41,54	149,238	,678	,930
BAPS_07	41,37	147,363	,787	,926
BAPS_12	41,71	144,408	,733	,928
BAPS_09 (se del AFE piora)	41,86	151,900	,534	,937
BAPS_19	41,50	146,223	,801	,925
BAPS_20	41,24	148,894	,776	,927
BAPS_24	42,06	144,780	,643	,933

Foi analisada uma solução com a exclusão do item #9 (conforme sugerido pela análise da consistência interna), mas, nesta fase da AFE, a solução perde qualidade, por conseguinte o item #9 foi conservado.

### 10.51.3 Consistência interna do fator 2 (Sentido de Colaboração)

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	357	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	357	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	5

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS_27	5,44	1,047	357
BAPS_28	4,67	1,314	357
BAPS_29	5,06	1,082	357
BAPS_31	5,09	1,194	357
BAPS_33	5,17	1,132	357

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_27	20,00	13,963	,614	,798
BAPS_28	20,76	12,242	,641	,791
BAPS_29	20,38	13,168	,704	,773
BAPS_31	20,34	13,182	,606	,800
BAPS_33	20,27	13,741	,577	,807

### 10.51.4 Consistência interna do fator 3 (Crenças Comportamentais)

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	357	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	357	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,747	4

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS_35	4,85	1,250	357
BAPS_36	4,91	1,162	357
BAPS_34_INV	5,38	1,042	357
BAPS_39_INV	4,98	1,414	357

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_35	15,27	7,715	,627	,638
BAPS_36	15,21	8,494	,560	,679
BAPS_34_INV	14,75	9,219	,526	,701
BAPS_39_INV	15,15	7,835	,480	,735

### 10.51.5 Consistência interna do fator compósito (4, 5 e 6) (Tolerância ao Estigma)

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	357	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	357	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,591	8

Apesar de o #18 estar a fazer *cross-loading* (nas dimensões 2 e 4) foi mantido por ser um item importante para manter a consistência no fator Estigma, bem como por ser conceptualmente nuclear: “Se eu pensasse que precisava de ajuda psicológica, recorreria a essa ajuda independentemente de quem soubesse que eu estaria a recebê-la.”).

**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS_18	4,99	1,448	357
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_15_INV	4,65	1,539	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_18	37,22	17,197	,298	,560
BAPS_10_INV	36,94	18,469	,252	,573
BAPS_11_INV	36,69	18,786	,393	,536
BAPS_13_INV	36,78	18,345	,362	,539
BAPS_15_INV	37,56	18,461	,155	,618
BAPS_17_INV	36,71	19,033	,364	,543
BAPS_32_INV	36,75	19,084	,360	,544
BAPS_37_INV	36,81	18,951	,300	,557

Após a eliminação do item #15 (para passar a consistência interna do fator compósito Estigma, de .59 para .62) chegou-se a uma solução com 27 itens (conforme se segue).

### 10.51.6 Solução com 27 itens

#### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
BAPS_01	4,24	1,491	357
BAPS_02	4,50	1,541	357
BAPS_03	4,65	1,432	357
BAPS_04	4,01	1,651	357
BAPS_06	3,46	1,622	357
BAPS_07	4,41	1,404	357
BAPS_09	3,91	1,639	357
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_12	4,06	1,647	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357
BAPS_18	4,99	1,448	357
BAPS_19	4,27	1,438	357
BAPS_20	4,54	1,344	357
BAPS_24	3,72	1,815	357
BAPS_27	5,44	1,047	357
BAPS_28	4,67	1,314	357
BAPS_29	5,06	1,082	357
BAPS_31	5,09	1,194	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_33	5,17	1,132	357
BAPS_34_INV	5,38	1,042	357
BAPS_35	4,85	1,250	357
BAPS_36	4,91	1,162	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357
BAPS_39_INV	4,98	1,414	357

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,929
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4698,008
	df	351
	Sig.	,000

**Communalities**

	Initial	Extraction
BAPS_01	1,000	,585
BAPS_02	1,000	,660
BAPS_03	1,000	,708
BAPS_04	1,000	,772
BAPS_06	1,000	,660
BAPS_07	1,000	,708
BAPS_09	1,000	,381
BAPS_10_INV	1,000	,486
BAPS_11_INV	1,000	,552
BAPS_12	1,000	,638
BAPS_13_INV	1,000	,406
BAPS_17_INV	1,000	,334
BAPS_18	1,000	,406
BAPS_19	1,000	,726
BAPS_20	1,000	,719
BAPS_24	1,000	,525
BAPS_27	1,000	,589
BAPS_28	1,000	,605
BAPS_29	1,000	,666
BAPS_31	1,000	,560
BAPS_32_INV	1,000	,700
BAPS_33	1,000	,527
BAPS_34_INV	1,000	,613
BAPS_35	1,000	,690
BAPS_36	1,000	,678
BAPS_37_INV	1,000	,620
BAPS_39_INV	1,000	,529

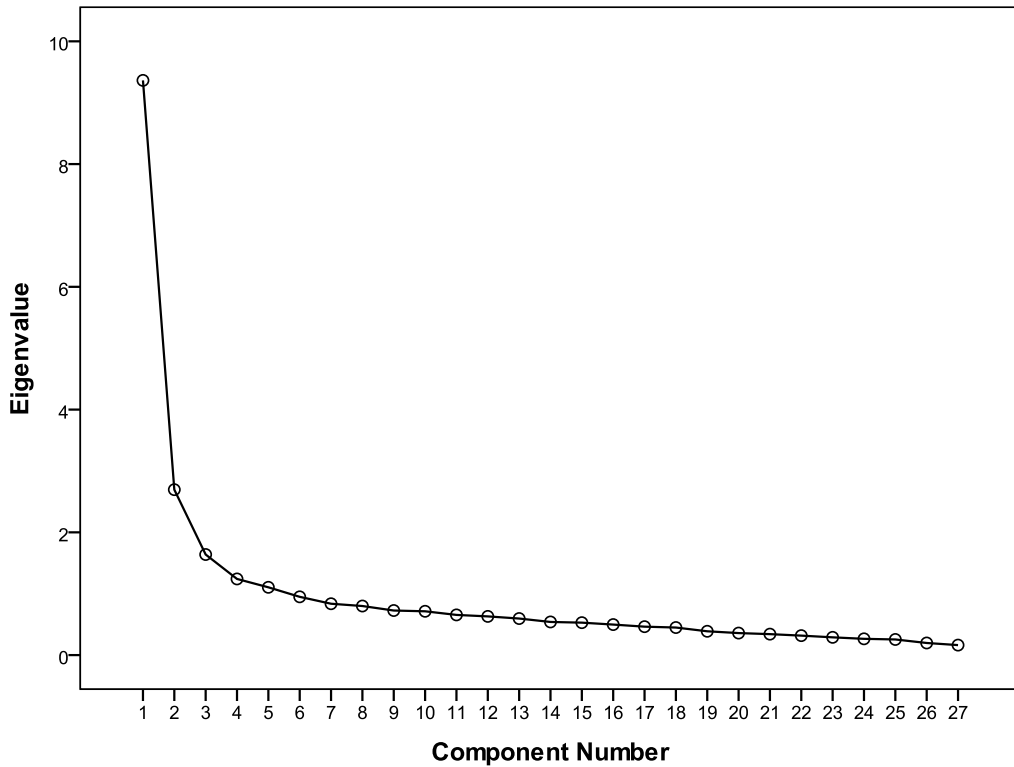
Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,363	34,679	34,679	9,363	34,679	34,679	6,743	24,974	24,974
2	2,696	9,984	44,663	2,696	9,984	44,663	3,538	13,103	38,078
3	1,639	6,069	50,731	1,639	6,069	50,731	2,292	8,490	46,567
4	1,241	4,595	55,326	1,241	4,595	55,326	1,862	6,898	53,465
5	1,104	4,090	59,417	1,104	4,090	59,417	1,607	5,952	59,417
6	,949	3,516	62,932						
7	,837	3,099	66,031						
8	,800	2,961	68,992						
9	,726	2,689	71,682						
10	,714	2,643	74,324						
11	,655	2,425	76,749						
12	,630	2,335	79,084						
13	,596	2,206	81,290						
14	,540	2,000	83,289						
15	,528	1,957	85,247						
16	,497	1,842	87,088						
17	,463	1,715	88,804						
18	,449	1,663	90,466						
19	,388	1,436	91,903						
20	,359	1,328	93,231						
21	,341	1,264	94,496						
22	,317	1,175	95,671						
23	,289	1,071	96,742						
24	,265	,982	97,723						
25	,255	,943	98,666						
26	,197	,731	99,397						
27	,163	,603	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
BAPS_20	,838				
BAPS_19	,829				
BAPS_07	,800				
BAPS_03	,793				
BAPS_04	,761		,326		
BAPS_02	,758				
BAPS_29	,750				
BAPS_06	,732				
BAPS_12	,731				
BAPS_01	,681				
BAPS_24	,645				
BAPS_28	,637		-,312		
BAPS_27	,623			,329	
BAPS_33	,594				
BAPS_31	,588		-,362		
BAPS_09	,573				
BAPS_35	,553	,354	-,389		
BAPS_36	,511	,318	-,449		
BAPS_18	,462	,361			
BAPS_34_INV	,326	,565		-,395	
BAPS_32_INV		,524		,435	,373
BAPS_11_INV		,492			-,447
BAPS_39_INV	,400	,464		-,387	
BAPS_10_INV		,445			-,423
BAPS_17_INV		,406	,302		
BAPS_13_INV			,496		
BAPS_37_INV		,486	,310		,487

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 5 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	Intenção	Colaboração	Atitude	Estigma 1	Estigma 2
BAPS_04	,861				
BAPS_03	,800				
BAPS_06	,790				
BAPS_12	,769				
BAPS_07	,762	,354			
BAPS_02	,759				
BAPS_19	,750	,391			
BAPS_01	,727				
BAPS_20	,701	,450			
BAPS_24	,673				
BAPS_09	,527				
BAPS_28		,708			
BAPS_27		,689			
BAPS_31		,686			
BAPS_33		,658			
BAPS_29	,420	,643			
BAPS_18		,400			,368
BAPS_35		,358	,721		
BAPS_36		,370	,702		
BAPS_34_INV			,693		
BAPS_39_INV			,618	,328	
BAPS_11_INV				,697	
BAPS_10_INV				,678	
BAPS_13_INV				,523	
BAPS_17_INV				,499	
BAPS_32_INV					,809
BAPS_37_INV					,761

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5
1	,797	,512	,281	,135	,070
2	-,448	,217	,501	,534	,465
3	,354	-,532	-,388	,528	,402
4	-,147	,558	-,636	-,174	,482
5	,130	-,310	,339	-,623	,620

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,618	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_10_INV	32,29	14,113	,281	,602
BAPS_11_INV	32,04	14,768	,388	,567
BAPS_13_INV	32,13	14,727	,308	,589
BAPS_17_INV	32,06	15,072	,346	,579
BAPS_18	32,57	12,953	,327	,591
BAPS_32_INV	32,10	14,643	,414	,560
BAPS_37_INV	32,16	14,704	,320	,585

### 10.52 Anexo K6 – AFE2: BAPS-PT-26 (Com Um Carregamento Cruzado)

#### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
BAPS_01	4,24	1,491	357
BAPS_02	4,50	1,541	357
BAPS_03	4,65	1,432	357
BAPS_04	4,01	1,651	357
BAPS_06	3,46	1,622	357
BAPS_07	4,41	1,404	357
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_12	4,06	1,647	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357
BAPS_18	4,99	1,448	357
BAPS_19	4,27	1,438	357
BAPS_20	4,54	1,344	357
BAPS_24	3,72	1,815	357
BAPS_27	5,44	1,047	357
BAPS_28	4,67	1,314	357
BAPS_29	5,06	1,082	357
BAPS_31	5,09	1,194	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_33	5,17	1,132	357
BAPS_34_INV	5,38	1,042	357
BAPS_35	4,85	1,250	357
BAPS_36	4,91	1,162	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357
BAPS_39_INV	4,98	1,414	357

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,926
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4557,392
	df	325
	Sig.	,000

**Communalities**

	Initial	Extraction
BAPS_01	1,000	,592
BAPS_02	1,000	,667
BAPS_03	1,000	,712
BAPS_04	1,000	,773
BAPS_06	1,000	,657
BAPS_07	1,000	,708
BAPS_10_INV	1,000	,483
BAPS_11_INV	1,000	,554
BAPS_12	1,000	,641
BAPS_13_INV	1,000	,412
BAPS_17_INV	1,000	,345
BAPS_18	1,000	,402
BAPS_19	1,000	,728
BAPS_20	1,000	,719
BAPS_24	1,000	,526
BAPS_27	1,000	,587
BAPS_28	1,000	,606
BAPS_29	1,000	,667
BAPS_31	1,000	,560
BAPS_32_INV	1,000	,706
BAPS_33	1,000	,526
BAPS_34_INV	1,000	,613
BAPS_35	1,000	,686
BAPS_36	1,000	,676
BAPS_37_INV	1,000	,623
BAPS_39_INV	1,000	,534

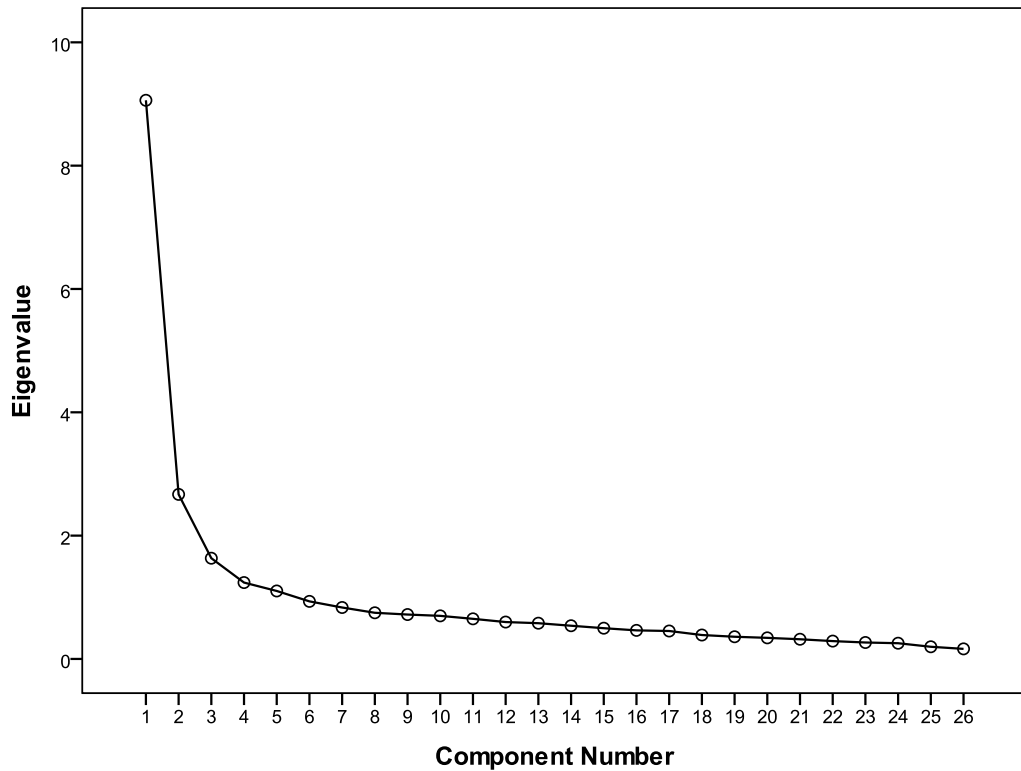
Extraction Method: Principal  
Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,060	34,845	34,845	9,060	34,845	34,845	6,410	24,652	24,652
2	2,669	10,264	45,109	2,669	10,264	45,109	3,562	13,698	38,350
3	1,633	6,283	51,392	1,633	6,283	51,392	2,290	8,806	47,157
4	1,239	4,764	56,156	1,239	4,764	56,156	1,843	7,090	54,247
5	1,102	4,240	60,395	1,102	4,240	60,395	1,599	6,149	60,395
6	,934	3,590	63,986						
7	,834	3,208	67,194						
8	,749	2,879	70,073						
9	,720	2,769	72,843						
10	,699	2,687	75,530						
11	,651	2,502	78,032						
12	,598	2,301	80,333						
13	,580	2,229	82,562						
14	,539	2,071	84,633						
15	,499	1,918	86,551						
16	,463	1,782	88,333						
17	,453	1,742	90,075						
18	,388	1,492	91,567						
19	,360	1,384	92,951						
20	,342	1,315	94,267						
21	,319	1,228	95,494						
22	,289	1,113	96,607						
23	,267	1,025	97,633						
24	,255	,981	98,613						
25	,197	,759	99,372						
26	,163	,628	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
BAPS_20	,837				
BAPS_19	,828				
BAPS_07	,797				
BAPS_03	,793				
BAPS_04	,759		,319		
BAPS_02	,758				
BAPS_29	,753				
BAPS_12	,729				
BAPS_06	,727				
BAPS_01	,682				
BAPS_24	,642				
BAPS_28	,639		-,318		
BAPS_27	,629			,319	
BAPS_33	,593				
BAPS_31	,588		-,364		
BAPS_35	,554	,354	-,383		
BAPS_36	,512	,318	-,445		
BAPS_18	,473	,346			
BAPS_34_INV	,332	,562		-,391	
BAPS_32_INV		,524		,450	-,354
BAPS_11_INV		,486			,449
BAPS_39_INV	,408	,457		-,393	
BAPS_10_INV		,441			,418
BAPS_17_INV		,405	,313		
BAPS_13_INV			,497		
BAPS_37_INV		,484	,316		-,485

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 5 components extracted.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component				
	Intenção	Colaboração	Crenças Ktais	Estigma P	Estigma S
BAPS_04	,862				
BAPS_03	,800				
BAPS_06	,785				
BAPS_12	,768				
BAPS_02	,760				
BAPS_07	,757	,365			
BAPS_19	,746	,401			
BAPS_01	,731				
BAPS_20	,695	,459			
BAPS_24	,670				
BAPS_28		,711			
BAPS_31		,690			
BAPS_27		,690			
BAPS_33		,664			
BAPS_29	,413	,648			
BAPS_18		,396			,366
BAPS_35		,366	,717		
BAPS_36		,378	,699		
BAPS_34_INV			,696		
BAPS_39_INV			,631	,311	
BAPS_11_INV				,699	
BAPS_10_INV				,676	
BAPS_13_INV				,528	
BAPS_17_INV				,515	
BAPS_32_INV					,811
BAPS_37_INV					,763

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3	4	5
1	,785	,526	,288	,139	,073
2	-,459	,206	,505	,528	,462
3	,366	-,540	-,367	,528	,401
4	-,146	,543	-,637	-,167	,499
5	-,134	,309	-,348	,629	-,609

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Consistência interna (alfa de Cronbach) dos quatro fatores (agregando os fatores 4 e 5 numa única variável compósita):

### 10.52.1 Consistência interna do fator Intenção de Adesão

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,937	10

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_01	37,62	126,685	,685	,933
BAPS_02	37,36	124,001	,744	,930
BAPS_03	37,22	124,546	,792	,928
BAPS_04	37,85	119,893	,810	,927
BAPS_06	38,40	122,556	,744	,930
BAPS_07	37,46	125,283	,784	,928
BAPS_12	37,80	122,397	,735	,931
BAPS_19	37,59	124,147	,801	,928
BAPS_20	37,32	126,708	,773	,929
BAPS_24	38,15	122,838	,641	,937

### 10.52.2 Consistência interna do fator Sentido de Colaboração

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,828	5

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_27	20,00	13,963	,614	,798
BAPS_28	20,76	12,242	,641	,791
BAPS_29	20,38	13,168	,704	,773
BAPS_31	20,34	13,182	,606	,800
BAPS_33	20,27	13,741	,577	,807

### 10.52.3 Consistência interna do fator Crenças Comportamentais

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,747	4

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_35	15,27	7,715	,627	,638
BAPS_36	15,21	8,494	,560	,679
BAPS_34_INV	14,75	9,219	,526	,701
BAPS_39_INV	15,15	7,835	,480	,735

### 10.52.4 Consistência interna do fator Tolerância ao Estigma (internalizado e percebido)

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,618	7

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_18	32,57	12,953	,327	,591
BAPS_10_INV	32,29	14,113	,281	,602
BAPS_11_INV	32,04	14,768	,388	,567
BAPS_13_INV	32,13	14,727	,308	,589
BAPS_17_INV	32,06	15,072	,346	,579
BAPS_32_INV	32,10	14,643	,414	,560
BAPS_37_INV	32,16	14,704	,320	,585

### 10.52.5 Consistência interna da escala total – BAPS-PT-26

**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	357	100,0
	Excluded <sup>a</sup>	0	,0
	Total	357	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
,913	26

**Item-Total Statistics**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_18	120,00	343,697	,460	,911
BAPS_10_INV	119,72	365,674	,065	,917
BAPS_11_INV	119,47	359,649	,279	,913
BAPS_13_INV	119,56	360,096	,224	,914
BAPS_17_INV	119,48	360,784	,248	,914
BAPS_32_INV	119,52	364,087	,155	,915
BAPS_37_INV	119,59	366,726	,064	,916
BAPS_01	120,75	335,190	,606	,908
BAPS_02	120,48	328,941	,701	,906
BAPS_03	120,34	330,410	,730	,906
BAPS_04	120,97	326,010	,700	,906
BAPS_06	121,53	329,357	,654	,907
BAPS_07	120,58	331,621	,721	,906
BAPS_12	120,92	328,016	,666	,907
BAPS_19	120,71	328,536	,765	,905
BAPS_20	120,45	330,534	,781	,905
BAPS_24	121,27	330,248	,560	,909
BAPS_27	119,55	346,838	,578	,909
BAPS_28	120,31	340,873	,575	,909
BAPS_29	119,92	340,986	,709	,907
BAPS_31	119,89	345,680	,526	,910
BAPS_33	119,82	346,601	,536	,910
BAPS_35	120,13	344,710	,521	,910
BAPS_36	120,07	348,579	,474	,911
BAPS_34_INV	119,61	355,756	,347	,912
BAPS_39_INV	120,01	347,020	,407	,912

### 10.53 Anexo K7 – AFE2: BAPS-PT-25 (Sem Carregamentos Cruzados)

#### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	Analysis N
BAPS_01	4,24	1,491	357
BAPS_02	4,50	1,541	357
BAPS_03	4,65	1,432	357
BAPS_04	4,01	1,651	357
BAPS_06	3,46	1,622	357
BAPS_07	4,41	1,404	357
BAPS_12	4,06	1,647	357
BAPS_19	4,27	1,438	357
BAPS_20	4,54	1,344	357
BAPS_24	3,72	1,815	357
BAPS_27	5,44	1,047	357
BAPS_28	4,67	1,314	357
BAPS_29	5,06	1,082	357
BAPS_31	5,09	1,194	357
BAPS_33	5,17	1,132	357
BAPS_35	4,85	1,250	357
BAPS_36	4,91	1,162	357
BAPS_34_INV	5,38	1,042	357
BAPS_39_INV	4,98	1,414	357
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357

#### KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,924
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4438,347
	df	300
	Sig.	,000

**Communalities**

	Initial	Extraction
BAPS_01	1,000	,592
BAPS_02	1,000	,668
BAPS_03	1,000	,713
BAPS_04	1,000	,772
BAPS_06	1,000	,659
BAPS_07	1,000	,711
BAPS_12	1,000	,644
BAPS_19	1,000	,731
BAPS_20	1,000	,725
BAPS_24	1,000	,527
BAPS_27	1,000	,586
BAPS_28	1,000	,608
BAPS_29	1,000	,664
BAPS_31	1,000	,570
BAPS_33	1,000	,535
BAPS_35	1,000	,686
BAPS_36	1,000	,676
BAPS_34_INV	1,000	,613
BAPS_39_INV	1,000	,537
BAPS_10_INV	1,000	,489
BAPS_11_INV	1,000	,555
BAPS_13_INV	1,000	,418
BAPS_17_INV	1,000	,349
BAPS_32_INV	1,000	,722
BAPS_37_INV	1,000	,631

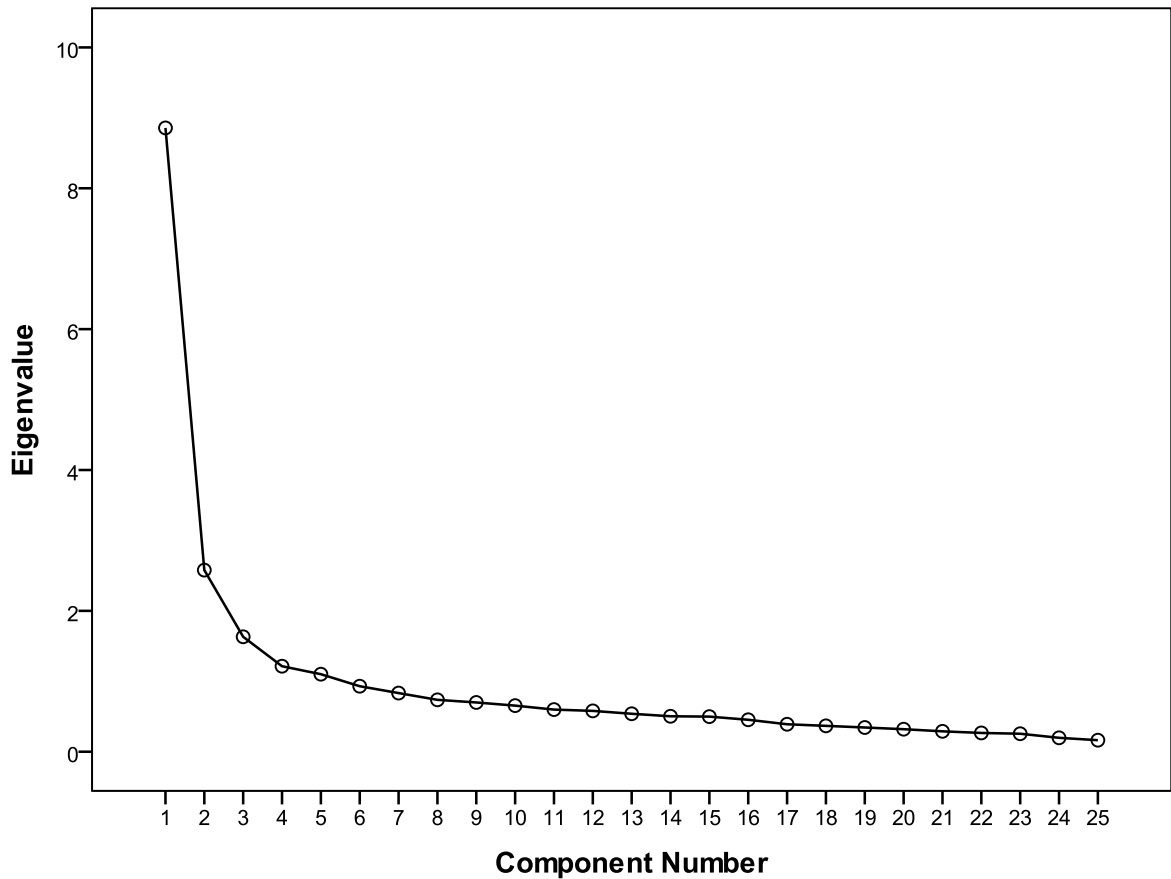
Extraction Method: Principal  
Component Analysis.

**Total Variance Explained**

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,857	35,427	35,427	8,857	35,427	35,427	6,362	25,450	25,450
2	2,578	10,314	45,741	2,578	10,314	45,741	3,417	13,670	39,120
3	1,632	6,526	52,267	1,632	6,526	52,267	2,284	9,138	48,257
4	1,214	4,856	57,123	1,214	4,856	57,123	1,817	7,267	55,524
5	1,101	4,403	61,526	1,101	4,403	61,526	1,500	6,002	61,526
6	,930	3,720	65,246						
7	,833	3,331	68,577						
8	,737	2,947	71,523						
9	,699	2,797	74,321						
10	,654	2,618	76,939						
11	,598	2,393	79,332						
12	,580	2,319	81,651						
13	,539	2,156	83,807						
14	,503	2,013	85,819						
15	,498	1,994	87,813						
16	,454	1,814	89,628						
17	,390	1,560	91,187						
18	,367	1,469	92,656						
19	,344	1,375	94,032						
20	,320	1,279	95,310						
21	,289	1,158	96,468						
22	,267	1,066	97,535						
23	,255	1,021	98,556						
24	,197	,790	99,346						
25	,164	,654	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

**Scree Plot**



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component				
	1	2	3	4	5
BAPS_20	,840				
BAPS_19	,832				
BAPS_07	,803				
BAPS_03	,798				
BAPS_04	,766		,320		
BAPS_02	,762				
BAPS_29	,748				
BAPS_06	,732				
BAPS_12	,732				
BAPS_01	,686				
BAPS_24	,649				
BAPS_28	,637		-,318		
BAPS_27	,624			,334	
BAPS_33	,592				
BAPS_31	,587		-,362		
BAPS_35	,550	,381	-,372		
BAPS_36	,507	,338	-,437		
BAPS_34_INV	,327	,592		-,354	
BAPS_32_INV		,509		,463	,385
BAPS_11_INV		,494			-,447
BAPS_39_INV	,401	,475		-,386	
BAPS_10_INV		,445			-,428
BAPS_17_INV		,417	,323		
BAPS_13_INV			,501		
BAPS_37_INV		,473	,318		,502

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 5 components extracted.

**Rotated Component Matrix<sup>a</sup>**

	Component				
	Intenção	Colaboração	Intenção Ktal	Estigma 1	Estigma 2
BAPS_04	,862				
BAPS_03	,800				
BAPS_06	,786				
BAPS_12	,770				
BAPS_02	,760				
BAPS_07	,755	,372			
BAPS_19	,745	,406			
BAPS_01	,731				
BAPS_20	,693	,467			
BAPS_24	,669				
BAPS_28		,712			
BAPS_31		,698			
BAPS_27		,689			
BAPS_33		,670			
BAPS_29	,414	,642			
BAPS_35		,362	,719		
BAPS_36		,371	,703		
BAPS_34_INV			,692		
BAPS_39_INV			,635	,313	
BAPS_11_INV				,702	
BAPS_10_INV				,679	
BAPS_13_INV				,527	
BAPS_17_INV				,514	
BAPS_32_INV					,818
BAPS_37_INV					,767

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 7 iterations.

**Component Transformation Matrix**

Component	1	2	3	4	5
1	,795	,516	,287	,131	,041
2	-,436	,200	,541	,540	,431
3	,371	-,542	-,352	,536	,397
4	-,152	,570	-,630	-,099	,495
5	,130	-,273	,323	-,629	,640

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

### 10.53.1 Consistência interna do fator Tolerância ao Estigma (sem o #18)

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,591	6

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS_10_INV	5,27	1,280	357
BAPS_11_INV	5,52	,941	357
BAPS_32_INV	5,46	,931	357
BAPS_37_INV	5,40	1,067	357
BAPS_13_INV	5,43	1,083	357
BAPS_17_INV	5,50	,935	357

#### Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
BAPS_10_INV	27,31	9,040	,295	,567
BAPS_11_INV	27,06	9,909	,364	,532
BAPS_32_INV	27,11	9,867	,379	,527
BAPS_37_INV	27,18	9,752	,309	,553
BAPS_13_INV	27,15	9,776	,296	,559
BAPS_17_INV	27,07	10,045	,343	,540

## 10.54 Anexo K8 – AFE2: BAPS-PT-25 (Solução Forçada a Quatro Fatores)

### KMO and Bartlett's Test

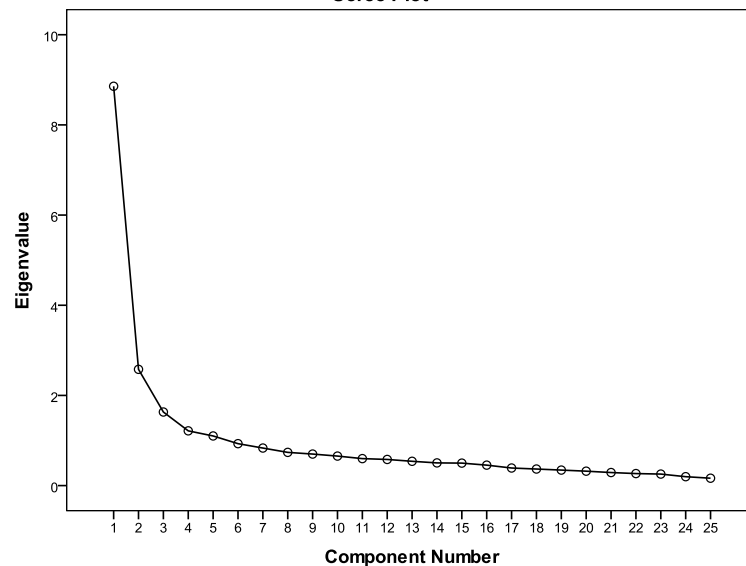
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,924
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4438,347
	df	300
	Sig.	,000

### Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	8,857	35,427	35,427	8,857	35,427	35,427	6,429	25,715	25,715
2	2,578	10,314	45,741	2,578	10,314	45,741	3,498	13,992	39,708
3	1,632	6,526	52,267	1,632	6,526	52,267	2,292	9,167	48,875
4	1,214	4,856	57,123	1,214	4,856	57,123	2,062	8,248	57,123
5	1,101	4,403	61,526						
6	,930	3,720	65,246						
7	,833	3,331	68,577						
8	,737	2,947	71,523						
9	,699	2,797	74,321						
10	,654	2,618	76,939						
11	,598	2,393	79,332						
12	,580	2,319	81,651						
13	,539	2,156	83,807						
14	,503	2,013	85,819						
15	,498	1,994	87,813						
16	,454	1,814	89,628						
17	,390	1,560	91,187						
18	,367	1,469	92,656						
19	,344	1,375	94,032						
20	,320	1,279	95,310						
21	,289	1,158	96,468						
22	,267	1,066	97,535						
23	,255	1,021	98,556						
24	,197	,790	99,346						
25	,164	,654	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

### Scree Plot



Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	1	2	3	4
BAPS_20	,840			
BAPS_19	,832			
BAPS_07	,803			
BAPS_03	,798			
BAPS_04	,766		,320	
BAPS_02	,762			
BAPS_29	,748			
BAPS_06	,732			
BAPS_12	,732			
BAPS_01	,686			
BAPS_24	,649			
BAPS_28	,637		-,318	
BAPS_27	,624			,334
BAPS_33	,592			
BAPS_31	,587		-,362	
BAPS_35	,550	,381	-,372	
BAPS_36	,507	,338	-,437	
BAPS_34_INV	,327	,592		-,354
BAPS_32_INV		,509		,463
BAPS_11_INV		,494		
BAPS_39_INV	,401	,475		-,386
BAPS_37_INV		,473	,318	
BAPS_10_INV		,445		
BAPS_17_INV		,417	,323	
BAPS_13_INV			,501	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. 4 components extracted.

Rotated Component Matrix<sup>a</sup>

	Component			
	Intenção	Colaboração	Intenção Ktal	Estigma
BAPS_04	,868			
BAPS_03	,797			
BAPS_06	,785			
BAPS_12	,765			
BAPS_02	,759			
BAPS_07	,754	,376		
BAPS_19	,744	,410		
BAPS_01	,716			
BAPS_20	,698	,462		
BAPS_24	,688			
BAPS_28		,698		
BAPS_31		,694		
BAPS_33		,660		
BAPS_27	,307	,659		
BAPS_29	,435	,617		
BAPS_34_INV			,693	
BAPS_39_INV			,678	
BAPS_35		,433	,665	
BAPS_36		,474	,598	
BAPS_32_INV				,700
BAPS_37_INV				,599
BAPS_13_INV				,581
BAPS_17_INV				,494
BAPS_11_INV			,331	,483
BAPS_10_INV			,325	,419

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 8 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4
1	,800	,520	,276	,114
2	-,442	,226	,588	,639
3	,368	-,593	-,231	,678
4	-,171	,571	-,724	,346

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

## 10.55 Anexo K9 – AFE2: Análise Paralela da BAPS-PT em Exploração

### Matrix

Run MATRIX procedure:

PARALLEL ANALYSIS:

PAF/Common Factor Analysis & Random Normal Data Generation

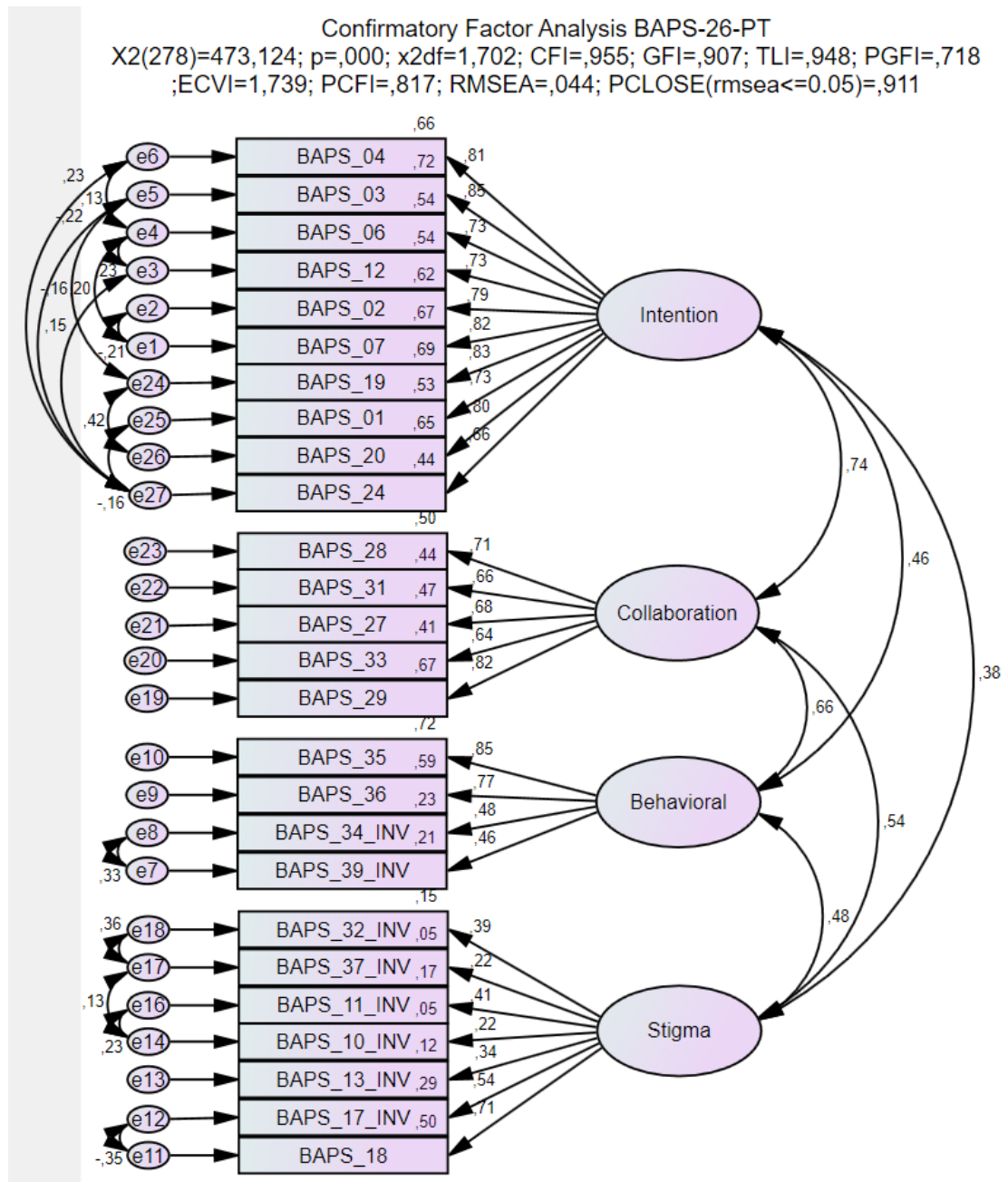
Specifications for this Run:

Ncases 357  
Nvars 37  
Ndatsets 1000  
Percent 95

Raw Data Eigenvalues, & Mean & Percentile Random Data Eigenvalues

Root	Raw Data	Means	Prcntyle
1,000000	13,143565	,777772	,861564
2,000000	2,414082	,695297	,762908
3,000000	1,304551	,632203	,685362
4,000000	,860292	,579508	,632315
5,000000	,568342	,530056	,575258
6,000000	,556260	,486230	,531359
7,000000	,424562	,445359	,487848
8,000000	,334234	,406992	,444113
9,000000	,328167	,370391	,406076
10,000000	,244484	,334249	,369042
11,000000	,203056	,300527	,333340
12,000000	,192910	,267526	,300526
13,000000	,163880	,236122	,267760
14,000000	,133643	,205658	,236462
15,000000	,101040	,175591	,204883
16,000000	,077556	,146502	,173744
17,000000	,062335	,118287	,146648
18,000000	,051827	,090291	,117529
19,000000	,020034	,063884	,090292
20,000000	-,003122	,037462	,063178
21,000000	-,025421	,011766	,036116
22,000000	-,049620	-,014088	,010614
23,000000	-,059609	-,038713	-,014049
24,000000	-,064536	-,064183	-,041031
25,000000	-,079120	-,088900	-,065883
26,000000	-,086832	-,112558	-,090980
27,000000	-,100205	-,135699	-,113769
28,000000	-,111769	-,160903	-,140043
29,000000	-,114094	-,184315	-,162807
30,000000	-,142508	-,207439	-,184945
31,000000	-,153932	-,231760	-,210950
32,000000	-,155327	-,255710	-,236275
33,000000	-,167272	-,280220	-,260370
34,000000	-,184014	-,304872	-,284635
35,000000	-,208780	-,331452	-,310102
36,000000	-,248366	-,360821	-,339597
37,000000	-,269247	-,395641	-,368551

## 10.56 Anexo K10 – AFE2: Estudo da Estrutura Tetrafatorial da BAPS-PT-26



### 10.56.1 Sumário do ajustamento do modelo

#### 10.56.1.1 CMIN

<i>Model</i>	<i>NPAR</i>	<i>CMIN</i>	<i>DF</i>	<i>P</i>	<i>CMIN/DF</i>
Default model	73	473,124	278	,000	1,702
Saturated model	351	,000	0		
Independence model	26	4682,342	325	,000	14,407

**10.56.1.2 RMR, GFI**

<i>Model</i>	<i>RMR</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>PGFI</i>
Default model	,096	,907	,882	,718
Saturated model	,000	1,000		
Independence model	,646	,258	,199	,239

**10.56.1.3 Comparações Basais**

<i>Model</i>	<i>NFI Delta1</i>	<i>RFI rho1</i>	<i>IFI Delta2</i>	<i>TLI rho2</i>	<i>CFI</i>
Default model	,899	,882	,956	,948	,955
Saturated model	1,000		1,000		1,000
Independence model	,000	,000	,000	,000	,000

**10.56.1.4 Medidas de Parcimónia Ajustada**

<i>Model</i>	<i>PRATIO</i>	<i>PNFI</i>	<i>PCFI</i>
Default model	,855	,769	,817
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	1,000	,000	,000

**10.56.1.5 NCP**

<i>Model</i>	<i>NCP</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>
Default model	195,124	138,894	259,232
Saturated model	,000	,000	,000
Independence model	4357,342	4139,725	4582,234

**10.56.1.6 FMIN**

<i>Model</i>	<i>FMIN</i>	<i>F0</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>
Default model	1,329	,548	,390	,728
Saturated model	,000	,000	,000	,000
Independence model	13,153	12,240	11,628	12,871

**10.56.1.7 RMSEA**

<i>Model</i>	<i>RMSEA</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>PCLOSE</i>
Default model	,044	,037	,051	,911
Independence model	,194	,189	,199	,000

**10.56.1.8 AIC**

<i>Model</i>	<i>AIC</i>	<i>BCC</i>	<i>BIC</i>	<i>CAIC</i>
Default model	619,124	631,106	902,199	975,199
Saturated model	702,000	759,611	2063,085	2414,085
Independence model	4734,342	4738,609	4835,163	4861,163

**10.56.1.9 ECVI**

<i>Model</i>	<i>ECVI</i>	<i>LO 90</i>	<i>HI 90</i>	<i>MECVI</i>
Default model	1,739	1,581	1,919	1,773
Saturated model	1,972	1,972	1,972	2,134
Independence model	13,299	12,687	13,930	13,311

**10.56.1.10 HOELTER**

<i>Model</i>	<i>HOELTER (.05)</i>	<i>HOELTER (.01)</i>
Default model	240	253
Independence model	28	30

## 10.57 Anexo K11 – AFE2: Validade Incremental dos Novos Itens da BAPS-PT-26

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS - Intenção de Adesão	4,1863	1,23248	357
BAPS - Tolerância ao Estigma	5,3657	,61380	357
BAPS - Crenças Comportamentais	5,0315	,92307	357
BAPS - Sentido de Colaboração	5,0874	,89140	357

### Correlations

		BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Crenças Comportame ntais	BAPS - Sentido de Colaboração
Pearson Correlation	BAPS - Intenção de Adesão	1,000	,196	,388	,636
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,196	1,000	,383	,298
	BAPS - Crenças Comportamentais	,388	,383	1,000	,520
	BAPS - Sentido de Colaboração	,636	,298	,520	1,000
Sig. (1-tailed)	BAPS - Intenção de Adesão	.	,000	,000	,000
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,000	.	,000	,000
	BAPS - Crenças Comportamentais	,000	,000	.	,000
	BAPS - Sentido de Colaboração	,000	,000	,000	.
N	BAPS - Intenção de Adesão	357	357	357	357
	BAPS - Tolerância ao Estigma	357	357	357	357
	BAPS - Crenças Comportamentais	357	357	357	357
	BAPS - Sentido de Colaboração	357	357	357	357

### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	BAPS - Tolerância ao Estigma <sup>a</sup>	.	Enter
2	BAPS - Crenças Comportamentais <sup>a</sup>	.	Enter
3	BAPS - Sentido de Colaboração <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Model Summary<sup>d</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,196 <sup>a</sup>	,039	,036	1,21020	,039	14,227	1	355	,000	
2	,391 <sup>b</sup>	,153	,148	1,13735	,115	47,930	1	354	,000	
3	,639 <sup>c</sup>	,409	,404	,95165	,256	152,637	1	353	,000	1,822

a. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Crenças Comportamentais

c. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Crenças Comportamentais, BAPS - Sentido de Colaboração

d. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**ANOVA<sup>d</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	20,836	1	20,836	14,227	,000 <sup>a</sup>
	Residual	519,927	355	1,465		
	Total	540,763	356			
2	Regression	82,838	2	41,419	32,019	,000 <sup>b</sup>
	Residual	457,925	354	1,294		
	Total	540,763	356			
3	Regression	221,072	3	73,691	81,369	,000 <sup>c</sup>
	Residual	319,691	353	,906		
	Total	540,763	356			

a. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Crenças Comportamentais

c. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Crenças Comportamentais, BAPS - Sentido de Colaboração

d. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	2,071	,564		3,670	,000	,961	3,181					
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,394	,104	,196	3,772	,000	,189	,600	,196	,196	,196	1,000	1,000
2	(Constant)	1,121	,548		2,047	,041	,044	2,199					
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,112	,106	,056	1,056	,292	-,097	,321	,196	,056	,052	,853	1,172
	BAPS - Crenças Comportamentais	,489	,071	,367	6,923	,000	,350	,628	,388	,345	,339	,853	1,172
3	(Constant)	-,423	,475		-,890	,374	-1,357	,512					
	BAPS - Tolerância ao Estigma	-,027	,090	-,013	-,302	,763	-,203	,149	,196	-,016	-,012	,840	1,191
	BAPS - Crenças Comportamentais	,111	,067	,083	1,667	,096	-,020	,242	,388	,088	,068	,673	1,486
	BAPS - Sentido de Colaboração	,825	,067	,597	12,355	,000	,693	,956	,636	,549	,506	,718	1,392

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Excluded Variables<sup>c</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	BAPS - Crenças Comportamentais	,367 <sup>a</sup>	6,923	,000	,345	,853	1,172	,853
	BAPS - Sentido de Colaboração	,634 <sup>a</sup>	14,739	,000	,617	,911	1,098	,911
2	BAPS - Sentido de Colaboração	,597 <sup>b</sup>	12,355	,000	,549	,718	1,392	,673

a. Predictors in the Model: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Predictors in the Model: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Crenças Comportamentais

c. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>**

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Crenças Comportamentais	BAPS - Sentido de Colaboração
1	1	1,994	1,000	,00	,00		
	2	,006	17,565	1,00	1,00		
2	1	2,975	1,000	,00	,00	,00	
	2	,019	12,599	,13	,07	,98	
	3	,006	21,557	,87	,92	,01	
3	1	3,958	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,020	14,006	,15	,12	,32	,22
	3	,015	16,219	,00	,01	,65	,76
	4	,006	24,992	,85	,87	,03	,02

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Casewise Diagnostics<sup>a</sup>**

Case Number	Std. Residual	BAPS - Intenção de Adesão	Predicted Value	Residual
4	-2,461	1,50	3,8421	-2,34208
6	-2,135	1,30	3,3320	-2,03202
24	2,635	4,90	2,3924	2,50764
37	-2,164	1,90	3,9595	-2,05952
73	-2,846	1,70	4,4082	-2,70820
78	-2,207	2,40	4,5006	-2,10055
85	-2,570	1,90	4,3456	-2,44561
89	-2,973	2,20	5,0293	-2,82930
97	-3,782	1,10	4,6994	-3,59940
101	-2,741	1,50	4,1083	-2,60833
102	2,405	5,10	2,8117	2,28833
103	-2,260	1,40	3,5509	-2,15088
135	-3,084	1,60	4,5344	-2,93445
145	-2,225	2,90	5,0170	-2,11702
146	2,208	5,90	3,7984	2,10156
165	-2,695	2,30	4,8644	-2,56435
179	-2,396	1,80	4,0806	-2,28057
193	-2,467	1,70	4,0473	-2,34734
198	-2,169	2,80	4,8637	-2,06369
245	-2,012	2,60	4,5144	-1,91443
288	-2,002	3,10	5,0054	-1,90541

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

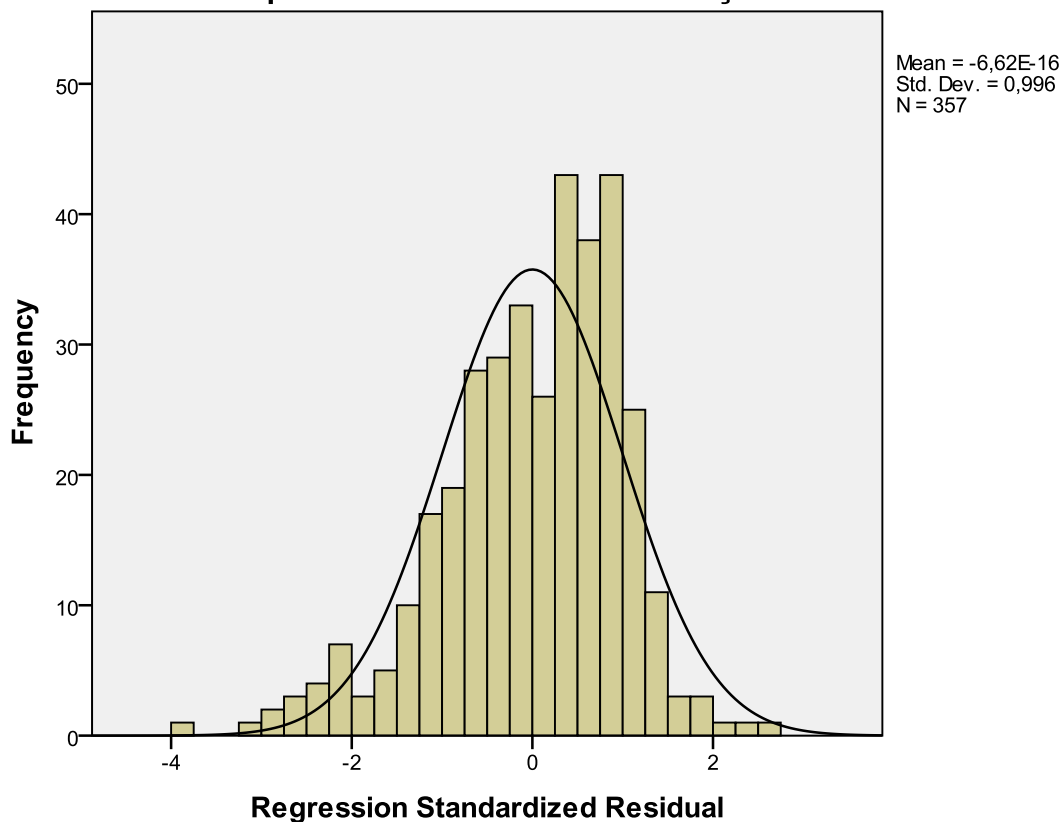
**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,6457	5,0757	4,1863	,78803	357
Std. Predicted Value	-4,493	1,129	,000	1,000	357
Standard Error of Predicted Value	,051	,281	,095	,034	357
Adjusted Predicted Value	,5910	5,0828	4,1869	,78880	357
Residual	-3,59940	2,50764	,00000	,94763	357
Std. Residual	-3,782	2,635	,000	,996	357
Stud. Residual	-3,796	2,669	,000	1,002	357
Deleted Residual	-3,62555	2,57308	-,00063	,95906	357
Stud. Deleted Residual	-3,870	2,693	-,001	1,006	357
Mahal. Distance	,029	30,023	2,992	3,500	357
Cook's Distance	,000	,158	,003	,010	357
Centered Leverage Value	,000	,084	,008	,010	357

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

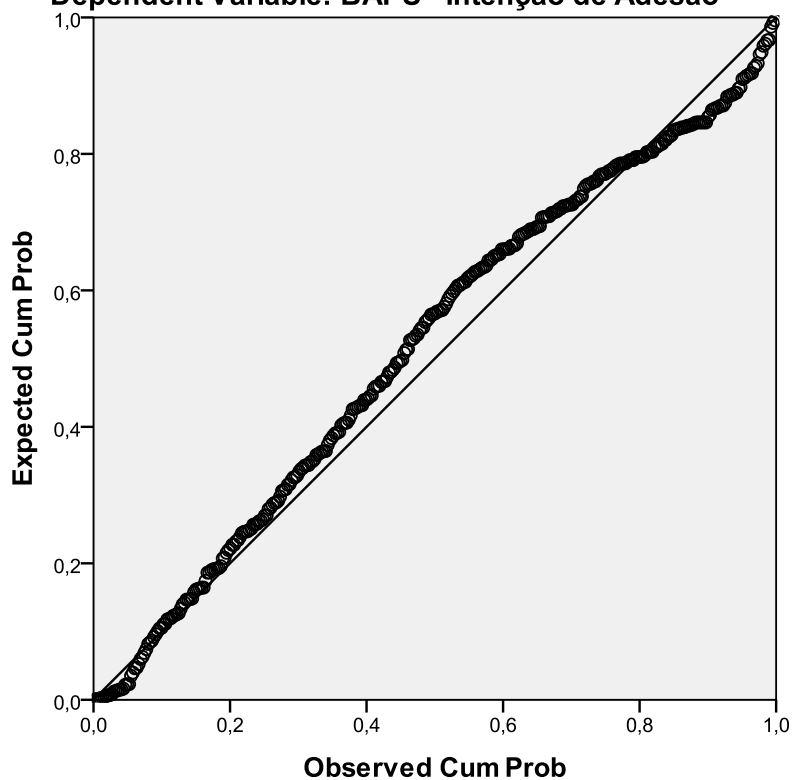
### Histogram

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



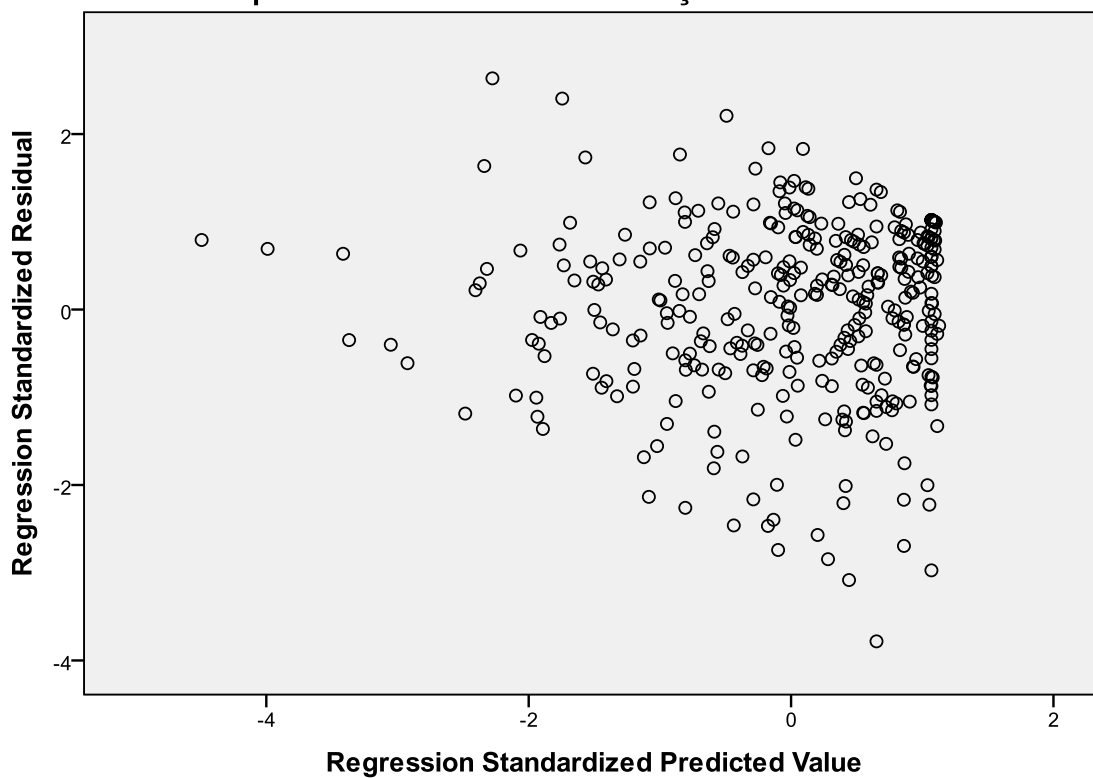
### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



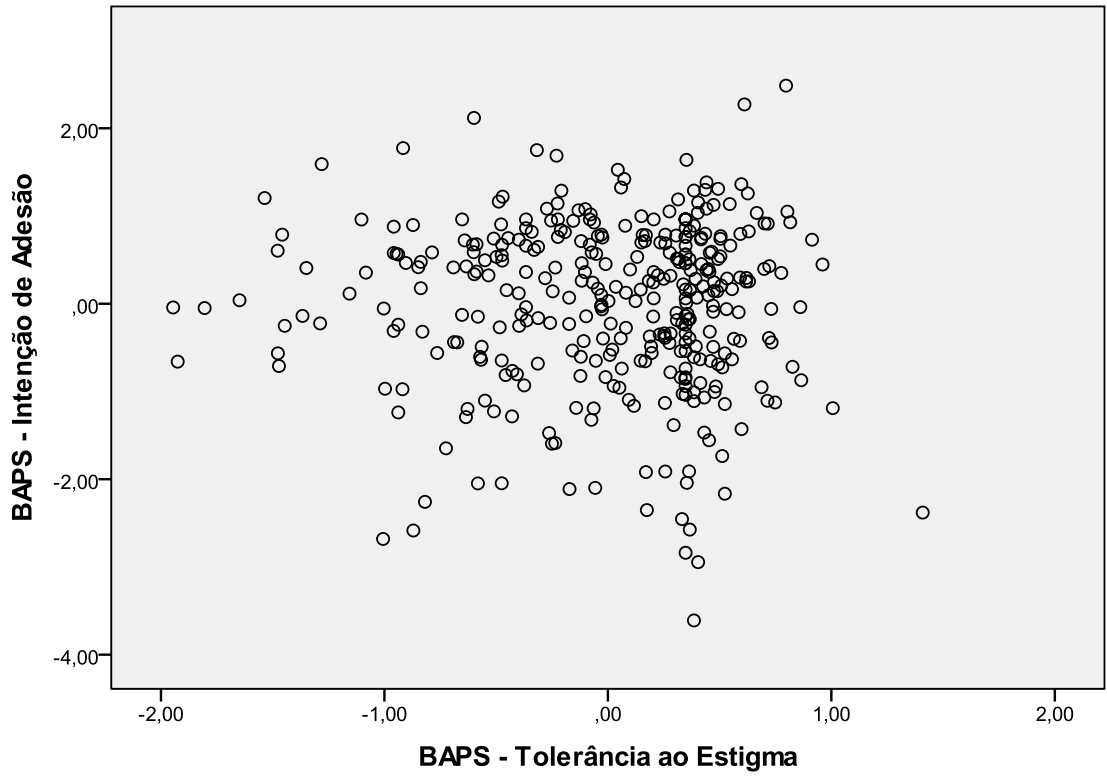
### Scatterplot

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



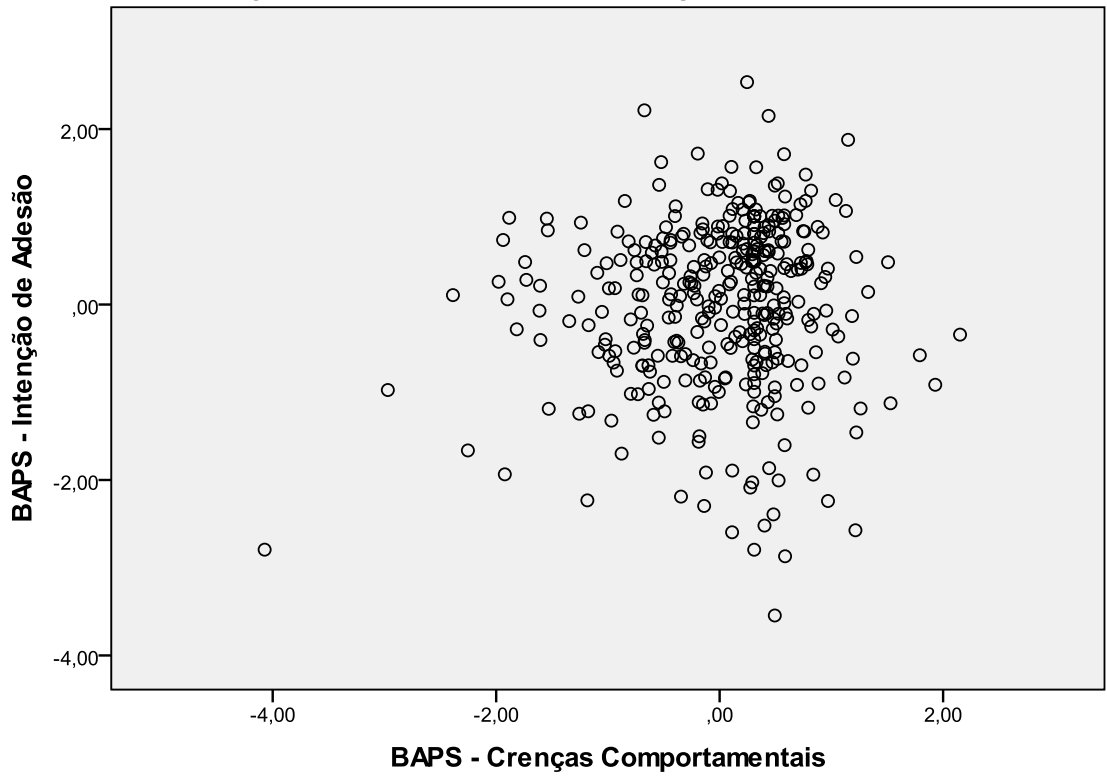
**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



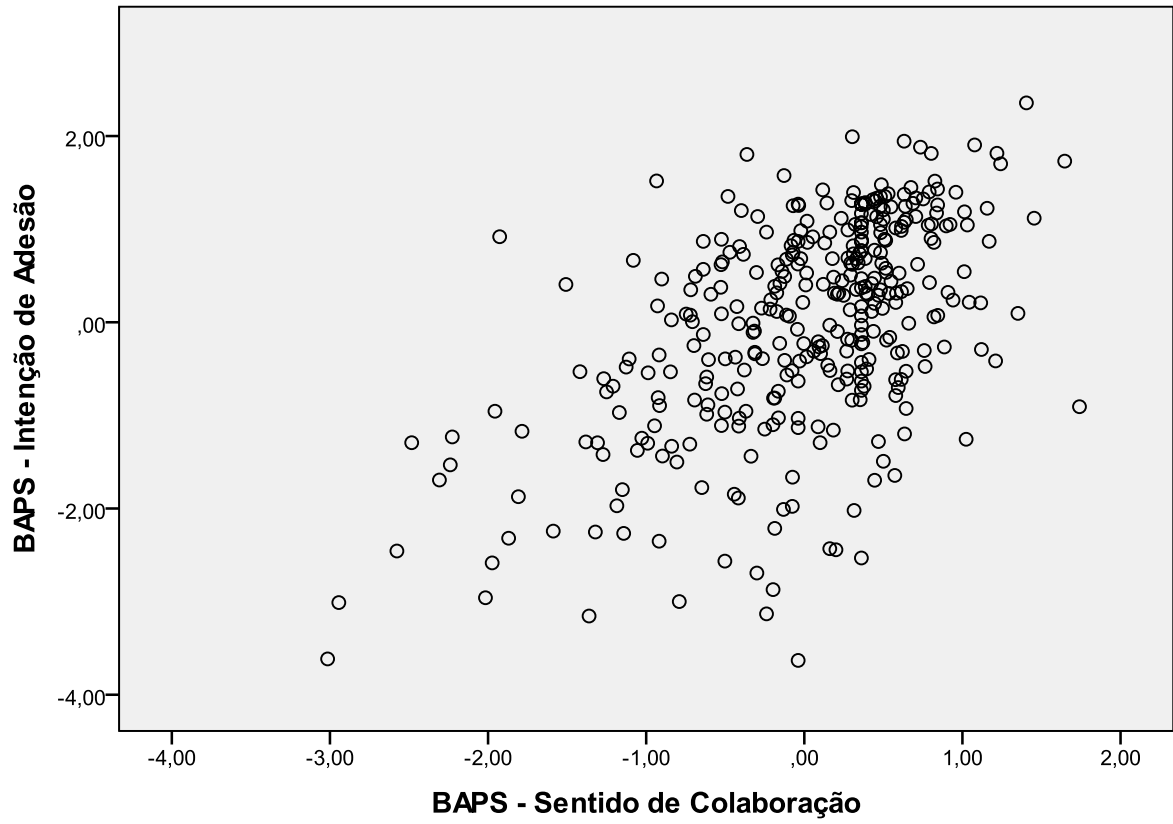
**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



### Partial Regression Plot

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



## 10.58 Anexo L1 – Filtro para o Estudo da EDS

Para obter os resultados da EDS foram excluídos os respondentes que se enquadravam nas categorias profissionais em estudo (psicólogos, enfermeiros, médicos, psiquiatras e terapeutas alternativos) através da seguinte sintaxe (do SPSS):

USE ALL.

COMPUTE Filtro\_EDS=

(SOC\_Profissao\_AGRUP <> 21 AND

SOC\_Profissao\_AGRUP <> 37 AND

SOC\_Profissao\_AGRUP <> 29 AND

SOC\_Profissao\_AGRUP <> 4 AND

SOC\_Profissao\_AGRUP <> 42).

VARIABLE LABELS Filtro\_EDS 'Filtro da EDS'.

VALUE LABELS Filtro\_EDS 0 'Excluído da EDS' 1 'Incluído na EDS'.

FORMATS Filtro\_EDS (f1.0).

FILTER BY Filtro\_EDS.

EXECUTE.

### Statistics

Filtro da EDS

N	Valid	879
	Missing	0

### Filtro da EDS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excluído da EDS	216	24,6	24,6	24,6
	Incluído na EDS	663	75,4	75,4	100,0
	Total	879	100,0	100,0	

## 10.59 Anexo L2 – EDS: Dados Sociodemográficos da Amostra

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	663	19	83	43,57	11,756
Valid N (listwise)	663				

### Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	155	23,4	23,4	23,4
Feminino	508	76,6	76,6	100,0
Total	663	100,0	100,0	

### Habilitações

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Abaixo da 4.ª Classe	1	,2	,2	,2
6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	7	1,1	1,1	1,2
9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	42	6,3	6,3	7,6
12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	181	27,3	27,3	34,9
Licenciatura (pós-Bolonha)	102	15,4	15,4	50,3
Licenciatura (pré-Bolonha)	211	31,8	31,9	82,2
Mestrado	97	14,6	14,7	96,8
Doutoramento	21	3,2	3,2	100,0
Total	662	99,8	100,0	
Missing System	1	,2		
Total	663	100,0		

### Zona de Residência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Açores	8	1,2	1,2	1,2
Alentejo	25	3,8	3,8	5,0
Algarve	19	2,9	2,9	7,8
Centro	85	12,8	12,8	20,7
Lisboa	417	62,9	62,9	83,6
Madeira	7	1,1	1,1	84,6
Norte	102	15,4	15,4	100,0
Total	663	100,0	100,0	

**Classe Social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	27	4,1	4,1	4,1
	Média-Baixa	164	24,7	24,8	28,9
	Média	385	58,1	58,2	87,0
	Média-Alta	83	12,5	12,5	99,5
	Alta	3	,5	,5	100,0
	Total	662	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		663	100,0		

**Tipo de Respondente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aderente	344	51,9	55,3	55,3
	Não-aderente	278	41,9	44,7	100,0
	Total	622	93,8	100,0	
Missing	System	41	6,2		
Total		663	100,0		

Profissão

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Docentes / Professores	55	8,3	8,3	8,3
Assistentes (diversos)	40	6,0	6,0	14,3
Reformados	37	5,6	5,6	19,9
Gestores e Gerentes	36	5,4	5,4	25,3
Administrativos	31	4,7	4,7	30,0
Desempregados	31	4,7	4,7	34,7
Estudantes	30	4,5	4,5	39,2
Técnicos (outros)	30	4,5	4,5	43,7
Comerciais	28	4,2	4,2	48,0
Outros (diversos)	27	4,1	4,1	52,0
Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde	20	3,0	3,0	55,1
Formadores e Educadores	19	2,9	2,9	57,9
Empresários	18	2,7	2,7	60,6
Engenheiros	17	2,6	2,6	63,2
Advogados e Juristas	16	2,4	2,4	65,6
Bancários	16	2,4	2,4	68,0
Esteticistas e Massagistas	15	2,3	2,3	70,3
Escriturários e Secretários	14	2,1	2,1	72,4
Consultores	13	2,0	2,0	74,4
Terapeutas da Fala	13	2,0	2,0	76,3
Funcionários Públicos	12	1,8	1,8	78,1
Informática e Tecnologias de Informação	12	1,8	1,8	79,9
Assistentes Sociais	11	1,7	1,7	81,6
Trabalhadores Independentes / Liberais	10	1,5	1,5	83,1
Contabilistas	10	1,5	1,5	84,6
Diretores	9	1,4	1,4	86,0
Técnicos Superiores	9	1,4	1,4	87,3
Marketing e Publicidade	8	1,2	1,2	88,5
Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)	7	1,1	1,1	89,6
Fisioterapeutas	7	1,1	1,1	90,6
Finanças e Economistas	6	,9	,9	91,6
Cabeleireiros	6	,9	,9	92,5
Arquitetos	6	,9	,9	93,4
Artistas (pintores, músicos e artesãos)	6	,9	,9	94,3
Polícias, Militares e Vigilantes	6	,9	,9	95,2
Auditores	5	,8	,8	95,9
Linguistas, Tradutores e Intérpretes	5	,8	,8	96,7
Nutricionistas	5	,8	,8	97,4
Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros	4	,6	,6	98,0
Sociólogos e Antropólogos	4	,6	,6	98,6
Biólogos, Químicos e Bioquímicos	3	,5	,5	99,1
Jornalistas	3	,5	,5	99,5
Psicoterapeutas	3	,5	,5	100,0
Total	663	100,0	100,0	

## 10.60 Anexo L3 – EDS: Estatísticas Descritivas de Todos os Fatores

### Descriptive Statistics

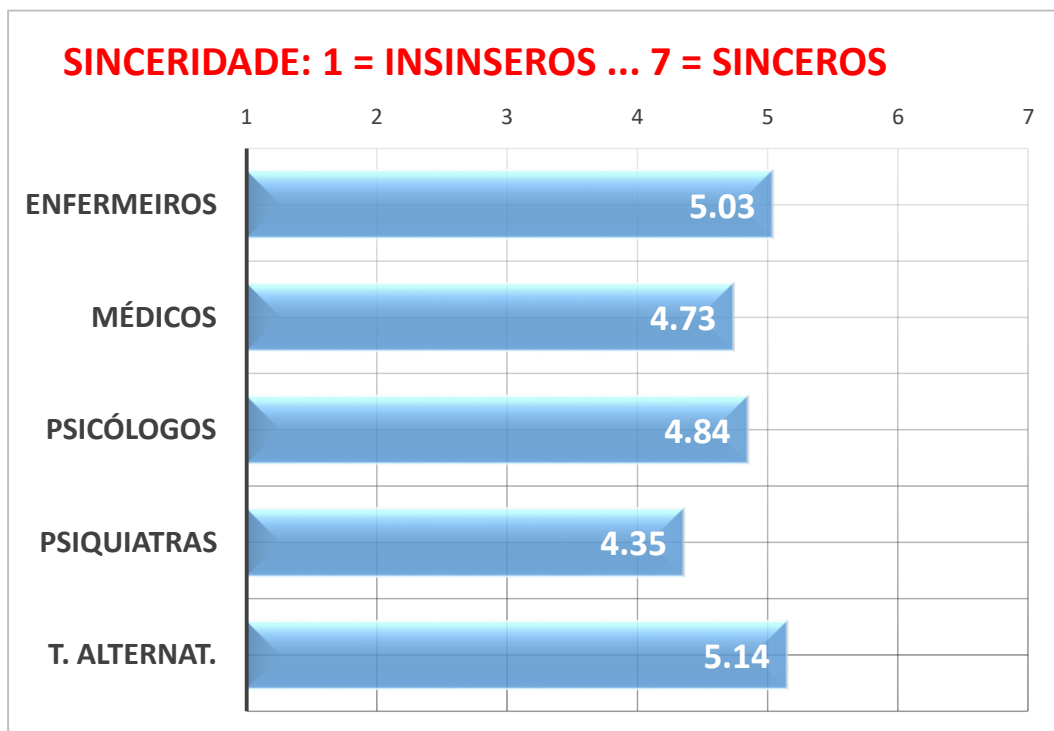
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Velocidade - Enfermeiros	654	1	7	4,66	1,491
Velocidade - Médicos	653	1	7	4,30	1,443
Velocidade - Psicólogos	637	1	7	3,86	1,509
Velocidade - Psiquiatras	627	1	7	3,52	1,553
Velocidade - T. Alternativos	630	1	7	4,76	1,572
Sinceridade - Enfermeiros	655	1	7	5,03	1,477
Sinceridade - Médicos	655	1	7	4,73	1,594
Sinceridade - Psicólogos	643	1	7	4,84	1,562
Sinceridade - Psiquiatras	640	1	7	4,35	1,656
Sinceridade - T. Alternativos	646	1	7	5,14	1,579
Segurança - Enfermeiros	657	1	7	5,18	1,408
Segurança - Médicos	658	1	7	5,06	1,425
Segurança - Psicólogos	647	1	7	5,04	1,487
Segurança - Psiquiatras	639	1	7	4,40	1,706
Segurança - T. Alternativos	647	1	7	5,01	1,574
Confiabilidade - Enfermeiros	655	1	7	5,27	1,396
Confiabilidade - Médicos	658	1	7	5,14	1,460
Confiabilidade - Psicólogos	647	1	7	5,06	1,504
Confiabilidade - Psiquiatras	642	1	7	4,56	1,707
Confiabilidade - T. Alternativos	655	1	7	5,03	1,525
Utilidade - Enfermeiros	658	1	7	6,14	1,273
Utilidade - Médicos	659	1	7	5,96	1,351
Utilidade - Psicólogos	652	1	7	5,61	1,567
Utilidade - Psiquiatras	645	1	7	5,18	1,812
Utilidade - T. Alternativos	654	1	7	5,81	1,433
Emocionalidade - Enfermeiros	654	1	7	4,77	1,574
Emocionalidade - Médicos	652	1	7	3,89	1,541
Emocionalidade - Psicólogos	646	1	7	4,81	1,610
Emocionalidade - Psiquiatras	639	1	7	3,86	1,656
Emocionalidade - T. Alternativos	658	1	7	5,69	1,340
Eficácia - Enfermeiros	658	1	7	5,42	1,359
Eficácia - Médicos	659	1	7	5,11	1,370
Eficácia - Psicólogos	647	1	7	4,79	1,521
Eficácia - Psiquiatras	643	1	7	4,35	1,659
Eficácia - T. Alternativos	652	1	7	5,22	1,464
Valid N (listwise)	564				

### 10.61 Anexo L4 – EDS: Resumo das Médias e dos Desvios-padrão

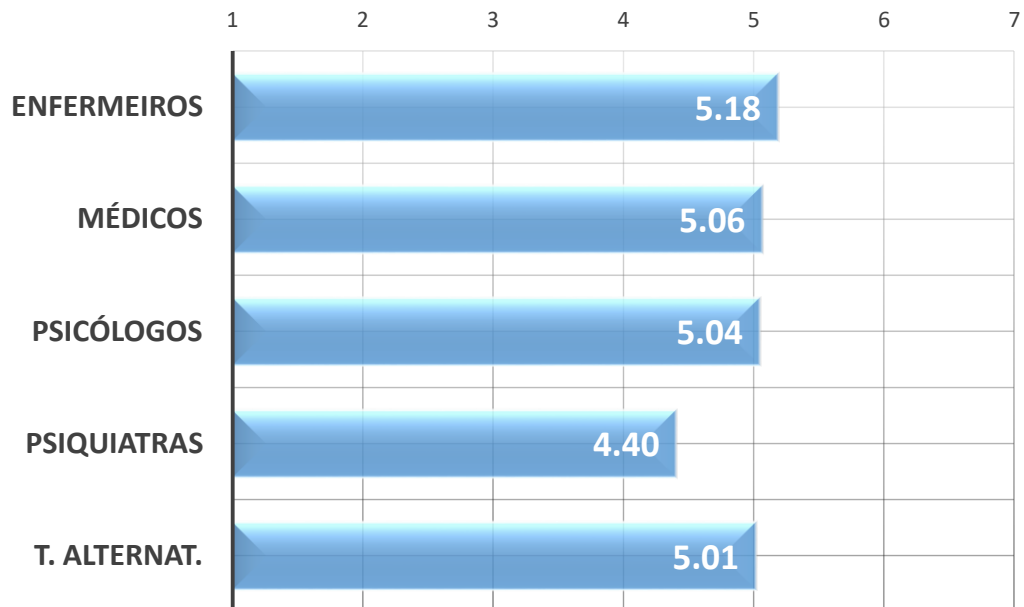
<i>Fatores</i>	<i>Enfermeiros</i>		<i>Médicos</i>		<i>Psicólogos</i>		<i>Psiquiatras</i>		<i>T. Alternat.</i>	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Velocidade	4.66	1.49	4.30	1.44	3.86	1.51	3.52	1.55	4.76	1.57
Sinceridade	5.03	1.48	4.73	1.59	4.84	1.56	4.35	1.66	5.14	1.58
Segurança	5.18	1.41	5.06	1.43	5.04	1.49	4.40	1.71	5.01	1.57
Confiabilidade	5.27	1.40	5.14	1.46	5.06	1.50	4.56	1.71	5.03	1.53
Utilidade	6.14	1.27	5.96	1.35	5.61	1.57	5.18	1.81	5.81	1.43
Emocionalidade	4.77	1.57	3.89	1.54	4.81	1.61	3.86	1.66	5.69	1.34
Eficácia	5.42	1.36	5.11	1.37	4.79	1.52	4.35	1.66	5.22	1.46

*Notas:* *M* = Média das opiniões dos respondentes, obtidas numa escala do tipo *Likert* de favorabilidade entre 1=opinião mais desfavorável e 7=opinião mais favorável. *DP* = Desvio Padrão.

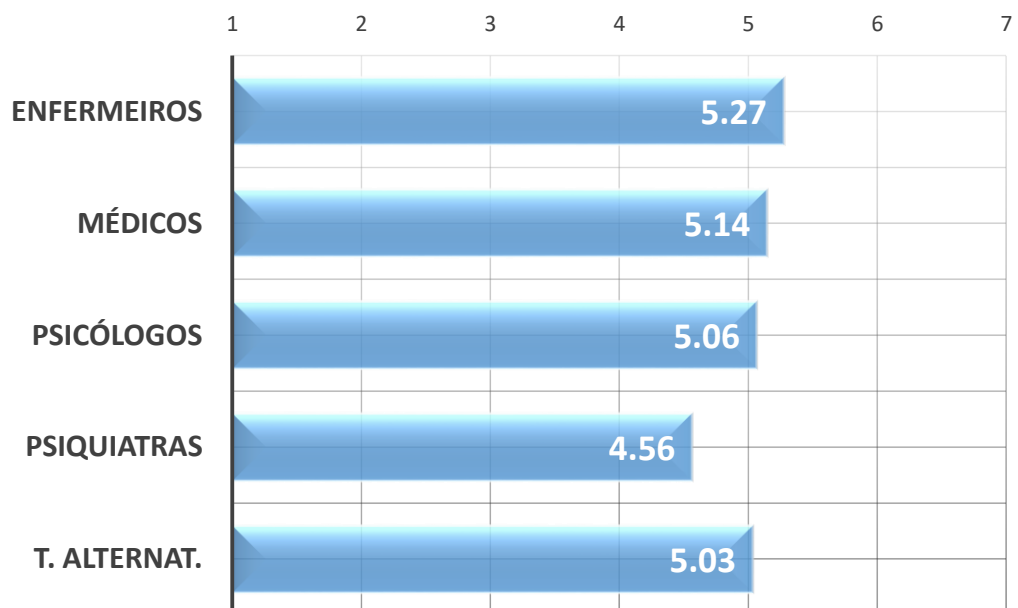
**10.62 Anexo L5 – EDS: Gráficos Comparativos das Médias**



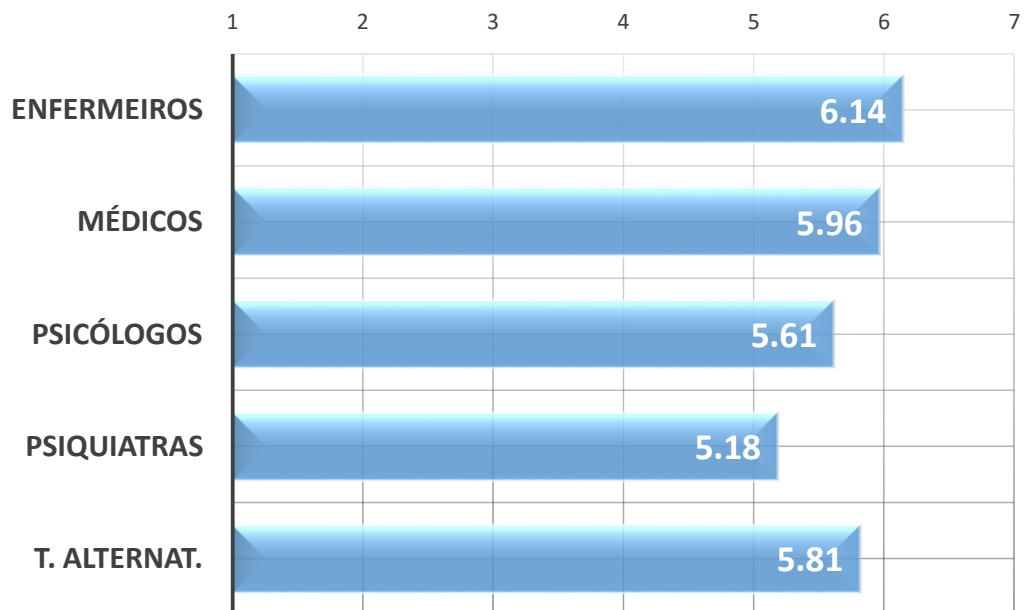
### SEGURANÇA: 1 = PERIGOSOS ... 7 = SEGUROS



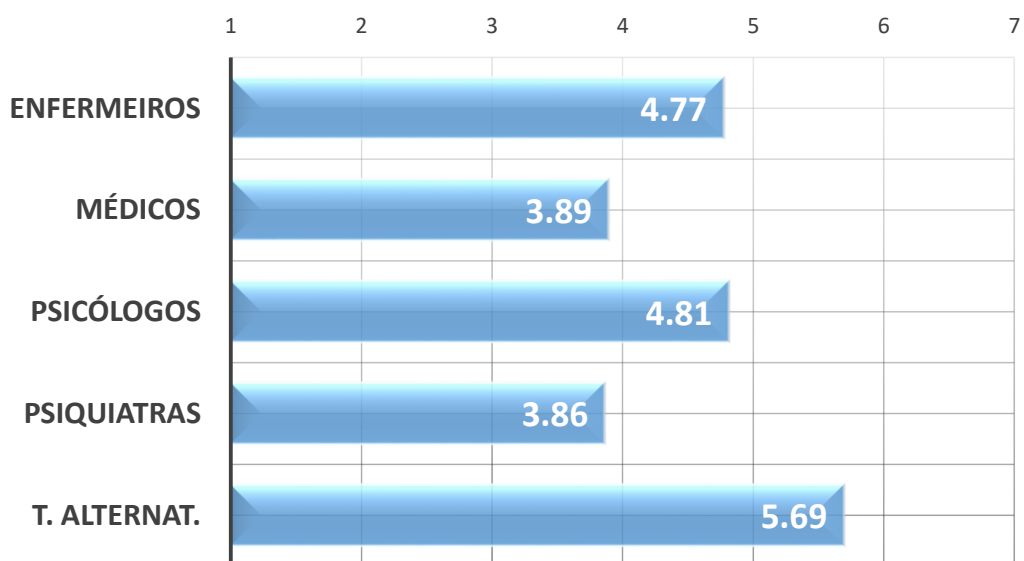
### CONFIABILIDADE: 1 = INCONFIÁVEIS ... 7 = CONFIÁVEIS



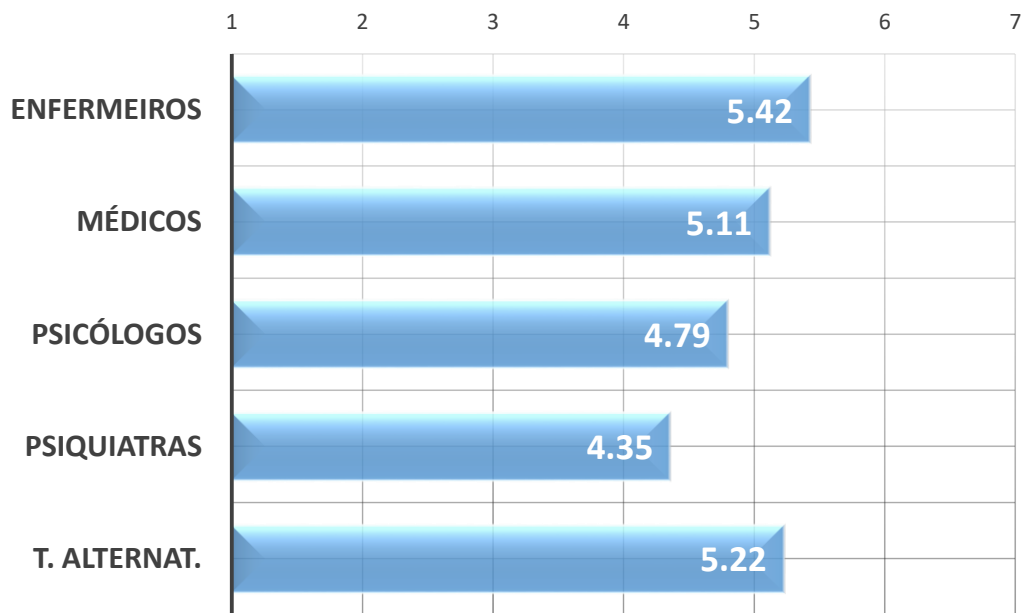
**UTILIDADE: 1 = INÚTEIS ... 7 = ÚTEIS**



**EMOCIONALIDADE: 1 = FRIOS ... 7 = CALOROSOS**



**EFICÁCIA: 1 = INEFICAZES... 7 = EFICAZES**



## 10.63 Anexo L6 – EDS: Estatísticas Descritivas das Variáveis Compósitas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EDS - Humanidade - Enfermeiros	648	1	7	5,04	1,228
EDS - Humanidade - Médicos	647	1	7	4,61	1,283
EDS - Humanidade - Psicólogos	636	1	7	4,94	1,342
EDS - Humanidade - Psiquiatras	625	1	7	4,30	1,461
EDS - Humanidade - T. Alternativos	645	1	7	5,30	1,269
EDS - Processo - Enfermeiros	651	1	7	5,34	1,151
EDS - Processo - Médicos	650	1	7	5,12	1,179
EDS - Processo - Psicólogos	630	1	7	4,86	1,246
EDS - Processo - Psiquiatras	610	1	7	4,43	1,423
EDS - Processo - T. Alternativos	623	1	7	5,22	1,277
Eficácia - Enfermeiros	658	1	7	5,42	1,359
Eficácia - Médicos	659	1	7	5,11	1,370
Eficácia - Psicólogos	647	1	7	4,79	1,521
Eficácia - Psiquiatras	643	1	7	4,35	1,659
Eficácia - T. Alternativos	652	1	7	5,22	1,464
EDS - Global - Enfermeiros	643	1	7	5,23	1,117
EDS - Global - Médicos	639	1	7	4,92	1,157
EDS - Global - Psicólogos	619	1	7	4,91	1,229
EDS - Global - Psiquiatras	598	1	7	4,41	1,374
EDS - Global - T. Alternativos	616	1	7	5,28	1,213
Valid N (listwise)	564				

Apenas as médias, numa tabela com maior legibilidade:

Grupos Prof.	Humanidade	Processo Ter.	Eficácia	Global
Enfermeiros	5.04	5.34	5.42	5.23
Médicos	4.61	5.12	5.11	4.92
Psicólogos	4.94	4.86	4.79	4.91
Psiquiatras	4.30	4.43	4.35	4.41
T. Alternat.	5.30	5.22	5.22	5.28

## 10.64 Anexo L7 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Médias Globais

As diferenças entre as médias são estatisticamente significativas na maioria das comparações intergrupais, salientando-se as maiores diferenças nas médias entre os psiquiatras ( $M = 4.40$ ,  $EP = 0.06$ ) e o grupo dos terapeutas alternativos ( $M = 5.26$ ,  $EP = 0.05$ ), onde a diferença ( $-0.85$ ),  $BCa$  95%  $IC$   $[-0.98, -0.72]$ , foi significativa:  $t_{(576)} = -12.551$ ,  $p = .001$ ,  $d = .66$ ; bem como nas médias entre os psiquiatras ( $M = 4.41$ ,  $EP = 0.06$ ) e os enfermeiros ( $M = 5.27$ ,  $EP = 0.05$ ), onde a diferença ( $0.86$ ),  $BCa$  95%  $IC$   $[0.76, 0.95]$ , foi também estatisticamente significativa:  $t_{(592)} = 17.145$ ,  $p = .001$ ,  $d = .67$ .

### 10.64.1 Enfermeiros VS Médicos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros	Mean	5,25	,00	,04	5,17	5,35
		N	629				
		Std. Deviation	1,107	-,001	,038	1,032	1,177
		Std. Error Mean	,044				
	EDS - Global - Médicos	Mean	4,92	,00	,05	4,83	5,02
		N	629				
		Std. Deviation	1,155	-,002	,036	1,079	1,222
		Std. Error Mean	,046				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros & EDS - Global - Médicos		629	,745	,000	-,001	,026	,692	,791

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Médicos	,332	,810	,032	,268	,395	10,271	628	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Médicos	,332	,000	,031	,001	,272	,395

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.2 Enfermeiros VS Psicólogos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros	Mean	5,25	,00	,05	5,16	5,34
	N	608				
	Std. Deviation	1,107	,000	,041	1,028	1,188
	Std. Error Mean	,045				
EDS - Global - Psicólogos	Mean	4,92	,00	,05	4,82	5,01
	N	608				
	Std. Deviation	1,221	,002	,037	1,146	1,303
	Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros & EDS - Global - Psicólogos	608	,549	,000	,000	,039	,470	,621

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Psicólogos	,332	1,111	,045	,244	,420	7,372	607	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Psicólogos	,332	,001	,044	,001	,242	,424	

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.3 Enfermeiros VS Psiquiatras**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros	Mean	5,27	,00	,05	5,18	5,36	
	N	593					
	Std. Deviation	1,107	-,002	,039	1,035	1,179	
	Std. Error Mean	,045					
EDS - Global - Psiquiatras	Mean	4,41	,00	,06	4,29	4,52	
	N	593					
	Std. Deviation	1,370	-,002	,037	1,303	1,435	
	Std. Error Mean	,056					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros & EDS - Global - Psiquiatras	593	,531	,000	-,002	,034	,465	,588

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Psiquiatras	,860	1,222	,050	,762	,959	17,145	592	,000	

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - Psiquiatras	,860	,001	,049	,001	,764	,954

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros	Mean	5,26	,00	,05	5,17	5,34
	N	604				
	Std. Deviation	1,110	,000	,040	1,036	1,183
	Std. Error Mean	,045				
EDS - Global - T. Alternativos	Mean	5,27	,00	,05	5,17	5,37
	N	604				
	Std. Deviation	1,217	-,004	,042	1,140	1,288
	Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros & EDS - Global - T. Alternativos	604	,231	,000	,000	,053	,133	,335

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - T. Alternativos	-,010	1,445	,059	-,125	,106	-,165	603	,869

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Global - T. Alternativos	-,010	-,002	,059	,884	-,130	,100

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.5 Médicos VS Psicólogos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Médicos	Mean	4,92	,00	,05	4,83	5,01
	N	609				
	Std. Deviation	1,157	,000	,037	1,083	1,231
	Std. Error Mean	,047				
EDS - Global - Psicólogos	Mean	4,92	,00	,05	4,83	5,02
	N	609				
	Std. Deviation	1,217	-,001	,040	1,144	1,290
	Std. Error Mean	,049				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Médicos & EDS - Global - Psicólogos	609	,664	,000	,000	,034	,586	,732

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 EDS - Global - Médicos - EDS - Global - Psicólogos	-,002	,975	,040	-,080	,075	-,053	608	,957

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Médicos - EDS - Global - Psicólogos	-,002	,001	,040	,949	-,081	,081

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.64.6 Médicos VS Psiquiatras

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Médicos	Mean	4,97	,00	,05	4,88	5,06
		N	592				
		Std. Deviation	1,141	,001	,038	1,056	1,218
		Std. Error Mean	,047				
	EDS - Global - Psiquiatras	Mean	4,41	,00	,06	4,31	4,52
		N	592				
		Std. Deviation	1,371	,000	,037	1,291	1,441
		Std. Error Mean	,056				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Médicos & EDS - Global - Psiquiatras	592	,711	,000	,001	,027	,653	,767

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Global - Médicos - EDS - Global - Psiquiatras	,552	,978	,040	,473	,631	13,740	591	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Médicos - EDS - Global - Psiquiatras	,552	-,001	,038	,001	,480	,626

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Médicos	Mean	4,92	,00	,05	4,83	5,01
	N	601				
	Std. Deviation	1,161	-,002	,039	1,087	1,234
	Std. Error Mean	,047				
EDS - Global - T. Alternativos	Mean	5,28	,00	,05	5,18	5,37
	N	601				
	Std. Deviation	1,215	,000	,043	1,124	1,307
	Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Médicos & EDS - Global - T. Alternativos	601	,178	,000	-,001	,052	,076	,279

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 EDS - Global - Médicos - EDS - Global - T. Alternativos	-,355	1,524	,062	-,477	-,233	-5,717	600	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Bootstrap <sup>a</sup>					
		Mean	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Médicos - EDS - Global - T. Alternativos	-,355	,002	,062	,001	-,484	-,223

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.8 Psicólogos VS Psiquiatras**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Psicólogos	Mean	4,94	,00	,05	4,85	5,05
		N	591				
		Std. Deviation	1,212	-,002	,039	1,137	1,278
		Std. Error Mean	,050				
	EDS - Global - Psiquiatras	Mean	4,40	,00	,06	4,28	4,52
		N	591				
		Std. Deviation	1,373	-,002	,036	1,307	1,435
		Std. Error Mean	,056				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Psicólogos & EDS - Global - Psiquiatras	591	,762	,000	,000	,023	,710	,806

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Global - Psicólogos - EDS - Global - Psiquiatras	,545	,905	,037	,472	,618	14,650	590	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Psicólogos - EDS - Global - Psiquiatras	,545	-,001	,039	,001	,466	,618

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.64.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Global - Psicólogos	Mean	4,93	,00	,05	4,83	5,02
	N	591				
	Std. Deviation	1,234	-,001	,038	1,159	1,303
	Std. Error Mean	,051				
EDS - Global - T. Alternativos	Mean	5,27	,00	,05	5,17	5,37
	N	591				
	Std. Deviation	1,210	,001	,044	1,126	1,303
	Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Psicólogos & EDS - Global - T. Alternativos	591	,302	,000	-,001	,045	,216	,391

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	Sig. (2-tailed)
				Lower	Upper			
				Paired Differences				
Pair 1 EDS - Global - Psicólogos - EDS - Global - T. Alternativos	-,342	1,443	,059	-,459	-,226	-5,766	590	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Psicólogos - EDS - Global - T. Alternativos	-,342	,001	,062	,001	-,467	-,217

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.64.10Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 EDS - Global - Psiquiatras	Mean	4,40	,00	,06	4,29	4,51	
	N	577					
	Std. Deviation	1,373	-,002	,037	1,306	1,438	
	Std. Error Mean	,057					
EDS - Global - T. Alternativos	Mean	5,26	,00	,05	5,15	5,35	
	N	577					
	Std. Deviation	1,222	,000	,045	1,133	1,308	
	Std. Error Mean	,051					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Psiquiatras & EDS - Global - T. Alternativos	577	,216	,000	,000	,045	,123	,307

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 EDS - Global - Psiquiatras - EDS - Global - T. Alternativos	-,851	1,629	,068	-,984	-,718	-12,551	576	,000	

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Global - Psiquiatras - EDS - Global - T. Alternativos	-,851	,002	,068	,001	-,976	-,716

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.65 Anexo L8 – EDS: Comparação das Médias Globais da Opinião Pública

<i>Grupos Profissionais</i>	<i>Médicos</i>			<i>Psicólogos</i>			<i>Psiquiatras</i>			<i>T. Alternativos</i>		
	<i>N</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Enfermeiros</i>	629	.001	.29	608	.001	.28	593	.001	.67	604	.884	.01
<i>Médicos</i>				609	.949	.00	592	.001	.44	601	.001	.30
<i>Psicólogos</i>							591	.001	.42	591	.001	.28
<i>Psiquiatras</i>										577	.001	.66

*Notas:* *n* = número de casos, da amostra total, onde existiam amostras emparelhadas (i.e., onde cada respondente avaliou os dois grupos profissionais). *p* = valor de prova para, com um nível de confiança de 0.95 ( $\alpha \leq .05$ ) rejeitar  $H_0$  de as médias entre dois grupos profissionais não serem estatisticamente diferentes de forma significativa. *d* = estatística *d* de Cohen, indicativa da magnitude do efeito: pequeno se  $d = 0.2$ , médio se  $d = 0.5$  e grande se  $d = 0.8$  (Cohen, 1988; 1992). Valores de  $p \leq \alpha (= .05)$  são indicadores de que existe uma diferença intergrupar estatisticamente significativa.

## 10.66 Anexo L9 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Humanidade

Neste fator compósito da EDS, as diferenças mais significativas estatisticamente (e com efeitos médios) foram as aferidas entre as médias atribuídas aos enfermeiros ( $M = 5.06$ ,  $EP = 0.05$ ) e aos psiquiatras ( $M = 4.30$ ,  $EP = 0.06$ ), onde a diferença (0.76), *BCa* 95% *IC* [0.66, 0.87], foi significativa:  $t_{(618)} = 14.325$ ,  $p = .001$ ,  $d = .56$ ; bem como entre as médias dos médicos ( $M = 4.61$ ,  $EP = 0.05$ ) e a dos terapeutas alternativos ( $M = 5.29$ ,  $EP = 0.05$ ), onde a diferença (-0.68), *BCa* 95% *IC* [-0.81, -0.55], foi também estatisticamente significativa:  $t_{(631)} = -10.768$ ,  $p = .001$ ,  $d = .53$ ; e entre as médias nas avaliações efetuadas aos psiquiatras ( $M = 4.29$ ,  $EP = 0.06$ ) e aos terapeutas alternativos ( $M = 5.29$ ,  $EP = 0.05$ ), onde a diferença (-0.99), *BCa* 95% *IC* [-1.13, -0.87], foi também estatisticamente significativa:  $t_{(613)} = -14.598$ ,  $p = .001$ ,  $d = .73$ .

### 10.66.1 Enfermeiros VS Médicos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros	Mean	5,06	,00	,05	4,97	5,15
		N	640				
		Std. Deviation	1,212	-,002	,037	1,144	1,281
		Std. Error Mean	,048				
	EDS - Humanidade - Médicos	Mean	4,61	,00	,05	4,52	4,72
		N	640				
		Std. Deviation	1,285	-,003	,036	1,216	1,344
		Std. Error Mean	,051				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros & EDS - Humanidade - Médicos		640	,683	,000	,001	,028	,624	,739

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Médicos	,445	,996	,039	,368	,523	11,305	639	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap <sup>a</sup>	
						BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Médicos	,445	-,002	,039	,001	,368	,519

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.2 Enfermeiros VS Psicólogos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros	Mean	5,04	,00	,05	4,95	5,14
		N	626				
		Std. Deviation	1,222	-,001	,036	1,148	1,293
		Std. Error Mean	,049				
	EDS - Humanidade - Psicólogos	Mean	4,95	,00	,05	4,85	5,04
		N	626				
		Std. Deviation	1,340	-,002	,037	1,267	1,407
		Std. Error Mean	,054				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros & EDS - Humanidade - Psicólogos	626	,561	,000	,000	,035	,489	,632

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Psicólogos	,099	1,205	,048	,004	,193	2,046	625	,041

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Psicólogos	,099	,000	,048	,038	,011	,190

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.66.3 Enfermeiros VS Psiquiatras**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros	Mean	5,06	,00	,05	4,97	5,15
		N	619				
		Std. Deviation	1,220	,000	,036	1,148	1,290
		Std. Error Mean	,049				
	EDS - Humanidade - Psiquiatras	Mean	4,30	,00	,06	4,17	4,40
		N	619				
		Std. Deviation	1,463	-,001	,034	1,395	1,524
		Std. Error Mean	,059				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros & EDS - Humanidade - Psiquiatras	619	,524	,000	,000	,036	,443	,594

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,763	1,325	,053	,658	,868	14,325	618	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Enfermeiros - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,763	-,001	,054	,001	,657	,866

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros	Mean	5,24	,00	,04	5,16	5,33
		N	628				
		Std. Deviation	1,106	-,001	,038	1,038	1,177
		Std. Error Mean	,044				
	EDS - Humanidade - T. Alternativos	Mean	5,30	,00	,05	5,19	5,41
		N	628				
		Std. Deviation	1,265	-,002	,040	1,193	1,336
		Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

				Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros & EDS - Humanidade - T. Alternativos	N	Correlation	Sig.			
		628	,264	,000	,001	,052	,158 ,377

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,054	1,444	,058	-,167	,059	-,942	627	,346

#### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Global - Enfermeiros - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,054	-,002	,058	,349	-,167	,050

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.5 Médicos VS Psicólogos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos	Mean	4,62	,00	,05	4,51	4,71
		N	629				
		Std. Deviation	1,284	-,003	,035	1,218	1,343
		Std. Error Mean	,051				
	EDS - Humanidade - Psicólogos	Mean	4,95	,00	,05	4,85	5,05
		N	629				
		Std. Deviation	1,334	-,002	,036	1,264	1,402
		Std. Error Mean	,053				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos & EDS - Humanidade - Psicólogos		629	,638	,000	-,002	,031	,576	,688

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - Psicólogos	-,337	1,115	,044	-,424	-,250	-7,582	628	,000

#### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - Psicólogos	-,337	,001	,044	,001	-,430	-,247

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.66.6 Médicos VS Psiquiatras

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos	Mean	4,65	,00	,05	4,54	4,74
		N	621				
		Std. Deviation	1,267	-,002	,036	1,198	1,330
		Std. Error Mean	,051				
	EDS - Humanidade - Psiquiatras	Mean	4,30	,00	,06	4,18	4,41
		N	621				
		Std. Deviation	1,463	-,001	,034	1,398	1,529
		Std. Error Mean	,059				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos & EDS - Humanidade - Psiquiatras		621	,705	,000	-,002	,026	,648	,751

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,344	1,064	,043	,260	,428	8,056	620	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,344	,001	,044	,001	,260	,436

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos	Mean	4,61	,00	,05	4,51	4,72
		N	632				
		Std. Deviation	1,282	-,001	,036	1,215	1,349
		Std. Error Mean	,051				
	EDS - Humanidade - T. Alternativos	Mean	5,29	,00	,05	5,18	5,40
		N	632				
		Std. Deviation	1,270	-,004	,040	1,197	1,337
		Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

				Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>											
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval									
						Lower	Upper								
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos & EDS - Humanidade - T. Alternativos	N	632	Correlation	,230	Sig.	,000	Bias	-,001	Std. Error	,048	Lower	,137	Upper	,317

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,678	1,584	,063	-,802	-,555	-10,768	631	,000

#### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Médicos - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,678	,001	,063	,001	-,810	-,553

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.66.8 Psicólogos VS Psiquiatras

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos	Mean	4,96	,00	,05	4,85	5,08
		N	620				
		Std. Deviation	1,336	-,003	,038	1,266	1,403
		Std. Error Mean	,054				
	EDS - Humanidade - Psiquiatras	Mean	4,30	,00	,06	4,19	4,42
		N	620				
		Std. Deviation	1,463	-,001	,033	1,400	1,523
		Std. Error Mean	,059				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos & EDS - Humanidade - Psiquiatras		620	,737	,000	,000	,026	,680	,791

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,667	1,021	,041	,586	,747	16,260	619	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos - EDS - Humanidade - Psiquiatras	,667	,002	,040	,001	,588	,746

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos	Mean	4,94	,00	,05	4,83	5,06
		N	622				
		Std. Deviation	1,345	-,001	,038	1,273	1,415
		Std. Error Mean	,054				
	EDS - Humanidade - T. Alternativos	Mean	5,29	,00	,05	5,19	5,39
		N	622				
		Std. Deviation	1,260	,000	,040	1,186	1,338
		Std. Error Mean	,051				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

				Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>				
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
						Lower	Upper	
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos & EDS - Humanidade - T. Alternativos	N	Correlation	Sig.	,003	,044	,266	,464

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,347	1,470	,059	-,462	-,231	-5,884	621	,000

#### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psicólogos - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,347	,002	,060	,001	-,465	-,223

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.66.10Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psiquiatras	Mean	4,29	,00	,06	4,17	4,41
		N	614				
		Std. Deviation	1,466	-,001	,034	1,390	1,530
		Std. Error Mean	,059				
	EDS - Humanidade - T. Alternativos	Mean	5,29	,00	,05	5,19	5,39
		N	614				
		Std. Deviation	1,269	-,005	,040	1,200	1,334
		Std. Error Mean	,051				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psiquiatras & EDS - Humanidade - T. Alternativos		614	,248	,000	,002	,044	,164	,334

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Humanidade - Psiquiatras - EDS - Humanidade - T. Alternativos	-,992	1,685	,068	-1,126	-,859	-14,598	613	,000

#### Bootstrap for Paired Samples Test

			Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
				Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Humanidade - Psiquiatras - EDS - Humanidade - T. Alternativos		-,992	-,003	,067	,001	-1,127	-,871

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.67 Anexo L10 – EDS: Comparação das Médias da Percepção de Humanidade

<i>Grupos Profissionais</i>	<i>Médicos</i>			<i>Psicólogos</i>			<i>Psiquiatras</i>			<i>T. Alternativos</i>		
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Enfermeiros</i>	640	.001	.36	626	.038	.07	619	.001	.56	628	.349	.05
<i>Médicos</i>				629	.001	.25	621	.043	.26	632	.001	.53
<i>Psicólogos</i>							620	.001	.47	622	.001	.27
<i>Psiquiatras</i>										614	.001	.73

*Notas:* *n* = número de casos, da amostra total, onde existiam amostras emparelhadas (i.e., onde cada respondente avaliou os dois grupos profissionais). *p* = valor de prova para, com um nível de confiança de 0.95 ( $\alpha \leq .05$ ) rejeitar  $H_0$  de as médias entre dois grupos profissionais não serem estatisticamente diferentes de forma significativa. *d* = estatística *d* de Cohen, indicativa da magnitude do efeito: pequeno se  $d = 0.2$ , médio se  $d = 0.5$  e grande se  $d = 0.8$  (Cohen, 1988; 1992). Valores de  $p \leq \alpha$  ( $=.05$ ) são indicadores de que existe uma diferença intergrupar estatisticamente significativa.

## 10.68 Anexo L11 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Processo

No fator compósito Processo Terapêutico (da EDS), há diferenças estatisticamente significativas, com efeitos médios, entre as médias atribuídas aos enfermeiros ( $M = 5.37$ ,  $EP = 0.05$ ) e aos psiquiatras ( $M = 4.44$ ,  $EP = 0.06$ ), onde a diferença (0.94),  $BCa$  95%  $IC$  [0.83, 1.05], foi significativa:  $t_{(604)} = 17.395$ ,  $p = .001$ ,  $d = .73$ ; bem como entre as médias dos médicos ( $M = 5.16$ ,  $EP = 0.05$ ) e dos psiquiatras ( $M = 4.44$ ,  $EP = 0.06$ ), onde a diferença (0.73),  $BCa$  95%  $IC$  [0.65, 0.80], foi estatisticamente significativa:  $t_{(607)} = 16.401$ ,  $p = .001$ ,  $d = .56$ ; e entre as médias das avaliações efetuadas aos psiquiatras ( $M = 4.44$ ,  $EP = 0.06$ ) e aos alternativos ( $M = 5.20$ ,  $EP = 0.05$ ), onde a diferença (-0.76),  $BCa$  95%  $IC$  [-0.91, -0.61], foi também estatisticamente significativa:  $t_{(591)} = -10.716$ ,  $p = .001$ ,  $d = .56$ .

### 10.68.1 Enfermeiros VS Médicos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros	Mean	5,35	,00	,05	5,25	5,45
		N	644				
		Std. Deviation	1,143	-,002	,042	1,063	1,228
		Std. Error Mean	,045				
	EDS - Processo - Médicos	Mean	5,13	,00	,05	5,03	5,22
		N	644				
		Std. Deviation	1,174	-,002	,038	1,098	1,245
		Std. Error Mean	,046				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros & EDS - Processo - Médicos		644	,753	,000	,000	,023	,700	,799

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Médicos	,218	,815	,032	,155	,282	6,798	643	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Médicos	,218	,001	,032	,001	,157	,286

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.2 Enfermeiros VS Psicólogos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros	Mean	5,35	,00	,05	5,26	5,45
		N	622				
		Std. Deviation	1,142	-,001	,042	1,056	1,223
		Std. Error Mean	,046				
	EDS - Processo - Psicólogos	Mean	4,87	,00	,05	4,78	4,96
		N	622				
		Std. Deviation	1,239	-,001	,040	1,162	1,317
		Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros & EDS - Processo - Psicólogos	622	,482	,000	-,002	,042	,397	,558

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Psicólogos	,481	1,214	,049	,386	,577	9,886	621	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Psicólogos	,481	,002	,048	,001	,386	,581

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.68.3 Enfermeiros VS Psiquiatras**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		Lower	Upper
				Lower	Upper		
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros	Mean	5,37	,00	,05	5,29	5,46	
	N	605					
	Std. Deviation	1,137	,000	,041	1,054	1,216	
	Std. Error Mean	,046					
EDS - Processo - Psiquiatras	Mean	4,44	,00	,06	4,32	4,55	
	N	605					
	Std. Deviation	1,412	-,001	,039	1,342	1,483	
	Std. Error Mean	,057					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros & EDS - Processo - Psiquiatras	605	,479	,000	-,001	,036	,412	,545

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Psiquiatras	,936	1,323	,054	,830	1,041	17,395	604	,000	

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - Psiquiatras	,936	,000	,055	,001	,833	1,047

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**10.68.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos**

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros	Mean	5,37	,00	,04	5,28	5,45
	N	615				
	Std. Deviation	1,143	,000	,043	1,056	1,229
	Std. Error Mean	,046				
EDS - Processo - T. Alternativos	Mean	5,21	,00	,05	5,12	5,31
	N	615				
	Std. Deviation	1,280	,000	,044	1,185	1,369
	Std. Error Mean	,052				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros & EDS - Processo - T. Alternativos	615	,171	,000	-,002	,051	,074	,271

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - T. Alternativos	,156	1,564	,063	,032	,279	2,467	614	,014

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 EDS - Processo - Enfermeiros - EDS - Processo - T. Alternativos	,156	,000	,062	,011	,036	,284

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.5 Médicos VS Psicólogos

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos	Mean	5,13	,00	,05	5,04	5,23
		N	626				
		Std. Deviation	1,178	-,002	,038	1,103	1,245
		Std. Error Mean	,047				
	EDS - Processo - Psicólogos	Mean	4,86	,00	,05	4,77	4,96
		N	626				
		Std. Deviation	1,239	-,003	,039	1,166	1,309
		Std. Error Mean	,050				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos & EDS - Processo - Psicólogos		626	,596	,000	,000	,040	,511	,676

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

			Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower				Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos - EDS - Processo - Psicólogos		,267	1,088	,043	,182	,353	6,148	625	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

			Mean	Bootstrap <sup>a</sup>			BCa 95% Confidence Interval	
				Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.6 Médicos VS Psiquiatras

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

				Bootstrap <sup>a</sup>			
		Statistic		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos	Mean	5,16	,00	,05	5,06	5,25
		N	608				
		Std. Deviation	1,165				
		Std. Error Mean	,047				
	EDS - Processo - Psiquiatras	Mean	4,44	,00	,06	4,31	4,56
		N	608				
		Std. Deviation	1,417				
		Std. Error Mean	,057				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
					Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
				Lower			Upper	
Pair 1	EDS - Processo - Médicos & EDS - Processo - Psiquiatras	608	,659	,000	,001	,027	,604	,711

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
							Lower	Upper	
Pair 1	EDS - Processo - Médicos - EDS - Processo - Psiquiatras	,725	1,090	,044	,638	,812	16,401	607	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos - EDS - Processo - Psiquiatras	,725	-,001	,042	,001	,645	,802

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

		Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
					Lower	Upper	
Pair 1	EDS - Processo - Médicos	Mean	5,13	,00	,05	5,03	5,23
		N	618				
		Std. Deviation	1,182	-,003	,040	1,106	1,251
		Std. Error Mean	,048				
	EDS - Processo - T. Alternativos	Mean	5,21	,00	,05	5,11	5,32
		N	618				
		Std. Deviation	1,278	-,003	,043	1,195	1,351
		Std. Error Mean	,051				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>				
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
						Lower	Upper	
Pair 1	EDS - Processo - Médicos & EDS - Processo - T. Alternativos	618	,114	,004	,000	,049	,012	,213

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Processo - Médicos - EDS - Processo - T. Alternativos	-,085	1,639	,066	-,215	,044	-1,293	617	,197

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Médicos - EDS - Processo - T. Alternativos	-,085	,002	,065	,200	-,216	,048

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.8 Psicólogos VS Psiquiatras

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos	Mean	4,89	,00	,05	4,80	4,99
		N	608				
		Std. Deviation	1,227	-,003	,040	1,148	1,297
		Std. Error Mean	,050				
	EDS - Processo - Psiquiatras	Mean	4,43	,00	,06	4,30	4,55
		N	608				
		Std. Deviation	1,424	-,005	,037	1,353	1,484
		Std. Error Mean	,058				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

				Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos & EDS - Processo - Psiquiatras	N	Correlation	Sig.			
		608	,716	,000	-,001	,028	,657

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos - EDS - Processo - Psiquiatras	,469	1,015	,041	,388	,550	11,383	,000	

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos - EDS - Processo - Psiquiatras	,469	-,002	,041	,001	,388	,546

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos	Mean	4,88	,00	,05	4,77	4,96
		N	606				
		Std. Deviation	1,247	-,002	,041	1,174	1,318
		Std. Error Mean	,051				
	EDS - Processo - T. Alternativos	Mean	5,21	,00	,05	5,11	5,32
		N	606				
		Std. Deviation	1,274	-,006	,045	1,196	1,341
		Std. Error Mean	,052				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos & EDS - Processo - T. Alternativos		606	,287	,000	,000	,048	,195	,377

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

			Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
			Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
						Lower				Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos - EDS - Processo - T. Alternativos		-,334	1,506	,061	-,455	-,214	-5,467	605	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

			Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
				Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
							Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psicólogos - EDS - Processo - T. Alternativos		-,334	-,006	,061	,001	-,448	-,236

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.68.10Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos

### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psiquiatras	Mean	4,44	,00	,06	4,32	4,56
		N	592				
		Std. Deviation	1,421	-,002	,038	1,350	1,490
		Std. Error Mean	,058				
	EDS - Processo - T. Alternativos	Mean	5,20	,00	,05	5,09	5,30
		N	592				
		Std. Deviation	1,286	-,001	,046	1,194	1,372
		Std. Error Mean	,053				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Correlations

			N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
						Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
								Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psiquiatras & EDS - Processo - T. Alternativos		592	,195	,000	,000	,045	,111	,278

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	EDS - Processo - Psiquiatras - EDS - Processo - T. Alternativos	-,758	1,721	,071	-,897	-,619	-10,716	591	,000

### Bootstrap for Paired Samples Test

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	EDS - Processo - Psiquiatras - EDS - Processo - T. Alternativos	-,758	-,001	,073	,001	-,909	-,614

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.69 Anexo L12 – EDS: Comparação das Médias sobre o Processo Terapêutico

<i>Grupos Profissionais</i>	<i>Médicos</i>			<i>Psicólogos</i>			<i>Psiquiatras</i>			<i>T. Alternativos</i>		
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Enfermeiros</i>	644	.001	.19	622	.001	.40	605	.001	.73	615	.011	.13
<i>Médicos</i>				626	.001	.22	608	.001	.56	618	.200	.06
<i>Psicólogos</i>							608	.001	.35	606	.001	.26
<i>Psiquiatras</i>										592	.001	.56

*Notas:* *n* = número de casos, da amostra total, onde existiam amostras emparelhadas (i.e., onde cada respondente avaliou os dois grupos profissionais). *p* = valor de prova para, com um nível de confiança de 0.95 ( $\alpha \leq .05$ ) rejeitar  $H_0$  de as médias entre dois grupos profissionais não serem estatisticamente diferentes de forma significativa. *d* = estatística *d* de Cohen, indicativa da magnitude do efeito: pequeno se  $d = 0.2$ , médio se  $d = 0.5$  e grande se  $d = 0.8$  (Cohen, 1988; 1992). Valores de  $p \leq \alpha$  ( $=.05$ ) são indicadores de que existe uma diferença intergrupar estatisticamente significativa.

## 10.70 Anexo L13 – EDS: Testes T para Amostras Emparelhadas: Eficácia

No fator Eficácia da EDS também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, com efeitos médios, entre as médias atribuídas aos enfermeiros ( $M = 5.43$ ,  $EP = 0.05$ ) e aos psiquiatras ( $M = 4.35$ ,  $EP = 0.07$ ), onde a diferença (1.08),  $BCa$  95%  $IC$  [0.96, 1.21], foi estatisticamente significativa:  $t_{(641)} = 16.980$ ,  $p = .001$ ,  $d = .71$ ; bem como entre as médias dos médicos ( $M = 5.14$ ,  $EP = 0.05$ ) e as dos psiquiatras ( $M = 4.34$ ,  $EP = 0.07$ ), onde a diferença (0.80),  $BCa$  95%  $IC$  [0.70, 0.90], foi também estatisticamente significativa:  $t_{(640)} = 15.574$ ,  $p = .001$ ,  $d = .53$ ; e nas médias das avaliações efetuadas aos psiquiatras ( $M = 4.34$ ,  $EP = 0.07$ ) e aos terapeutas alternativos ( $M = 5.21$ ,  $EP = 0.06$ ), onde a diferença (-0.87),  $BCa$  95%  $IC$  [-1.02, -0.73], foi também significativa:  $t_{(635)} = -10.825$ ,  $p = .001$ ,  $d = .56$ .

### 10.70.1 Enfermeiros VS Médicos

#### Bootstrap Specifications

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

#### Paired Samples Statistics

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	Eficácia - Enfermeiros	Mean	5,42	,00	,05	5,31	5,52
		N	657				
		Std. Deviation	1,359	-,002	,040	1,282	1,435
		Std. Error Mean	,053				
	Eficácia - Médicos	Mean	5,12	,00	,05	5,02	5,23
		N	657				
		Std. Deviation	1,362	-,002	,040	1,289	1,435
		Std. Error Mean	,053				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

#### Paired Samples Correlations

				Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>				
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
						Lower	Upper	
Pair 1	Eficácia - Enfermeiros & Eficácia - Médicos	657	,695	,000	,000	,027	,639	,747

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Médicos	,301	1,062	,041	,220	,383	7,271	656	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Médicos	,301	-,002	,042	,001	,213	,379

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.2 Enfermeiros VS Psicólogos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros	Mean	5,43	,00	,05	5,32	5,53	
	N	645					
	Std. Deviation	1,358	-,001	,042	1,273	1,438	
	Std. Error Mean	,053					
Eficácia - Psicólogos	Mean	4,80	,00	,06	4,68	4,91	
	N	645					
	Std. Deviation	1,519	,000	,039	1,446	1,593	
	Std. Error Mean	,060					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros & Eficácia - Psicólogos	645	,413	,000	,001	,041	,326	,496

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Psicólogos	,628	1,565	,062	,507	,749	10,192	644	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
					Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Psicólogos	,628

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.3 Enfermeiros VS Psiquiatras

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros	Mean	5,43	,00	,05	5,32	5,54	
	N	642					
	Std. Deviation	1,354	-,001	,042	1,275	1,431	
	Std. Error Mean	,053					
Eficácia - Psiquiatras	Mean	4,35	,00	,06	4,23	4,47	
	N	642					
	Std. Deviation	1,658	,000	,037	1,583	1,732	
	Std. Error Mean	,065					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros & Eficácia - Psiquiatras	642	,439	,000	-,001	,036	,368	,508

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Psiquiatras	1,083	1,615	,064	,957	1,208	16,980	641	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - Psiquiatras	1,083	,001	,063	,001	,961	1,210

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.4 Enfermeiros VS Terapeutas Alternativos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros	Mean	5,41	,00	,05	5,30	5,50	
	N	647					
	Std. Deviation	1,363	,000	,040	1,280	1,442	
	Std. Error Mean	,054					
Eficácia - T. Alternativos	Mean	5,22	,00	,06	5,10	5,33	
	N	647					
	Std. Deviation	1,460	-,001	,046	1,368	1,544	
	Std. Error Mean	,057					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros & Eficácia - T. Alternativos	647	,192	,000	,000	,046	,103	,284

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - T. Alternativos	,190	1,796	,071	,051	,329	2,693	646	,007

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Enfermeiros - Eficácia - T. Alternativos	,190	-,003	,070	,010	,051	,312

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.5 Médicos VS Psicólogos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Médicos	Mean	5,12	,00	,05	5,02	5,22	
	N	645					
	Std. Deviation	1,368	,000	,039	1,284	1,446	
	Std. Error Mean	,054					
Eficácia - Psicólogos	Mean	4,80	,00	,06	4,68	4,91	
	N	645					
	Std. Deviation	1,518	-,002	,037	1,449	1,588	
	Std. Error Mean	,060					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos & Eficácia - Psicólogos	645	,590	,000	,000	,034	,515	,657

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - Psicólogos	,326	1,314	,052	,224	,427	6,294	644	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - Psicólogos	,326	-,002	,052	,001	,234	,422

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.6 Médicos VS Psiquiatras

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 Eficácia - Médicos	Mean	5,14	,00	,05	5,04	5,25
	N	641				
	Std. Deviation	1,351	-,001	,042	1,268	1,429
	Std. Error Mean	,053				
Eficácia - Psiquiatras	Mean	4,34	,00	,07	4,21	4,46
	N	641				
	Std. Deviation	1,656	,000	,037	1,581	1,727
	Std. Error Mean	,065				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos & Eficácia - Psiquiatras	641	,644	,000	,000	,029	,586	,700

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - Psiquiatras	,799	1,298	,051	,698	,899	15,574	640	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - Psiquiatras	,799	,001	,051	,001	,701	,903

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.7 Médicos VS Terapeutas Alternativos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Médicos	Mean	5,10	,00	,05	4,99	5,22	
	N	648					
	Std. Deviation	1,373	-,002	,039	1,301	1,445	
	Std. Error Mean	,054					
Eficácia - T. Alternativos	Mean	5,22	,00	,06	5,11	5,33	
	N	648					
	Std. Deviation	1,460	-,001	,047	1,361	1,553	
	Std. Error Mean	,057					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos & Eficácia - T. Alternativos	648	,187	,000	,003	,046	,094	,287

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - T. Alternativos	-,114	1,807	,071	-,254	,025	-1,608	647	,108

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Médicos - Eficácia - T. Alternativos	-,114	,008	,072	,116	-,267	,043

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.8 Psicólogos VS Psiquiatras

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
Pair 1 Eficácia - Psicólogos	Mean	4,80	,00	,06	4,67	4,92
	N	640				
	Std. Deviation	1,512	,001	,039	1,430	1,592
	Std. Error Mean	,060				
Eficácia - Psiquiatras	Mean	4,34	,00	,07	4,20	4,46
	N	640				
	Std. Deviation	1,659	,000	,037	1,587	1,727
	Std. Error Mean	,066				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Psicólogos & Eficácia - Psiquiatras	640	,715	,000	,000	,026	,663	,765

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Psicólogos - Eficácia - Psiquiatras	,464	1,205	,048	,371	,558	9,746	639	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Psicólogos - Eficácia - Psiquiatras	,464	,001	,046	,001	,366	,561

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.9 Psicólogos VS Terapeutas Alternativos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Psicólogos	Mean	4,80	,00	,06	4,69	4,89	
	N	639					
	Std. Deviation	1,516	,002	,038	1,443	1,591	
	Std. Error Mean	,060					
Eficácia - T. Alternativos	Mean	5,21	,00	,06	5,10	5,31	
	N	639					
	Std. Deviation	1,465	,000	,047	1,373	1,558	
	Std. Error Mean	,058					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Psicólogos & Eficácia - T. Alternativos	639	,306	,000	,000	,042	,218	,388

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Eficácia - Psicólogos - Eficácia - T. Alternativos	-.412	1,756	,069	-.548	-.275	-5,926	638	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

	Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
		Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Psicólogos - Eficácia - T. Alternativos	-.412	,001	,069	,001	-.541	-.279

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.70.10Psiquiatras VS Terapeutas Alternativos

**Bootstrap Specifications**

Sampling Method	Simple
Number of Samples	1000
Confidence Interval Level	95,0%
Confidence Interval Type	Bias-corrected and accelerated (BCa)

**Paired Samples Statistics**

	Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>					
		Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval			
				Lower	Upper		
Pair 1 Eficácia - Psiquiatras	Mean	4,34	,00	,07	4,21	4,46	
	N	636					
	Std. Deviation	1,654	-,001	,036	1,581	1,721	
	Std. Error Mean	,066					
Eficácia - T. Alternativos	Mean	5,21	,00	,06	5,09	5,32	
	N	636					
	Std. Deviation	1,463	-,001	,045	1,375	1,548	
	Std. Error Mean	,058					

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.	Bootstrap for Correlation <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1 Eficácia - Psiquiatras & Eficácia - T. Alternativos	636	,151	,000	-,001	,042	,070	,225

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Paired Samples Test**

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	Eficácia - Psiquiatras - Eficácia - T. Alternativos	-,874	2,037	,081	-1,033	-,716	-10,825	635	,000

**Bootstrap for Paired Samples Test**

		Mean	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	BCa 95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Pair 1	Eficácia - Psiquiatras - Eficácia - T. Alternativos	-,874	-,001	,077	,001	-1,024	-,730

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.71 Anexo L14 – EDS: Comparação das Médias da Percepção sobre a Eficácia

<i>Grupos Profissionais</i>	<i>Médicos</i>			<i>Psicólogos</i>			<i>Psiquiatras</i>			<i>T. Alternativos</i>		
	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>n</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
<i>Enfermeiros</i>	657	.001	.22	645	.001	.44	642	.001	.71	647	.010	.13
<i>Médicos</i>				645	.001	.22	641	.001	.53	648	.116	.08
<i>Psicólogos</i>							640	.001	.29	639	.001	.28
<i>Psiquiatras</i>										636	.001	.56

*Notas:* *n* = número de casos, da amostra total, onde existiam amostras emparelhadas (i.e., onde cada respondente avaliou os dois grupos profissionais). *p* = valor de prova para, com um nível de confiança de 0.95 ( $\alpha \leq .05$ ) rejeitar  $H_0$  de as médias entre dois grupos profissionais não serem estatisticamente diferentes de forma significativa. *d* = estatística *d* de Cohen, indicativa da magnitude do efeito: pequeno se  $d = 0.2$ , médio se  $d = 0.5$  e grande se  $d = 0.8$  (Cohen, 1988; 1992). Valores de  $p \leq \alpha$  ( $=.05$ ) são indicadores de que existe uma diferença intergrupar estatisticamente significativa.

## 10.72 Anexo M1 – EDS: Teste T às Médias do Sexo

### Tests of Normality

Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Eficácia - Enfermeiros	Masculino	,297	130	,000	,838	130	,000
	Feminino	,243	434	,000	,881	434	,000
Eficácia - Médicos	Masculino	,225	130	,000	,889	130	,000
	Feminino	,216	434	,000	,898	434	,000
Eficácia - Psicólogos	Masculino	,198	130	,000	,921	130	,000
	Feminino	,178	434	,000	,921	434	,000
Eficácia - Psiquiatras	Masculino	,160	130	,000	,931	130	,000
	Feminino	,158	434	,000	,941	434	,000
Eficácia - T. Alternativos	Masculino	,201	130	,000	,905	130	,000
	Feminino	,228	434	,000	,871	434	,000
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Masculino	,139	130	,000	,923	130	,000
	Feminino	,099	434	,000	,960	434	,000
EDS - Humanidade - Médicos	Masculino	,133	130	,000	,948	130	,000
	Feminino	,098	434	,000	,972	434	,000
EDS - Humanidade - Psicólogos	Masculino	,130	130	,000	,952	130	,000
	Feminino	,123	434	,000	,946	434	,000
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Masculino	,146	130	,000	,952	130	,000
	Feminino	,089	434	,000	,977	434	,000
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Masculino	,117	130	,000	,937	130	,000
	Feminino	,133	434	,000	,926	434	,000
EDS - Processo - Enfermeiros	Masculino	,142	130	,000	,932	130	,000
	Feminino	,158	434	,000	,910	434	,000
EDS - Processo - Médicos	Masculino	,124	130	,000	,936	130	,000
	Feminino	,142	434	,000	,929	434	,000
EDS - Processo - Psicólogos	Masculino	,138	130	,000	,948	130	,000
	Feminino	,137	434	,000	,941	434	,000
EDS - Processo - Psiquiatras	Masculino	,139	130	,000	,935	130	,000
	Feminino	,101	434	,000	,968	434	,000
EDS - Processo - T. Alternativos	Masculino	,141	130	,000	,931	130	,000
	Feminino	,139	434	,000	,915	434	,000
EDS - Global - Enfermeiros	Masculino	,142	130	,000	,924	130	,000
	Feminino	,117	434	,000	,935	434	,000
EDS - Global - Médicos	Masculino	,134	130	,000	,946	130	,000
	Feminino	,088	434	,000	,952	434	,000
EDS - Global - Psicólogos	Masculino	,128	130	,000	,958	130	,000
	Feminino	,114	434	,000	,947	434	,000
EDS - Global - Psiquiatras	Masculino	,124	130	,000	,947	130	,000
	Feminino	,078	434	,000	,977	434	,000
EDS - Global - T. Alternativos	Masculino	,084	130	,025	,944	130	,000
	Feminino	,113	434	,000	,920	434	,000

a. Lilliefors Significance Correction

**Group Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Sexo							
Eficácia - Enfermeiros	Masculino	N	130				
		Mean	5,63	,00	,12	5,40	5,87
		Std. Deviation	1,295	-,009	,097	1,095	1,479
		Std. Error Mean	,114				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,46	,00	,07	5,33	5,59
		Std. Deviation	1,309	-,005	,050	1,209	1,402
		Std. Error Mean	,063				
Eficácia - Médicos	Masculino	N	130				
		Mean	5,30	,00	,12	5,06	5,52
		Std. Deviation	1,322	-,008	,090	1,131	1,493
		Std. Error Mean	,116				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,17	,00	,06	5,04	5,29
		Std. Deviation	1,304	-,004	,049	1,207	1,405
		Std. Error Mean	,063				
Eficácia - Psicólogos	Masculino	N	130				
		Mean	4,84	,01	,13	4,56	5,09
		Std. Deviation	1,462	-,011	,092	1,271	1,627
		Std. Error Mean	,128				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,94	,00	,07	4,79	5,07
		Std. Deviation	1,456	-,002	,047	1,355	1,544
		Std. Error Mean	,070				
Eficácia - Psiquiatras	Masculino	N	130				
		Mean	4,52	,01	,15	4,21	4,80
		Std. Deviation	1,681	-,009	,086	1,508	1,854
		Std. Error Mean	,147				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,43	,00	,08	4,28	4,58
		Std. Deviation	1,587	-,004	,044	1,498	1,669
		Std. Error Mean	,076				
Eficácia - T. Alternativos	Masculino	N	130				
		Mean	5,11	,00	,12	4,87	5,35
		Std. Deviation	1,443	-,005	,090	1,267	1,617
		Std. Error Mean	,127				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,29	,00	,07	5,16	5,43
		Std. Deviation	1,440	-,003	,061	1,311	1,555
		Std. Error Mean	,069				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Group Statistics**

Sexo			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Masculino	N	130				
		Mean	5,31	,00	,11	5,10	5,51
		Std. Deviation	1,204	-,010	,088	1,014	1,371
		Std. Error Mean	,106				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,04	,00	,06	4,92	5,15
		Std. Deviation	1,215	-,004	,046	1,120	1,304
		Std. Error Mean	,058				
EDS - Humanidade - Médicos	Masculino	N	130				
		Mean	4,65	,00	,11	4,42	4,85
		Std. Deviation	1,250	-,007	,077	1,081	1,408
		Std. Error Mean	,110				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,64	,00	,06	4,53	4,76
		Std. Deviation	1,283	-,003	,043	1,192	1,363
		Std. Error Mean	,062				
EDS - Humanidade - Psicólogos	Masculino	N	130				
		Mean	5,01	,00	,12	4,78	5,23
		Std. Deviation	1,287	-,006	,082	1,120	1,443
		Std. Error Mean	,113				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,01	,00	,06	4,88	5,13
		Std. Deviation	1,337	-,002	,047	1,243	1,429
		Std. Error Mean	,064				
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Masculino	N	130				
		Mean	4,51	,00	,13	4,25	4,74
		Std. Deviation	1,473	-,010	,078	1,313	1,615
		Std. Error Mean	,129				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,29	,00	,07	4,15	4,42
		Std. Deviation	1,439	-,005	,040	1,353	1,515
		Std. Error Mean	,069				
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Masculino	N	130				
		Mean	5,31	,00	,11	5,10	5,51
		Std. Deviation	1,204	-,009	,095	1,020	1,385
		Std. Error Mean	,106				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,32	,00	,06	5,21	5,45
		Std. Deviation	1,252	-,004	,050	1,149	1,341
		Std. Error Mean	,060				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Group Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Sexo							
EDS - Processo - Enfermeiros	Masculino	N	130				
		Mean	5,51	,00	,10	5,32	5,69
		Std. Deviation	1,047	-,008	,074	,895	1,189
		Std. Error Mean	,092				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,36	,00	,06	5,24	5,46
		Std. Deviation	1,161	-,004	,054	1,049	1,262
		Std. Error Mean	,056				
EDS - Processo - Médicos	Masculino	N	130				
		Mean	5,23	,00	,10	5,02	5,43
		Std. Deviation	1,094	-,005	,078	,943	1,241
		Std. Error Mean	,096				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,16	,00	,05	5,05	5,26
		Std. Deviation	1,176	-,004	,048	1,077	1,266
		Std. Error Mean	,056				
EDS - Processo - Psicólogos	Masculino	N	130				
		Mean	4,89	,00	,11	4,67	5,09
		Std. Deviation	1,193	-,010	,089	1,007	1,351
		Std. Error Mean	,105				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,96	,00	,06	4,85	5,07
		Std. Deviation	1,213	-,002	,046	1,119	1,295
		Std. Error Mean	,058				
EDS - Processo - Psiquiatras	Masculino	N	130				
		Mean	4,48	,00	,12	4,21	4,71
		Std. Deviation	1,462	-,009	,086	1,285	1,628
		Std. Error Mean	,128				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,44	,00	,06	4,31	4,57
		Std. Deviation	1,407	-,004	,043	1,316	1,487
		Std. Error Mean	,068				
EDS - Processo - T. Alternativos	Masculino	N	130				
		Mean	5,13	,00	,11	4,92	5,34
		Std. Deviation	1,243	-,009	,088	1,068	1,405
		Std. Error Mean	,109				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,23	,00	,06	5,11	5,35
		Std. Deviation	1,295	-,004	,055	1,182	1,392
		Std. Error Mean	,062				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Group Statistics**

			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Sexo							
EDS - Global - Enfermeiros	Masculino	N	130				
		Mean	5,44	,00	,10	5,23	5,62
		Std. Deviation	1,061	-,008	,080	,892	1,205
		Std. Error Mean	,093				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,24	,00	,05	5,13	5,34
		Std. Deviation	1,121	-,004	,049	1,018	1,219
		Std. Error Mean	,054				
EDS - Global - Médicos	Masculino	N	130				
		Mean	4,99	,00	,10	4,79	5,18
		Std. Deviation	1,113	-,005	,074	,955	1,254
		Std. Error Mean	,098				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,94	,00	,05	4,83	5,04
		Std. Deviation	1,158	-,004	,045	1,062	1,247
		Std. Error Mean	,056				
EDS - Global - Psicólogos	Masculino	N	130				
		Mean	4,93	,00	,10	4,72	5,14
		Std. Deviation	1,172	-,008	,084	1,002	1,339
		Std. Error Mean	,103				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,98	,00	,06	4,86	5,09
		Std. Deviation	1,221	-,002	,046	1,129	1,309
		Std. Error Mean	,059				
EDS - Global - Psiquiatras	Masculino	N	130				
		Mean	4,50	,00	,12	4,24	4,72
		Std. Deviation	1,413	-,009	,081	1,246	1,564
		Std. Error Mean	,124				
	Feminino	N	434				
		Mean	4,37	,00	,06	4,24	4,50
		Std. Deviation	1,363	-,004	,041	1,276	1,439
		Std. Error Mean	,065				
EDS - Global - T. Alternativos	Masculino	N	130				
		Mean	5,20	,00	,10	5,00	5,41
		Std. Deviation	1,177	-,008	,087	1,009	1,342
		Std. Error Mean	,103				
	Feminino	N	434				
		Mean	5,28	,00	,06	5,16	5,40
		Std. Deviation	1,230	-,004	,053	1,121	1,328
		Std. Error Mean	,059				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Eficácia - Enfermeiros	Equal variances assumed	,574	,449	1,302	562	,194	,170	,131	-,086	,426
	Equal variances not assumed			1,309	214,082	,192	,170	,130	-,086	,426
Eficácia - Médicos	Equal variances assumed	,065	,799	1,026	562	,306	,134	,131	-,123	,391
	Equal variances not assumed			1,018	209,869	,310	,134	,132	-,126	,394
Eficácia - Psicólogos	Equal variances assumed	,093	,761	-,666	562	,506	-,097	,146	-,383	,189
	Equal variances not assumed			-,664	211,536	,507	-,097	,146	-,385	,191
Eficácia - Psiquiatras	Equal variances assumed	,552	,458	,511	562	,610	,082	,161	-,234	,398
	Equal variances not assumed			,495	202,782	,621	,082	,166	-,245	,409
Eficácia - T. Alternativos	Equal variances assumed	,011	,918	-1,284	562	,200	-,185	,144	-,468	,098
	Equal variances not assumed			-1,283	211,858	,201	-,185	,144	-,469	,099
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Equal variances assumed	,308	,579	2,262	562	,024	,274	,121	,036	,512
	Equal variances not assumed			2,272	213,660	,024	,274	,121	,036	,512
EDS - Humanidade - Médicos	Equal variances assumed	,572	,450	,060	562	,952	,008	,128	-,243	,258
	Equal variances not assumed			,061	216,805	,951	,008	,126	-,240	,255
EDS - Humanidade - Psicólogos	Equal variances assumed	,185	,667	,008	562	,994	,001	,133	-,259	,261
	Equal variances not assumed			,008	219,113	,994	,001	,130	-,255	,257
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Equal variances assumed	,310	,578	1,529	562	,127	,221	,145	-,063	,505
	Equal variances not assumed			1,510	208,215	,133	,221	,146	-,068	,510
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Equal variances assumed	,147	,702	-,132	562	,895	-,016	,124	-,260	,227
	Equal variances not assumed			-,135	219,190	,893	-,016	,122	-,256	,223

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EDS - Processo - Enfermeiros	Equal variances assumed	,705	,401	1,335	562	,183	,152	,114	-,072	,375
	Equal variances not assumed			1,411	232,205	,160	,152	,107	-,060	,363
EDS - Processo - Médicos	Equal variances assumed	,759	,384	,633	562	,527	,073	,116	-,154	,301
	Equal variances not assumed			,659	225,663	,511	,073	,111	-,146	,293
EDS - Processo - Psicólogos	Equal variances assumed	,118	,731	-,572	562	,568	-,069	,121	-,306	,168
	Equal variances not assumed			-,577	215,119	,565	-,069	,120	-,305	,167
EDS - Processo - Psiquiatras	Equal variances assumed	,135	,714	,267	562	,790	,038	,142	-,241	,317
	Equal variances not assumed			,261	205,819	,794	,038	,145	-,248	,324
EDS - Processo - T. Alternativos	Equal variances assumed	,045	,832	-,721	562	,471	-,092	,128	-,345	,160
	Equal variances not assumed			-,737	219,685	,462	-,092	,125	-,340	,155
EDS - Global - Enfermeiros	Equal variances assumed	1,106	,293	1,867	562	,062	,207	,111	-,011	,424
	Equal variances not assumed			1,923	222,163	,056	,207	,108	-,005	,419
EDS - Global - Médicos	Equal variances assumed	,339	,560	,469	562	,639	,054	,115	-,172	,279
	Equal variances not assumed			,479	219,197	,632	,054	,112	-,168	,275
EDS - Global - Psicólogos	Equal variances assumed	,545	,461	-,356	562	,722	-,043	,121	-,281	,195
	Equal variances not assumed			-,363	219,502	,717	-,043	,118	-,276	,190
EDS - Global - Psiquiatras	Equal variances assumed	,352	,553	,893	562	,372	,123	,137	-,147	,393
	Equal variances not assumed			,876	206,241	,382	,123	,140	-,154	,399
EDS - Global - T. Alternativos	Equal variances assumed	,028	,868	-,600	562	,549	-,073	,122	-,312	,166
	Equal variances not assumed			-,614	220,214	,540	-,073	,119	-,308	,161

Bootstrap for Independent Samples Test

		Mean Difference	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Eficácia - Enfermeiros	Equal variances assumed	,170	,002	,135		-,109	,438
	Equal variances not assumed	,170	,002	,135		-,109	,438
Eficácia - Médicos	Equal variances assumed	,134	,002	,132	,298	-,131	,397
	Equal variances not assumed	,134	,002	,132	,299	-,131	,397
Eficácia - Psicólogos	Equal variances assumed	-,097	,007	,151	,531	-,387	,198
	Equal variances not assumed	-,097	,007	,151	,534	-,387	,198
Eficácia - Psiquiatras	Equal variances assumed	,082	,006	,166	,628	-,241	,406
	Equal variances not assumed	,082	,006	,166	,627	-,241	,406
Eficácia - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,185	,003	,142	,189	-,460	,094
	Equal variances not assumed	-,185	,003	,142	,205	-,460	,094
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Equal variances assumed	,274	,001	,123	,028	,032	,510
	Equal variances not assumed	,274	,001	,123	,026	,032	,510
EDS - Humanidade - Médicos	Equal variances assumed	,008	-,002	,127	,938	-,239	,254
	Equal variances not assumed	,008	-,002	,127	,939	-,239	,254
EDS - Humanidade - Psicólogos	Equal variances assumed	,001	,002	,134	,998	-,254	,263
	Equal variances not assumed	,001	,002	,134	,998	-,254	,263
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Equal variances assumed	,221	-,003	,146	,132	-,083	,519
	Equal variances not assumed	,221	-,003	,146	,133	-,083	,519
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,016	,000	,123	,886	-,276	,216
	Equal variances not assumed	-,016	,000	,123	,884	-,276	,216
EDS - Processo - Enfermeiros	Equal variances assumed	,152	,000	,109	,155	-,072	,368
	Equal variances not assumed	,152	,000	,109	,148	-,072	,368
EDS - Processo - Médicos	Equal variances assumed	,073	-,001	,114	,515	-,155	,304
	Equal variances not assumed	,073	-,001	,114	,517	-,155	,304
EDS - Processo - Psicólogos	Equal variances assumed	-,069	,002	,122	,582	-,316	,166
	Equal variances not assumed	-,069	,002	,122	,588	-,316	,166
EDS - Processo - Psiquiatras	Equal variances assumed	,038	,000	,142	,773	-,253	,316
	Equal variances not assumed	,038	,000	,142	,775	-,253	,316
EDS - Processo - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,092	-,002	,126	,475	-,348	,154
	Equal variances not assumed	-,092	-,002	,126	,475	-,348	,154
EDS - Global - Enfermeiros	Equal variances assumed	,207	,001	,111	,061	-,013	,416
	Equal variances not assumed	,207	,001	,111	,059	-,013	,416
EDS - Global - Médicos	Equal variances assumed	,054	-,001	,114	,613	-,172	,281
	Equal variances not assumed	,054	-,001	,114	,609	-,172	,281
EDS - Global - Psicólogos	Equal variances assumed	-,043	,002	,122	,730	-,283	,185
	Equal variances not assumed	-,043	,002	,122	,729	-,283	,185
EDS - Global - Psiquiatras	Equal variances assumed	,123	,000	,138	,378	-,159	,395
	Equal variances not assumed	,123	,000	,138	,382	-,159	,395
EDS - Global - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,073	-,001	,120	,541	-,321	,157
	Equal variances not assumed	-,073	-,001	,120	,551	-,321	,157

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.73 Anexo M2 – EDS: Teste T às Médias entre Aderentes e Não-aderentes

Tests of Normality

Tipo de Respondente		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Aderente	,240	289	,000	,867	289	,000
	Não-aderente	,270	243	,000	,867	243	,000
Eficácia - Médicos	Aderente	,193	289	,000	,901	289	,000
	Não-aderente	,250	243	,000	,879	243	,000
Eficácia - Psicólogos	Aderente	,161	289	,000	,923	289	,000
	Não-aderente	,185	243	,000	,919	243	,000
Eficácia - Psiquiatras	Aderente	,162	289	,000	,936	289	,000
	Não-aderente	,164	243	,000	,936	243	,000
Eficácia - T. Alternativos	Aderente	,213	289	,000	,894	289	,000
	Não-aderente	,236	243	,000	,861	243	,000
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Aderente	,105	289	,000	,950	289	,000
	Não-aderente	,115	243	,000	,956	243	,000
EDS - Humanidade - Médicos	Aderente	,088	289	,000	,969	289	,000
	Não-aderente	,134	243	,000	,970	243	,000
EDS - Humanidade - Psicólogos	Aderente	,125	289	,000	,943	289	,000
	Não-aderente	,137	243	,000	,951	243	,000
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Aderente	,114	289	,000	,963	289	,000
	Não-aderente	,100	243	,000	,975	243	,000
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Aderente	,123	289	,000	,931	289	,000
	Não-aderente	,152	243	,000	,923	243	,000
EDS - Processo - Enfermeiros	Aderente	,156	289	,000	,903	289	,000
	Não-aderente	,154	243	,000	,924	243	,000
EDS - Processo - Médicos	Aderente	,137	289	,000	,926	289	,000
	Não-aderente	,148	243	,000	,937	243	,000
EDS - Processo - Psicólogos	Aderente	,140	289	,000	,940	289	,000
	Não-aderente	,130	243	,000	,949	243	,000
EDS - Processo - Psiquiatras	Aderente	,132	289	,000	,952	289	,000
	Não-aderente	,104	243	,000	,974	243	,000
EDS - Processo - T. Alternativos	Aderente	,149	289	,000	,927	289	,000
	Não-aderente	,140	243	,000	,905	243	,000
EDS - Global - Enfermeiros	Aderente	,137	289	,000	,924	289	,000
	Não-aderente	,112	243	,000	,941	243	,000
EDS - Global - Médicos	Aderente	,094	289	,000	,945	289	,000
	Não-aderente	,109	243	,000	,957	243	,000
EDS - Global - Psicólogos	Aderente	,118	289	,000	,948	289	,000
	Não-aderente	,107	243	,000	,953	243	,000
EDS - Global - Psiquiatras	Aderente	,109	289	,000	,959	289	,000
	Não-aderente	,074	243	,002	,983	243	,005
EDS - Global - T. Alternativos	Aderente	,102	289	,000	,933	289	,000
	Não-aderente	,116	243	,000	,915	243	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

Tipo de Respondente			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Eficácia - Enfermeiros	Aderente	N	289				
		Mean	5,55	,00	,08	5,39	5,71
		Std. Deviation	1,354	-,009	,064	1,221	1,467
		Std. Error Mean	,080				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,47	,00	,08	5,32	5,63
		Std. Deviation	1,234	-,006	,063	1,103	1,350
		Std. Error Mean	,079				
Eficácia - Médicos	Aderente	N	289				
		Mean	5,14	,00	,08	4,99	5,30
		Std. Deviation	1,356	-,006	,062	1,231	1,475
		Std. Error Mean	,080				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,29	,00	,08	5,13	5,43
		Std. Deviation	1,226	-,004	,061	1,098	1,343
		Std. Error Mean	,079				
Eficácia - Psicólogos	Aderente	N	289				
		Mean	4,82	,00	,10	4,60	5,00
		Std. Deviation	1,578	-,006	,063	1,449	1,694
		Std. Error Mean	,093				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,06	,00	,08	4,89	5,22
		Std. Deviation	1,258	-,001	,055	1,154	1,371
		Std. Error Mean	,081				
Eficácia - Psiquiatras	Aderente	N	289				
		Mean	4,37	,00	,10	4,16	4,58
		Std. Deviation	1,705	-,007	,055	1,592	1,805
		Std. Error Mean	,100				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	4,56	,00	,09	4,37	4,74
		Std. Deviation	1,437	-,001	,052	1,336	1,538
		Std. Error Mean	,092				
Eficácia - T. Alternativos	Aderente	N	289				
		Mean	5,18	,00	,09	5,02	5,35
		Std. Deviation	1,464	-,004	,065	1,329	1,586
		Std. Error Mean	,086				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,35	,00	,09	5,16	5,52
		Std. Deviation	1,395	-,006	,084	1,211	1,553
		Std. Error Mean	,089				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Group Statistics

Tipo de Respondente			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Aderente	N	289				
		Mean	5,08	,00	,07	4,94	5,23
		Std. Deviation	1,228	-,008	,057	1,107	1,338
		Std. Error Mean	,072				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,14	,00	,08	4,99	5,29
		Std. Deviation	1,161	-,004	,054	1,058	1,261
		Std. Error Mean	,074				
EDS - Humanidade - Médicos	Aderente	N	289				
		Mean	4,57	,00	,08	4,41	4,72
		Std. Deviation	1,322	-,004	,052	1,215	1,417
		Std. Error Mean	,078				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	4,78	,00	,08	4,63	4,92
		Std. Deviation	1,165	-,001	,053	1,055	1,262
		Std. Error Mean	,075				
EDS - Humanidade - Psicólogos	Aderente	N	289				
		Mean	4,96	,00	,09	4,78	5,13
		Std. Deviation	1,404	-,007	,061	1,279	1,523
		Std. Error Mean	,083				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,08	,00	,08	4,92	5,23
		Std. Deviation	1,180	-,002	,058	1,059	1,294
		Std. Error Mean	,076				
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Aderente	N	289				
		Mean	4,28	,00	,09	4,09	4,48
		Std. Deviation	1,523	-,005	,051	1,420	1,616
		Std. Error Mean	,090				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	4,41	,00	,09	4,24	4,57
		Std. Deviation	1,319	-,003	,049	1,218	1,411
		Std. Error Mean	,085				
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Aderente	N	289				
		Mean	5,25	,00	,08	5,10	5,40
		Std. Deviation	1,282	-,004	,063	1,156	1,400
		Std. Error Mean	,075				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,43	,00	,08	5,28	5,57
		Std. Deviation	1,163	-,004	,065	1,034	1,295
		Std. Error Mean	,075				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Group Statistics

Tipo de Respondente			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
EDS - Processo - Enfermeiros	Aderente	N	289				
		Mean	5,39	,00	,07	5,25	5,52
		Std. Deviation	1,160	-,008	,067	1,018	1,280
		Std. Error Mean	,068				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,40	,00	,07	5,26	5,53
		Std. Deviation	1,080	-,004	,059	,965	1,192
		Std. Error Mean	,069				
EDS - Processo - Médicos	Aderente	N	289				
		Mean	5,10	,00	,07	4,95	5,24
		Std. Deviation	1,226	-,005	,061	1,101	1,342
		Std. Error Mean	,072				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,27	,00	,07	5,14	5,41
		Std. Deviation	1,049	-,003	,056	,934	1,150
		Std. Error Mean	,067				
EDS - Processo - Psicólogos	Aderente	N	289				
		Mean	4,87	,00	,08	4,71	5,01
		Std. Deviation	1,282	-,004	,060	1,148	1,395
		Std. Error Mean	,075				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,04	,00	,07	4,91	5,18
		Std. Deviation	1,068	-,003	,058	,960	1,188
		Std. Error Mean	,068				
EDS - Processo - Psiquiatras	Aderente	N	289				
		Mean	4,39	,00	,09	4,21	4,57
		Std. Deviation	1,496	-,005	,054	1,387	1,598
		Std. Error Mean	,088				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	4,54	,00	,08	4,38	4,70
		Std. Deviation	1,265	-,003	,054	1,148	1,369
		Std. Error Mean	,081				
EDS - Processo - T. Alternativos	Aderente	N	289				
		Mean	5,10	,00	,07	4,96	5,25
		Std. Deviation	1,278	-,002	,061	1,151	1,395
		Std. Error Mean	,075				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,33	,00	,08	5,17	5,49
		Std. Deviation	1,268	-,005	,078	1,104	1,421
		Std. Error Mean	,081				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Group Statistics

Tipo de Respondente			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
EDS - Global - Enfermeiros	Aderente	N	289				
		Mean	5,28	,00	,07	5,15	5,41
		Std. Deviation	1,140	-,008	,061	1,008	1,252
		Std. Error Mean	,067				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,30	,00	,07	5,17	5,43
		Std. Deviation	1,038	-,004	,054	,935	1,136
		Std. Error Mean	,067				
EDS - Global - Médicos	Aderente	N	289				
		Mean	4,88	,00	,07	4,73	5,02
		Std. Deviation	1,214	-,005	,057	1,098	1,320
		Std. Error Mean	,071				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,06	,00	,07	4,94	5,19
		Std. Deviation	1,028	-,002	,052	,929	1,128
		Std. Error Mean	,066				
EDS - Global - Psicólogos	Aderente	N	289				
		Mean	4,90	,00	,08	4,73	5,05
		Std. Deviation	1,299	-,006	,060	1,177	1,407
		Std. Error Mean	,076				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,06	,00	,07	4,93	5,20
		Std. Deviation	1,046	-,002	,057	,932	1,163
		Std. Error Mean	,067				
EDS - Global - Psiquiatras	Aderente	N	289				
		Mean	4,34	,00	,09	4,16	4,53
		Std. Deviation	1,465	-,005	,053	1,355	1,558
		Std. Error Mean	,086				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	4,49	,00	,08	4,32	4,64
		Std. Deviation	1,216	-,002	,051	1,113	1,317
		Std. Error Mean	,078				
EDS - Global - T. Alternativos	Aderente	N	289				
		Mean	5,18	,00	,07	5,04	5,31
		Std. Deviation	1,237	-,003	,061	1,109	1,354
		Std. Error Mean	,073				
	Não-aderente	N	243				
		Mean	5,38	,00	,08	5,23	5,52
		Std. Deviation	1,172	-,005	,074	1,020	1,320
		Std. Error Mean	,075				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Eficácia - Enfermeiros	Equal variances assumed	3,017	,083	,649	530	,517	,073	,113	-,149	,296
	Equal variances not assumed			,654	526,509	,513	,073	,112	-,147	,294
Eficácia - Médicos	Equal variances assumed	,949	,331	-1,294	530	,196	-,146	,113	-,368	,076
	Equal variances not assumed			-1,305	527,156	,192	-,146	,112	-,366	,074
Eficácia - Psicólogos	Equal variances assumed	16,177	,000	-1,922	530	,055	-,241	,125	-,487	,005
	Equal variances not assumed			-1,959	528,556	,051	-,241	,123	-,483	,001
Eficácia - Psiquiatras	Equal variances assumed	8,039	,005	-1,345	530	,179	-,186	,138	-,458	,086
	Equal variances not assumed			-1,365	529,996	,173	-,186	,136	-,454	,082
Eficácia - T. Alternativos	Equal variances assumed	1,203	,273	-1,301	530	,194	-,162	,125	-,407	,083
	Equal variances not assumed			-1,307	521,760	,192	-,162	,124	-,406	,082
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Equal variances assumed	,529	,467	-,559	530	,577	-,058	,104	-,263	,147
	Equal variances not assumed			-,562	522,786	,575	-,058	,104	-,262	,146
EDS - Humanidade - Médicos	Equal variances assumed	4,362	,037	-1,966	530	,050	-,214	,109	-,429	,000
	Equal variances not assumed			-1,988	528,825	,047	-,214	,108	-,426	-,002
EDS - Humanidade - Psicólogos	Equal variances assumed	7,426	,007	-1,095	530	,274	-,125	,114	-,348	,099
	Equal variances not assumed			-1,112	530,000	,267	-,125	,112	-,345	,096
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Equal variances assumed	5,585	,018	-1,043	530	,298	-,130	,125	-,375	,115
	Equal variances not assumed			-1,056	529,540	,292	-,130	,123	-,372	,112
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Equal variances assumed	1,817	,178	-1,730	530	,084	-,185	,107	-,395	,025
	Equal variances not assumed			-1,744	526,924	,082	-,185	,106	-,393	,023

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
EDS - Processo - Enfermeiros	Equal variances assumed	,293	,588	-,117	530	,907	-,011	,098	-,204	,181
	Equal variances not assumed			-,117	524,494	,907	-,011	,097	-,202	,180
EDS - Processo - Médicos	Equal variances assumed	5,343	,021	-1,750	530	,081	-,175	,100	-,371	,021
	Equal variances not assumed			-1,773	529,841	,077	-,175	,099	-,369	,019
EDS - Processo - Psicólogos	Equal variances assumed	8,177	,004	-1,693	530	,091	-,175	,103	-,378	,028
	Equal variances not assumed			-1,719	529,954	,086	-,175	,102	-,375	,025
EDS - Processo - Psiquiatras	Equal variances assumed	9,536	,002	-1,244	530	,214	-,151	,121	-,390	,087
	Equal variances not assumed			-1,262	529,983	,207	-,151	,120	-,386	,084
EDS - Processo - T. Alternativos	Equal variances assumed	,049	,825	-2,034	530	,042	-,225	,111	-,443	-,008
	Equal variances not assumed			-2,035	515,764	,042	-,225	,111	-,443	-,008
EDS - Global - Enfermeiros	Equal variances assumed	1,349	,246	-,203	530	,839	-,019	,095	-,206	,168
	Equal variances not assumed			-,205	526,610	,838	-,019	,094	-,205	,166
EDS - Global - Médicos	Equal variances assumed	6,049	,014	-1,904	530	,057	-,188	,099	-,381	,006
	Equal variances not assumed			-1,931	529,970	,054	-,188	,097	-,379	,003
EDS - Global - Psicólogos	Equal variances assumed	11,990	,001	-1,572	530	,116	-,163	,104	-,366	,041
	Equal variances not assumed			-1,602	529,018	,110	-,163	,102	-,363	,037
EDS - Global - Psiquiatras	Equal variances assumed	11,091	,001	-1,245	530	,214	-,147	,118	-,379	,085
	Equal variances not assumed			-1,265	529,915	,206	-,147	,116	-,375	,081
EDS - Global - T. Alternativos	Equal variances assumed	,661	,417	-1,894	530	,059	-,199	,105	-,406	,007
	Equal variances not assumed			-1,903	522,497	,058	-,199	,105	-,405	,006

Bootstrap for Independent Samples Test

		Mean Difference	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Eficácia - Enfermeiros	Equal variances assumed	,073	,002	,114	,525	-,147	,293
	Equal variances not assumed	,073	,002	,114	,523	-,147	,293
Eficácia - Médicos	Equal variances assumed	-,146	-,001	,112	,195	-,362	,079
	Equal variances not assumed	-,146	-,001	,112	,194	-,362	,079
Eficácia - Psicólogos	Equal variances assumed	-,241	,000	,129	,080	-,513	,023
	Equal variances not assumed	-,241	,000	,129	,082	-,513	,023
Eficácia - Psiquiatras	Equal variances assumed	-,186	,003	,140	,189	-,471	,087
	Equal variances not assumed	-,186	,003	,140	,193	-,471	,087
Eficácia - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,162	-,003	,126	,200	-,405	,092
	Equal variances not assumed	-,162	-,003	,126	,201	-,405	,092
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Equal variances assumed	-,058	-,001	,106	,586	-,266	,158
	Equal variances not assumed	-,058	-,001	,106	,587	-,266	,158
EDS - Humanidade - Médicos	Equal variances assumed	-,214	,002	,111	,051	-,432	,002
	Equal variances not assumed	-,214	,002	,111	,051	-,432	,002
EDS - Humanidade - Psicólogos	Equal variances assumed	-,125	,003	,118	,279	-,353	,125
	Equal variances not assumed	-,125	,003	,118	,279	-,353	,125
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Equal variances assumed	-,130	,009	,129	,290	-,374	,149
	Equal variances not assumed	-,130	,009	,129	,290	-,374	,149
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,185	,001	,107	,083	-,389	,024
	Equal variances not assumed	-,185	,001	,107	,083	-,389	,024
EDS - Processo - Enfermeiros	Equal variances assumed	-,011	,004	,096	,893	-,196	,189
	Equal variances not assumed	-,011	,004	,096	,894	-,196	,189
EDS - Processo - Médicos	Equal variances assumed	-,175	,003	,099	,086	-,366	,020
	Equal variances not assumed	-,175	,003	,099	,086	-,366	,020
EDS - Processo - Psicólogos	Equal variances assumed	-,175	,000	,106	,102	-,387	,049
	Equal variances not assumed	-,175	,000	,106	,102	-,387	,049
EDS - Processo - Psiquiatras	Equal variances assumed	-,151	,003	,124	,213	-,388	,121
	Equal variances not assumed	-,151	,003	,124	,212	-,388	,121
EDS - Processo - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,225	,000	,112	,044	-,439	,002
	Equal variances not assumed	-,225	,000	,112	,045	-,439	,002
EDS - Global - Enfermeiros	Equal variances assumed	-,019	,002	,096	,830	-,207	,169
	Equal variances not assumed	-,019	,002	,096	,830	-,207	,169
EDS - Global - Médicos	Equal variances assumed	-,188	,002	,099	,058	-,386	,005
	Equal variances not assumed	-,188	,002	,099	,057	-,386	,005
EDS - Global - Psicólogos	Equal variances assumed	-,163	,001	,107	,136	-,368	,053
	Equal variances not assumed	-,163	,001	,107	,135	-,368	,053
EDS - Global - Psiquiatras	Equal variances assumed	-,147	,005	,121	,212	-,388	,113
	Equal variances not assumed	-,147	,005	,121	,214	-,388	,113
EDS - Global - T. Alternativos	Equal variances assumed	-,199	,000	,106	,052	-,401	,003
	Equal variances not assumed	-,199	,000	,106	,050	-,401	,003

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.74 Anexo M3 – EDS-Habilitações: Testes *One-Way ANOVA* e *Welch*

Existem diferenças estatisticamente significativas no grupo dos enfermeiros, no que diz respeito ao processo ( $F_{(3, 647)} = 3.618, p = .013$ ), onde a média dos respondentes do Alentejo-Algarve ( $M = 4.81$ ) foi inferior à dos de Lisboa-Centro ( $M = 5.36$ ) ( $LSD: p = .002$ ), à dos do Norte ( $M = 5.46$ ) ( $LSD: p = .002$ ) e à dos das Regiões Autónomas ( $M = 5.49$ ) ( $LSD: p = .048$ ). Também no fator Processo ( $F_{(3, 646)} = 4.528, p = .004$ ), os do Alentejo-Algarve, avaliaram menos favoravelmente ( $M = 4.57$ ) o grupo dos médicos face aos respondentes de Lisboa-Centro ( $M = 5.20$ ) ( $LSD: p = .001$ ) e aos do Norte ( $M = 5.05$ ) ( $LSD: p = .024$ ). Esta tendência reflete-se na avaliação global, onde os enfermeiros ( $F_{(3, 639)} = 3.230, p = .022$ ) são avaliados menos favoravelmente pelos respondentes do Alentejo-Algarve ( $M = 4.75$ ) face aos de Lisboa-Centro ( $M = 5.25$ ) ( $LSD: p = .004$ ) e aos do Norte ( $M = 5.35$ ) ( $LSD: p = .003$ ); ao passo que os médicos ( $F_{(3, 635)} = 3.298, p = .020$ ) são avaliados menos favoravelmente pelos do Alentejo-Algarve ( $M = 4.49$ ) do que pelos de Lisboa-Centro ( $M = 4.98$ ) ( $LSD: p = .009$ ).

Tests of Normality

Habilitações (agrup.)		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	,185	43	,001	,877	43	,000
	12.º Ano de escolaridade	,268	151	,000	,870	151	,000
	Ensino Superior	,257	370	,000	,869	370	,000
Eficácia - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	,168	43	,004	,913	43	,003
	12.º Ano de escolaridade	,182	151	,000	,918	151	,000
	Ensino Superior	,238	370	,000	,880	370	,000
Eficácia - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	,161	43	,007	,918	43	,005
	12.º Ano de escolaridade	,181	151	,000	,921	151	,000
	Ensino Superior	,174	370	,000	,922	370	,000
Eficácia - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	,134	43	,052	,935	43	,017
	12.º Ano de escolaridade	,149	151	,000	,935	151	,000
	Ensino Superior	,164	370	,000	,940	370	,000
Eficácia - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	,214	43	,000	,844	43	,000
	12.º Ano de escolaridade	,271	151	,000	,854	151	,000
	Ensino Superior	,202	370	,000	,891	370	,000
EDS - Humanidade - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	,170	43	,003	,937	43	,020
	12.º Ano de escolaridade	,119	151	,000	,962	151	,000
	Ensino Superior	,108	370	,000	,955	370	,000
EDS - Humanidade - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	,118	43	,149	,955	43	,088
	12.º Ano de escolaridade	,080	151	,019	,978	151	,015
	Ensino Superior	,126	370	,000	,962	370	,000
EDS - Humanidade - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	,102	43	,200 <sup>*</sup>	,953	43	,078
	12.º Ano de escolaridade	,131	151	,000	,960	151	,000
	Ensino Superior	,125	370	,000	,940	370	,000
EDS - Humanidade - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	,083	43	,200 <sup>*</sup>	,966	43	,237
	12.º Ano de escolaridade	,108	151	,000	,966	151	,001
	Ensino Superior	,105	370	,000	,973	370	,000
EDS - Humanidade - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	,185	43	,001	,898	43	,001
	12.º Ano de escolaridade	,151	151	,000	,921	151	,000
	Ensino Superior	,125	370	,000	,934	370	,000

a. Lilliefors Significance Correction  
 \*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Habilitações (agrup.)		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	,120	43	,127	,912	43	,003
	12.º Ano de escolaridade	,137	151	,000	,937	151	,000
	Ensino Superior	,164	370	,000	,909	370	,000
EDS - Processo - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	,129	43	,069	,950	43	,062
	12.º Ano de escolaridade	,139	151	,000	,945	151	,000
	Ensino Superior	,140	370	,000	,922	370	,000
EDS - Processo - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	,159	43	,008	,953	43	,075
	12.º Ano de escolaridade	,134	151	,000	,947	151	,000
	Ensino Superior	,141	370	,000	,940	370	,000
EDS - Processo - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	,094	43	,200*	,966	43	,223
	12.º Ano de escolaridade	,134	151	,000	,933	151	,000
	Ensino Superior	,104	370	,000	,969	370	,000
EDS - Processo - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	,192	43	,000	,900	43	,001
	12.º Ano de escolaridade	,154	151	,000	,898	151	,000
	Ensino Superior	,126	370	,000	,931	370	,000
EDS - Global - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	,132	43	,056	,923	43	,007
	12.º Ano de escolaridade	,121	151	,000	,952	151	,000
	Ensino Superior	,128	370	,000	,931	370	,000
EDS - Global - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	,128	43	,073	,954	43	,086
	12.º Ano de escolaridade	,072	151	,057	,974	151	,007
	Ensino Superior	,108	370	,000	,938	370	,000
EDS - Global - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	,098	43	,200*	,959	43	,131
	12.º Ano de escolaridade	,104	151	,000	,965	151	,001
	Ensino Superior	,117	370	,000	,941	370	,000
EDS - Global - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	,079	43	,200*	,971	43	,334
	12.º Ano de escolaridade	,086	151	,008	,960	151	,000
	Ensino Superior	,088	370	,000	,976	370	,000
EDS - Global - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	,168	43	,004	,896	43	,001
	12.º Ano de escolaridade	,121	151	,000	,917	151	,000
	Ensino Superior	,093	370	,000	,935	370	,000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Eficácia - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	49	5,20	1,620	,231	4,74	5,67	1	7
	12.º Ano de escolaridade	179	5,37	1,390	,104	5,17	5,58	1	7
	Ensino Superior	429	5,48	1,303	,063	5,35	5,60	1	7
	Total	657	5,43	1,353	,053	5,32	5,53	1	7
Eficácia - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	49	4,78	1,649	,236	4,30	5,25	1	7
	12.º Ano de escolaridade	179	4,99	1,418	,106	4,78	5,20	1	7
	Ensino Superior	430	5,21	1,300	,063	5,09	5,33	1	7
	Total	658	5,12	1,366	,053	5,01	5,22	1	7
Eficácia - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	46	4,54	1,846	,272	4,00	5,09	1	7
	12.º Ano de escolaridade	176	4,76	1,650	,124	4,51	5,00	1	7
	Ensino Superior	424	4,84	1,423	,069	4,71	4,98	1	7
	Total	646	4,80	1,520	,060	4,68	4,91	1	7
Eficácia - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	45	4,13	1,890	,282	3,57	4,70	1	7
	12.º Ano de escolaridade	174	4,30	1,754	,133	4,04	4,56	1	7
	Ensino Superior	423	4,39	1,591	,077	4,24	4,54	1	7
	Total	642	4,35	1,658	,065	4,22	4,48	1	7
Eficácia - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	49	5,18	1,833	,262	4,66	5,71	1	7
	12.º Ano de escolaridade	176	5,41	1,358	,102	5,21	5,62	1	7
	Ensino Superior	426	5,15	1,453	,070	5,01	5,28	1	7
	Total	651	5,22	1,462	,057	5,11	5,33	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Humanidade - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	49	4,78	1,573	,225	4,33	5,23	1	7
	12.º Ano de escolaridade	176	5,01	1,232	,093	4,83	5,20	1	7
	Ensino Superior	422	5,08	1,171	,057	4,97	5,19	1	7
	Total	647	5,04	1,223	,048	4,95	5,13	1	7
EDS - Humanidade - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	48	4,49	1,601	,231	4,03	4,96	1	7
	12.º Ano de escolaridade	177	4,56	1,270	,095	4,37	4,75	1	7
	Ensino Superior	421	4,65	1,246	,061	4,53	4,77	1	7
	Total	646	4,61	1,281	,050	4,52	4,71	1	7
EDS - Humanidade - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	45	4,64	1,612	,240	4,15	5,12	1	7
	12.º Ano de escolaridade	173	4,84	1,408	,107	4,63	5,06	1	7
	Ensino Superior	417	5,01	1,274	,062	4,89	5,14	1	7
	Total	635	4,94	1,340	,053	4,84	5,04	1	7
EDS - Humanidade - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	45	4,13	1,663	,248	3,63	4,63	1	7
	12.º Ano de escolaridade	169	4,31	1,554	,120	4,07	4,54	1	7
	Ensino Superior	411	4,31	1,400	,069	4,18	4,45	1	7
	Total	625	4,30	1,461	,058	4,18	4,41	1	7
EDS - Humanidade - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	48	5,22	1,584	,229	4,76	5,68	1	7
	12.º Ano de escolaridade	177	5,47	1,207	,091	5,29	5,65	2	7
	Ensino Superior	420	5,24	1,251	,061	5,12	5,36	1	7
	Total	645	5,30	1,269	,050	5,20	5,40	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Processo - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	49	5,05	1,546	,221	4,60	5,49	1	7
	12.º Ano de escolaridade	177	5,35	1,095	,082	5,18	5,51	1	7
	Ensino Superior	424	5,38	1,107	,054	5,27	5,48	1	7
	Total	650	5,35	1,144	,045	5,26	5,43	1	7
EDS - Processo - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	47	4,79	1,465	,214	4,36	5,22	1	7
	12.º Ano de escolaridade	176	5,03	1,135	,086	4,86	5,20	1	7
	Ensino Superior	426	5,20	1,148	,056	5,09	5,31	1	7
	Total	649	5,13	1,174	,046	5,04	5,22	1	7
EDS - Processo - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	44	4,76	1,479	,223	4,31	5,21	1	7
	12.º Ano de escolaridade	168	4,78	1,306	,101	4,58	4,98	1	7
	Ensino Superior	418	4,90	1,195	,058	4,79	5,02	1	7
	Total	630	4,86	1,246	,050	4,76	4,96	1	7
EDS - Processo - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	43	4,24	1,658	,253	3,73	4,75	1	7
	12.º Ano de escolaridade	162	4,40	1,475	,116	4,17	4,63	1	7
	Ensino Superior	405	4,46	1,376	,068	4,33	4,59	1	7
	Total	610	4,43	1,423	,058	4,32	4,54	1	7
EDS - Processo - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	48	5,14	1,569	,227	4,68	5,59	1	7
	12.º Ano de escolaridade	168	5,46	1,164	,090	5,28	5,64	1	7
	Ensino Superior	407	5,13	1,275	,063	5,01	5,26	1	7
	Total	623	5,22	1,277	,051	5,12	5,32	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Global - Enfermeiros	9.º Ano (ou inferior)	49	4,96	1,505	,215	4,52	5,39	1	7
	12.º Ano de escolaridade	174	5,22	1,101	,083	5,06	5,39	1	7
	Ensino Superior	419	5,28	1,058	,052	5,18	5,38	1	7
	Total	642	5,24	1,110	,044	5,15	5,33	1	7
EDS - Global - Médicos	9.º Ano (ou inferior)	47	4,68	1,488	,217	4,24	5,11	1	7
	12.º Ano de escolaridade	173	4,83	1,149	,087	4,66	5,01	1	7
	Ensino Superior	418	4,99	1,108	,054	4,88	5,09	1	7
	Total	638	4,92	1,153	,046	4,83	5,01	1	7
EDS - Global - Psicólogos	9.º Ano (ou inferior)	43	4,72	1,532	,234	4,25	5,19	1	7
	12.º Ano de escolaridade	164	4,84	1,302	,102	4,64	5,04	1	7
	Ensino Superior	412	4,95	1,162	,057	4,84	5,06	1	7
	Total	619	4,91	1,229	,049	4,81	5,00	1	7
EDS - Global - Psiquiatras	9.º Ano (ou inferior)	43	4,19	1,652	,252	3,68	4,70	1	7
	12.º Ano de escolaridade	159	4,39	1,479	,117	4,16	4,62	1	7
	Ensino Superior	396	4,44	1,296	,065	4,31	4,57	1	7
	Total	598	4,41	1,374	,056	4,30	4,52	1	7
EDS - Global - T. Alternativos	9.º Ano (ou inferior)	48	5,19	1,552	,224	4,74	5,64	1	7
	12.º Ano de escolaridade	166	5,50	1,091	,085	5,34	5,67	2	7
	Ensino Superior	402	5,20	1,207	,060	5,08	5,32	1	7
	Total	616	5,28	1,213	,049	5,19	5,38	1	7

**Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	1,738	2	654	,177
Eficácia - Médicos	3,139	2	655	,044
Eficácia - Psicólogos	8,000	2	643	,000
Eficácia - Psiquiatras	3,083	2	639	,047
Eficácia - T. Alternativos	2,720	2	648	,067
EDS - Humanidade - Enfermeiros	4,246	2	644	,015
EDS - Humanidade - Médicos	4,614	2	643	,010
EDS - Humanidade - Psicólogos	5,287	2	632	,005
EDS - Humanidade - Psiquiatras	2,580	2	622	,077
EDS - Humanidade - T. Alternativos	2,189	2	642	,113
EDS - Processo - Enfermeiros	4,492	2	647	,012
EDS - Processo - Médicos	3,296	2	646	,038
EDS - Processo - Psicólogos	3,256	2	627	,039
EDS - Processo - Psiquiatras	2,107	2	607	,122
EDS - Processo - T. Alternativos	2,695	2	620	,068
EDS - Global - Enfermeiros	5,419	2	639	,005
EDS - Global - Médicos	5,865	2	635	,003
EDS - Global - Psicólogos	5,808	2	616	,003
EDS - Global - Psiquiatras	4,771	2	595	,009
EDS - Global - T. Alternativos	3,281	2	613	,038

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Between Groups	3,942	2	1,971	1,077	,341
	Within Groups	1196,874	654	1,830		
	Total	1200,816	656			
Eficácia - Médicos	Between Groups	12,318	2	6,159	3,324	,037
	Within Groups	1213,671	655	1,853		
	Total	1225,989	657			
Eficácia - Psicólogos	Between Groups	4,115	2	2,057	,890	,411
	Within Groups	1486,320	643	2,312		
	Total	1490,435	645			
Eficácia - Psiquiatras	Between Groups	3,329	2	1,664	,605	,547
	Within Groups	1758,516	639	2,752		
	Total	1761,844	641			
Eficácia - T. Alternativos	Between Groups	9,102	2	4,551	2,135	,119
	Within Groups	1381,045	648	2,131		
	Total	1390,147	650			
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Between Groups	4,101	2	2,051	1,373	,254
	Within Groups	962,187	644	1,494		
	Total	966,289	646			
EDS - Humanidade - Médicos	Between Groups	1,827	2	,914	,556	,574
	Within Groups	1056,530	643	1,643		
	Total	1058,357	645			
EDS - Humanidade - Psicólogos	Between Groups	7,936	2	3,968	2,217	,110
	Within Groups	1131,123	632	1,790		
	Total	1139,059	634			
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Between Groups	1,310	2	,655	,306	,736
	Within Groups	1331,336	622	2,140		
	Total	1332,646	624			
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Between Groups	7,129	2	3,565	2,221	,109
	Within Groups	1030,297	642	1,605		
	Total	1037,426	644			

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	Between Groups	4,822	2	2,411	1,847	,159
	Within Groups	844,532	647	1,305		
	Total	849,354	649			
EDS - Processo - Médicos	Between Groups	9,446	2	4,723	3,450	,032
	Within Groups	884,416	646	1,369		
	Total	893,862	648			
EDS - Processo - Psicólogos	Between Groups	2,169	2	1,084	,698	,498
	Within Groups	974,480	627	1,554		
	Total	976,649	629			
EDS - Processo - Psiquiatras	Between Groups	2,066	2	1,033	,510	,601
	Within Groups	1230,641	607	2,027		
	Total	1232,707	609			
EDS - Processo - T. Alternativos	Between Groups	12,844	2	6,422	3,975	,019
	Within Groups	1001,662	620	1,616		
	Total	1014,506	622			
EDS - Global - Enfermeiros	Between Groups	4,645	2	2,322	1,889	,152
	Within Groups	785,802	639	1,230		
	Total	790,447	641			
EDS - Global - Médicos	Between Groups	5,897	2	2,948	2,227	,109
	Within Groups	840,556	635	1,324		
	Total	846,453	637			
EDS - Global - Psicólogos	Between Groups	3,086	2	1,543	1,022	,360
	Within Groups	929,893	616	1,510		
	Total	932,980	618			
EDS - Global - Psiquiatras	Between Groups	2,544	2	1,272	,673	,510
	Within Groups	1124,131	595	1,889		
	Total	1126,675	597			
EDS - Global - T. Alternativos	Between Groups	11,217	2	5,608	3,846	,022
	Within Groups	893,934	613	1,458		
	Total	905,151	615			

### Robust Tests of Equality of Means

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Welch	,871	2	120,717	,421
	Brown-Forsythe	,891	2	145,195	,412
Eficácia - Médicos	Welch	2,801	2	120,100	,065
	Brown-Forsythe	2,697	2	144,005	,071
Eficácia - Psicólogos	Welch	,677	2	112,072	,510
	Brown-Forsythe	,704	2	138,581	,496
Eficácia - Psiquiatras	Welch	,512	2	111,509	,600
	Brown-Forsythe	,518	2	146,754	,597
Eficácia - T. Alternativos	Welch	2,352	2	121,344	,100
	Brown-Forsythe	1,756	2	126,203	,177
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Welch	,934	2	119,302	,396
	Brown-Forsythe	1,060	2	128,511	,349
EDS - Humanidade - Médicos	Welch	,485	2	118,174	,617
	Brown-Forsythe	,447	2	130,119	,640
EDS - Humanidade - Psicólogos	Welch	1,831	2	110,430	,165
	Brown-Forsythe	1,797	2	134,035	,170
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Welch	,240	2	111,245	,787
	Brown-Forsythe	,262	2	147,694	,770
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Welch	2,339	2	118,932	,101
	Brown-Forsythe	1,816	2	126,556	,167
EDS - Processo - Enfermeiros	Welch	1,067	2	119,347	,347
	Brown-Forsythe	1,374	2	115,676	,257
EDS - Processo - Médicos	Welch	2,770	2	115,972	,067
	Brown-Forsythe	2,792	2	124,742	,065
EDS - Processo - Psicólogos	Welch	,636	2	107,969	,531
	Brown-Forsythe	,576	2	133,502	,564
EDS - Processo - Psiquiatras	Welch	,409	2	105,907	,665
	Brown-Forsythe	,432	2	133,149	,650
EDS - Processo - T. Alternativos	Welch	4,426	2	119,245	,014
	Brown-Forsythe	3,357	2	125,589	,038
EDS - Global - Enfermeiros	Welch	1,138	2	118,333	,324
	Brown-Forsythe	1,381	2	117,856	,255
EDS - Global - Médicos	Welch	1,817	2	114,592	,167
	Brown-Forsythe	1,716	2	121,423	,184
EDS - Global - Psicólogos	Welch	,823	2	104,183	,442
	Brown-Forsythe	,795	2	121,835	,454
EDS - Global - Psiquiatras	Welch	,505	2	104,387	,605
	Brown-Forsythe	,541	2	130,433	,584
EDS - Global - T. Alternativos	Welch	4,347	2	118,490	,015
	Brown-Forsythe	3,119	2	117,457	,048

a. Asymptotically F distributed.

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Enfermeiros	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,170	,218	,738	-,71	,36
			Ensino Superior	-,271	,204	,413	-,77	,23
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,170	,218	,738	-,36	,71
			Ensino Superior	-,101	,120	,702	-,40	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,271	,204	,413	-,23	,77
			12.º Ano de escolaridade	,101	,120	,702	-,19	,40
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,170	,218	,435	-,60	,26
			Ensino Superior	-,271	,204	,184	-,67	,13
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,170	,218	,435	-,26	,60
			Ensino Superior	-,101	,120	,401	-,34	,14
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,271	,204	,184	-,13	,67
			12.º Ano de escolaridade	,101	,120	,401	-,14	,34
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,170	,254	,781	-,78	,44
			Ensino Superior	-,271	,240	,499	-,85	,31
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,170	,254	,781	-,44	,78
			Ensino Superior	-,101	,121	,683	-,39	,18
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,271	,240	,499	-,31	,85
			12.º Ano de escolaridade	,101	,121	,683	-,18	,39
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,170	,254		-,78	,44
			Ensino Superior	-,271	,240		-,85	,31
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,170	,254		-,44	,78
			Ensino Superior	-,101	,121		-,39	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,271	,240		-,31	,85
			12.º Ano de escolaridade	,101	,121		-,19	,39

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Médicos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,213	,219	,624	-,75	,33
			Ensino Superior	-,434	,205	,108	-,94	,07
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,213	,219	,624	-,33	,75
			Ensino Superior	-,220	,121	,191	-,52	,08
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,434	,205	,108	-,07	,94
			12.º Ano de escolaridade	,220	,121	,191	-,08	,52
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,213	,219	,331	-,64	,22
			Ensino Superior	-,434*	,205	,035	-,84	-,03
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,213	,219	,331	-,22	,64
			Ensino Superior	-,220	,121	,069	-,46	,02
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,434*	,205	,035	,03	,84
			12.º Ano de escolaridade	,220	,121	,069	-,02	,46
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,213	,258	,688	-,83	,41
			Ensino Superior	-,434	,244	,186	-1,02	,15
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,213	,258	,688	-,41	,83
			Ensino Superior	-,220	,123	,175	-,51	,07
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,434	,244	,186	-,15	1,02
			12.º Ano de escolaridade	,220	,123	,175	-,07	,51
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,213	,258		-,84	,41
			Ensino Superior	-,434	,244		-1,02	,15
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,213	,258		-,41	,84
			Ensino Superior	-,220	,123		-,51	,07
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,434	,244		-,15	1,02
			12.º Ano de escolaridade	,220	,123		-,07	,51

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Psicólogos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,212	,252	,701	-,83	,41
			Ensino Superior	-,299	,236	,450	-,88	,28
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,212	,252	,701	-,41	,83
			Ensino Superior	-,086	,136	,818	-,42	,25
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,236	,450	-,28	,88
			12.º Ano de escolaridade	,086	,136	,818	-,25	,42
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,212	,252	,400	-,71	,28
			Ensino Superior	-,299	,236	,206	-,76	,16
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,212	,252	,400	-,28	,71
			Ensino Superior	-,086	,136	,527	-,35	,18
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,236	,206	-,16	,76
			12.º Ano de escolaridade	,086	,136	,527	-,18	,35
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,212	,299	,759	-,93	,51
			Ensino Superior	-,299	,281	,541	-,98	,38
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,212	,299	,759	-,51	,93
			Ensino Superior	-,086	,142	,817	-,42	,25
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,281	,541	-,38	,98
			12.º Ano de escolaridade	,086	,142	,817	-,25	,42
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,212	,299		-,93	,51
			Ensino Superior	-,299	,281		-,98	,38
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,212	,299		-,51	,93
			Ensino Superior	-,086	,142		-,42	,25
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,281		-,38	,98
			12.º Ano de escolaridade	,086	,142		-,25	,42

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Psiquiatras	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,166	,277	,837	-,85	,52
			Ensino Superior	-,259	,260	,609	-,90	,38
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,166	,277	,837	-,52	,85
			Ensino Superior	-,094	,149	,822	-,46	,27
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,259	,260	,609	-,38	,90
			12.º Ano de escolaridade	,094	,149	,822	-,27	,46
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,166	,277	,551	-,71	,38
			Ensino Superior	-,259	,260	,320	-,77	,25
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,166	,277	,551	-,38	,71
			Ensino Superior	-,094	,149	,531	-,39	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,259	,260	,320	-,25	,77
			12.º Ano de escolaridade	,094	,149	,531	-,20	,39
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,166	,312	,856	-,91	,58
			Ensino Superior	-,259	,292	,651	-,96	,45
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,166	,312	,856	-,58	,91
			Ensino Superior	-,094	,154	,816	-,46	,27
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,259	,292	,651	-,45	,96
			12.º Ano de escolaridade	,094	,154	,816	-,27	,46
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,166	,312		-,92	,59
			Ensino Superior	-,259	,292		-,97	,45
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,166	,312		-,59	,92
			Ensino Superior	-,094	,154		-,46	,27
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,259	,292		-,45	,97
			12.º Ano de escolaridade	,094	,154		-,27	,46

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - T. Alternativos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,236	,619	-,81	,35
			Ensino Superior	,038	,220	,985	-,50	,58
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,236	,619	-,35	,81
			Ensino Superior	,269	,131	,121	-,05	,59
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,038	,220	,985	-,58	,50
			12.º Ano de escolaridade	-,269	,131	,121	-,59	,05
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,236	,327	-,69	,23
			Ensino Superior	,038	,220	,863	-,39	,47
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,236	,327	-,23	,69
			Ensino Superior	,269*	,131	,040	,01	,53
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,038	,220	,863	-,47	,39
			12.º Ano de escolaridade	-,269*	,131	,040	-,53	-,01
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,281	,691	-,91	,44
			Ensino Superior	,038	,271	,989	-,62	,69
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,281	,691	-,44	,91
			Ensino Superior	,269	,124	,078	-,02	,56
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,038	,271	,989	-,69	,62
			12.º Ano de escolaridade	-,269	,124	,078	-,56	,02
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,281		-,91	,45
			Ensino Superior	,038	,271		-,62	,69
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,281		-,45	,91
			Ensino Superior	,269	,124		-,02	,56
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,038	,271		-,69	,62
			12.º Ano de escolaridade	-,269	,124		-,56	,02

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,197	,505	-,72	,25
			Ensino Superior	-,299	,184	,269	-,75	,15
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,197	,505	-,25	,72
			Ensino Superior	-,068	,110	,825	-,34	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,184	,269	-,15	,75
			12.º Ano de escolaridade	,068	,110	,825	-,20	,34
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,197	,243	-,62	,16
			Ensino Superior	-,299	,184	,105	-,66	,06
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,197	,243	-,16	,62
			Ensino Superior	-,068	,110	,535	-,28	,15
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,184	,105	-,06	,66
			12.º Ano de escolaridade	,068	,110	,535	-,15	,28
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,243	,611	-,81	,35
			Ensino Superior	-,299	,232	,407	-,86	,26
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,243	,611	-,35	,81
			Ensino Superior	-,068	,109	,807	-,32	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,232	,407	-,26	,86
			12.º Ano de escolaridade	,068	,109	,807	-,19	,32
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,231	,243		-,82	,36
			Ensino Superior	-,299	,232		-,86	,26
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,231	,243		-,36	,82
			Ensino Superior	-,068	,109		-,33	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,299	,232		-,26	,86
			12.º Ano de escolaridade	,068	,109		-,19	,33

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Médicos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,066	,209	,951	-,58	,45
			Ensino Superior	-,159	,195	,719	-,64	,32
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,066	,209	,951	-,45	,58
			Ensino Superior	-,092	,115	,724	-,37	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,159	,195	,719	-,32	,64
			12.º Ano de escolaridade	,092	,115	,724	-,19	,37
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,066	,209	,751	-,48	,34
			Ensino Superior	-,159	,195	,417	-,54	,22
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,066	,209	,751	-,34	,48
			Ensino Superior	-,092	,115	,422	-,32	,13
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,159	,195	,417	-,22	,54
			12.º Ano de escolaridade	,092	,115	,422	-,13	,32
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,066	,250	,962	-,67	,53
			Ensino Superior	-,159	,239	,785	-,73	,42
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,066	,250	,962	-,53	,67
			Ensino Superior	-,092	,113	,694	-,36	,17
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,159	,239	,785	-,42	,73
			12.º Ano de escolaridade	,092	,113	,694	-,17	,36
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,066	,250		-,67	,54
			Ensino Superior	-,159	,239		-,74	,42
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,066	,250		-,54	,67
			Ensino Superior	-,092	,113		-,36	,17
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,159	,239		-,42	,74
			12.º Ano de escolaridade	,092	,113		-,17	,36

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Psicólogos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,207	,224	,653	-,76	,34
			Ensino Superior	-,376	,210	,202	-,89	,14
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,207	,224	,653	-,34	,76
			Ensino Superior	-,169	,121	,378	-,47	,13
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,376	,210	,202	-,14	,89
			12.º Ano de escolaridade	,169	,121	,378	-,13	,47
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,207	,224	,356	-,65	,23
			Ensino Superior	-,376	,210	,074	-,79	,04
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,207	,224	,356	-,23	,65
			Ensino Superior	-,169	,121	,163	-,41	,07
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,376	,210	,074	-,04	,79
			12.º Ano de escolaridade	,169	,121	,163	-,07	,41
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,207	,263	,713	-,84	,42
			Ensino Superior	-,376	,248	,294	-,98	,22
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,207	,263	,713	-,42	,84
			Ensino Superior	-,169	,124	,362	-,46	,12
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,376	,248	,294	-,22	,98
			12.º Ano de escolaridade	,169	,124	,362	-,12	,46
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,207	,263		-,84	,43
			Ensino Superior	-,376	,248		-,98	,23
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,207	,263		-,43	,84
			Ensino Superior	-,169	,124		-,46	,12
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,376	,248		-,23	,98
			12.º Ano de escolaridade	,169	,124		-,12	,46

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,174	,245	,777	-,78	,43
			Ensino Superior	-,178	,230	,741	-,74	,39
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,174	,245	,777	-,43	,78
			Ensino Superior	-,004	,134	1,000	-,33	,32
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,178	,230	,741	-,39	,74
			12.º Ano de escolaridade	,004	,134	1,000	-,32	,33
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,174	,245	,478	-,66	,31
			Ensino Superior	-,178	,230	,438	-,63	,27
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,174	,245	,478	-,31	,66
			Ensino Superior	-,004	,134	,978	-,27	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,178	,230	,438	-,27	,63
			12.º Ano de escolaridade	,004	,134	,978	-,26	,27
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,174	,275	,802	-,83	,49
			Ensino Superior	-,178	,257	,769	-,80	,44
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,174	,275	,802	-,49	,83
			Ensino Superior	-,004	,138	1,000	-,33	,32
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,178	,257	,769	-,44	,80
			12.º Ano de escolaridade	,004	,138	1,000	-,32	,33
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,174	,275		-,84	,49
			Ensino Superior	-,178	,257		-,80	,44
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,174	,275		-,49	,84
			Ensino Superior	-,004	,138		-,33	,32
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,178	,257		-,44	,80
			12.º Ano de escolaridade	,004	,138		-,32	,33

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,254	,206	,470	-,76	,25
			Ensino Superior	-,020	,193	,994	-,49	,45
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,254	,206	,470	-,25	,76
			Ensino Superior	,233	,114	,122	-,05	,51
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,020	,193	,994	-,45	,49
			12.º Ano de escolaridade	-,233	,114	,122	-,51	,05
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,254	,206	,219	-,66	,15
			Ensino Superior	-,020	,193	,916	-,40	,36
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,254	,206	,219	-,15	,66
			Ensino Superior	,233*	,114	,040	,01	,46
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,020	,193	,916	-,36	,40
			12.º Ano de escolaridade	-,233*	,114	,040	-,46	-,01
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,254	,246	,560	-,84	,34
			Ensino Superior	-,020	,237	,996	-,59	,55
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,254	,246	,560	-,34	,84
			Ensino Superior	,233	,109	,085	-,02	,49
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,020	,237	,996	-,55	,59
			12.º Ano de escolaridade	-,233	,109	,085	-,49	,02
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,254	,246		-,85	,34
			Ensino Superior	-,020	,237		-,59	,55
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,254	,246		-,34	,85
			Ensino Superior	,233	,109		-,02	,49
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,020	,237		-,55	,59
			12.º Ano de escolaridade	-,233	,109		-,49	,02

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Enfermeiros	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,299	,184	,270	-,75	,15
			Ensino Superior	-,331	,172	,159	-,75	,09
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,299	,184	,270	-,15	,75
			Ensino Superior	-,032	,102	,951	-,28	,22
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,331	,172	,159	-,09	,75
			12.º Ano de escolaridade	,032	,102	,951	-,22	,28
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,299	,184	,106	-,66	,06
			Ensino Superior	-,331	,172	,055	-,67	,01
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,299	,184	,106	-,06	,66
			Ensino Superior	-,032	,102	,751	-,23	,17
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,331	,172	,055	-,01	,67
			12.º Ano de escolaridade	,032	,102	,751	-,17	,23
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,299	,236	,418	-,86	,27
			Ensino Superior	-,331	,227	,319	-,88	,22
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,299	,236	,418	-,27	,86
			Ensino Superior	-,032	,098	,942	-,26	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,331	,227	,319	-,22	,88
			12.º Ano de escolaridade	,032	,098	,942	-,20	,26
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,299	,236		-,87	,27
			Ensino Superior	-,331	,227		-,88	,22
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,299	,236		-,27	,87
			Ensino Superior	-,032	,098		-,26	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,331	,227		-,22	,88
			12.º Ano de escolaridade	,032	,098		-,20	,26

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Médicos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,245	,192	,444	-,72	,23
			Ensino Superior	-,415	,180	,070	-,86	,03
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,245	,192	,444	-,23	,72
			Ensino Superior	-,170	,105	,267	-,43	,09
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,415	,180	,070	-,03	,86
			12.º Ano de escolaridade	,170	,105	,267	-,09	,43
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,245	,192	,203	-,62	,13
			Ensino Superior	-,415*	,180	,021	-,77	-,06
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,245	,192	,203	-,13	,62
			Ensino Superior	-,170	,105	,104	-,38	,04
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,415*	,180	,021	,06	,77
			12.º Ano de escolaridade	,170	,105	,104	-,04	,38
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,245	,230	,540	-,80	,31
			Ensino Superior	-,415	,221	,154	-,95	,12
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,245	,230	,540	-,31	,80
			Ensino Superior	-,170	,102	,218	-,41	,07
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,415	,221	,154	-,12	,95
			12.º Ano de escolaridade	,170	,102	,218	-,07	,41
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,245	,230		-,80	,31
			Ensino Superior	-,415	,221		-,95	,12
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,245	,230		-,31	,80
			Ensino Superior	-,170	,102		-,41	,07
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,415	,221		-,12	,95
			12.º Ano de escolaridade	,170	,102		-,07	,41

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Psicólogos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,024	,211	,993	-,54	,49
			Ensino Superior	-,143	,198	,770	-,63	,34
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,024	,211	,993	-,49	,54
			Ensino Superior	-,119	,114	,582	-,40	,16
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,143	,198	,770	-,34	,63
			12.º Ano de escolaridade	,119	,114	,582	-,16	,40
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,024	,211	,909	-,44	,39
			Ensino Superior	-,143	,198	,470	-,53	,25
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,024	,211	,909	-,39	,44
			Ensino Superior	-,119	,114	,298	-,34	,11
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,143	,198	,470	-,25	,53
			12.º Ano de escolaridade	,119	,114	,298	-,11	,34
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,024	,245	,995	-,61	,56
			Ensino Superior	-,143	,231	,810	-,70	,41
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,024	,245	,995	-,56	,61
			Ensino Superior	-,119	,116	,566	-,39	,16
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,143	,231	,810	-,41	,70
			12.º Ano de escolaridade	,119	,116	,566	-,16	,39
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,024	,245		-,62	,57
			Ensino Superior	-,143	,231		-,70	,42
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,024	,245		-,57	,62
			Ensino Superior	-,119	,116		-,39	,16
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,143	,231		-,42	,70
			12.º Ano de escolaridade	,119	,116		-,16	,39

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Psiquiatras	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,159	,244	,809	-,76	,44
			Ensino Superior	-,220	,228	,630	-,78	,34
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,159	,244	,809	-,44	,76
			Ensino Superior	-,061	,132	,900	-,39	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,220	,228	,630	-,34	,78
			12.º Ano de escolaridade	,061	,132	,900	-,26	,39
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,159	,244	,516	-,64	,32
			Ensino Superior	-,220	,228	,336	-,67	,23
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,159	,244	,516	-,32	,64
			Ensino Superior	-,061	,132	,646	-,32	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,220	,228	,336	-,23	,67
			12.º Ano de escolaridade	,061	,132	,646	-,20	,32
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,159	,278	,836	-,83	,51
			Ensino Superior	-,220	,262	,681	-,85	,41
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,159	,278	,836	-,51	,83
			Ensino Superior	-,061	,135	,893	-,38	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,220	,262	,681	-,41	,85
			12.º Ano de escolaridade	,061	,135	,893	-,26	,38
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,159	,278		-,83	,51
			Ensino Superior	-,220	,262		-,85	,42
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,159	,278		-,51	,83
			Ensino Superior	-,061	,135		-,38	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,220	,262		-,42	,85
			12.º Ano de escolaridade	,061	,135		-,26	,38

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - T. Alternativos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,319	,208	,308	-,83	,19
			Ensino Superior	,005	,194	1,000	-,47	,48
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,319	,208	,308	-,19	,83
			Ensino Superior	,324*	,117	,021	,04	,61
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,005	,194	1,000	-,48	,47
			12.º Ano de escolaridade	-,324*	,117	,021	-,61	-,04
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,319	,208	,125	-,73	,09
			Ensino Superior	,005	,194	,981	-,38	,39
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,319	,208	,125	-,09	,73
			Ensino Superior	,324*	,117	,006	,10	,55
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,005	,194	,981	-,39	,38
			12.º Ano de escolaridade	-,324*	,117	,006	-,55	-,10
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,319	,244	,394	-,90	,27
			Ensino Superior	,005	,235	1,000	-,56	,57
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,319	,244	,394	-,27	,90
			Ensino Superior	,324*	,110	,009	,07	,58
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,005	,235	1,000	-,57	,56
			12.º Ano de escolaridade	-,324*	,110	,009	-,58	-,07
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,319	,244		-,91	,27
			Ensino Superior	,005	,235		-,56	,57
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,319	,244		-,27	,91
			Ensino Superior	,324*	,110		,06	,58
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,005	,235		-,57	,56
			12.º Ano de escolaridade	-,324*	,110		-,58	-,06

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Enfermeiros	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,268	,179	,328	-,71	,17
			Ensino Superior	-,323	,167	,156	-,73	,09
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,268	,179	,328	-,17	,71
			Ensino Superior	-,055	,100	,858	-,30	,19
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,323	,167	,156	-,09	,73
			12.º Ano de escolaridade	,055	,100	,858	-,19	,30
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,268	,179	,136	-,62	,08
			Ensino Superior	-,323	,167	,054	-,65	,01
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,268	,179	,136	-,08	,62
			Ensino Superior	-,055	,100	,580	-,25	,14
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,323	,167	,054	-,01	,65
			12.º Ano de escolaridade	,055	,100	,580	-,14	,25
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,268	,231	,480	-,82	,29
			Ensino Superior	-,323	,221	,317	-,86	,21
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,268	,231	,480	-,29	,82
			Ensino Superior	-,055	,098	,839	-,29	,18
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,323	,221	,317	-,21	,86
			12.º Ano de escolaridade	,055	,098	,839	-,18	,29
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,268	,231		-,82	,29
			Ensino Superior	-,323	,221		-,86	,21
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,268	,231		-,29	,82
			Ensino Superior	-,055	,098		-,29	,18
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,323	,221		-,21	,86
			12.º Ano de escolaridade	,055	,098		-,18	,29

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Médicos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,155	,189	,714	-,62	,31
			Ensino Superior	-,309	,177	,220	-,74	,13
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,155	,189	,714	-,31	,62
			Ensino Superior	-,153	,104	,339	-,41	,10
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,309	,177	,220	-,13	,74
			12.º Ano de escolaridade	,153	,104	,339	-,10	,41
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,155	,189	,412	-,53	,22
			Ensino Superior	-,309	,177	,082	-,66	,04
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,155	,189	,412	-,22	,53
			Ensino Superior	-,153	,104	,141	-,36	,05
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,309	,177	,082	-,04	,66
			12.º Ano de escolaridade	,153	,104	,141	-,05	,36
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,155	,234	,785	-,72	,41
			Ensino Superior	-,309	,224	,359	-,85	,23
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,155	,234	,785	-,41	,72
			Ensino Superior	-,153	,103	,297	-,40	,09
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,309	,224	,359	-,23	,85
			12.º Ano de escolaridade	,153	,103	,297	-,09	,40
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,155	,234		-,72	,41
			Ensino Superior	-,309	,224		-,85	,23
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,155	,234		-,41	,72
			Ensino Superior	-,153	,103		-,40	,09
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,309	,224		-,23	,85
			12.º Ano de escolaridade	,153	,103		-,09	,40

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Psicólogos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,124	,211	,841	-,64	,39
			Ensino Superior	-,235	,197	,492	-,72	,25
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,124	,211	,841	-,39	,64
			Ensino Superior	-,111	,113	,621	-,39	,17
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,235	,197	,492	-,25	,72
			12.º Ano de escolaridade	,111	,113	,621	-,17	,39
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,124	,211	,556	-,54	,29
			Ensino Superior	-,235	,197	,234	-,62	,15
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,124	,211	,556	-,29	,54
			Ensino Superior	-,111	,113	,330	-,33	,11
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,235	,197	,234	-,15	,62
			12.º Ano de escolaridade	,111	,113	,330	-,11	,33
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,124	,255	,878	-,74	,49
			Ensino Superior	-,235	,241	,596	-,82	,35
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,124	,255	,878	-,49	,74
			Ensino Superior	-,111	,117	,610	-,39	,16
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,235	,241	,596	-,35	,82
			12.º Ano de escolaridade	,111	,117	,610	-,16	,39
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,124	,255		-,74	,49
			Ensino Superior	-,235	,241		-,82	,35
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,124	,255		-,49	,74
			Ensino Superior	-,111	,117		-,39	,16
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,235	,241		-,35	,82
			12.º Ano de escolaridade	,111	,117		-,16	,39

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Psiquiatras	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,195	,236	,713	-,77	,39
			Ensino Superior	-,250	,221	,526	-,79	,29
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,195	,236	,713	-,39	,77
			Ensino Superior	-,056	,129	,911	-,37	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,250	,221	,526	-,29	,79
			12.º Ano de escolaridade	,056	,129	,911	-,26	,37
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,195	,236	,411	-,66	,27
			Ensino Superior	-,250	,221	,257	-,68	,18
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,195	,236	,411	-,27	,66
			Ensino Superior	-,056	,129	,666	-,31	,20
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,250	,221	,257	-,18	,68
			12.º Ano de escolaridade	,056	,129	,666	-,20	,31
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,195	,278	,764	-,86	,47
			Ensino Superior	-,250	,260	,604	-,88	,38
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,195	,278	,764	-,47	,86
			Ensino Superior	-,056	,134	,909	-,37	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,250	,260	,604	-,38	,88
			12.º Ano de escolaridade	,056	,134	,909	-,26	,37
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,195	,278		-,87	,48
			Ensino Superior	-,250	,260		-,88	,38
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,195	,278		-,48	,87
			Ensino Superior	-,056	,134		-,37	,26
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,250	,260		-,38	,88
			12.º Ano de escolaridade	,056	,134		-,26	,37

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - T. Alternativos	Scheffe	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,313	,198	,287	-,80	,17
			Ensino Superior	-,010	,184	,999	-,46	,44
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,313	,198	,287	-,17	,80
			Ensino Superior	,303*	,111	,025	,03	,58
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,010	,184	,999	-,44	,46
			12.º Ano de escolaridade	-,303*	,111	,025	-,58	-,03
	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,313	,198	,114	-,70	,08
			Ensino Superior	-,010	,184	,957	-,37	,35
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,313	,198	,114	-,08	,70
			Ensino Superior	,303*	,111	,007	,08	,52
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,010	,184	,957	-,35	,37
			12.º Ano de escolaridade	-,303*	,111	,007	-,52	-,08
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,313	,239	,397	-,89	,26
			Ensino Superior	-,010	,232	,999	-,57	,55
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,313	,239	,397	-,26	,89
			Ensino Superior	,303*	,104	,011	,06	,55
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,010	,232	,999	-,55	,57
			12.º Ano de escolaridade	-,303*	,104	,011	-,55	-,06
	Dunnett C	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,313	,239		-,89	,26
			Ensino Superior	-,010	,232		-,57	,55
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,313	,239		-,26	,89
			Ensino Superior	,303*	,104		,06	,55
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,010	,232		-,55	,57
			12.º Ano de escolaridade	-,303*	,104		-,55	-,06

## 10.75 Anexo M4 – EDS-Residência: Testes *One-Way ANOVA* e *Welch*

Tests of Normality

	Zona de Residência (agrup.)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	,276	37	,000	,870	37	,000
	Lisboa e Centro	,248	432	,000	,875	432	,000
	Norte	,278	84	,000	,853	84	,000
	Regiões autónomas	,266	11	,028	,878	11	,099
Eficácia - Médicos	Alentejo e Algarve	,164	37	,013	,922	37	,013
	Lisboa e Centro	,213	432	,000	,894	432	,000
	Norte	,260	84	,000	,884	84	,000
	Regiões autónomas	,354	11	,000	,825	11	,020
Eficácia - Psicólogos	Alentejo e Algarve	,172	37	,007	,908	37	,005
	Lisboa e Centro	,176	432	,000	,925	432	,000
	Norte	,228	84	,000	,895	84	,000
	Regiões autónomas	,166	11	,200*	,917	11	,297
Eficácia - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	,198	37	,001	,927	37	,018
	Lisboa e Centro	,151	432	,000	,943	432	,000
	Norte	,162	84	,000	,923	84	,000
	Regiões autónomas	,259	11	,038	,843	11	,035
Eficácia - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	,170	37	,008	,890	37	,002
	Lisboa e Centro	,219	432	,000	,885	432	,000
	Norte	,255	84	,000	,832	84	,000
	Regiões autónomas	,230	11	,106	,889	11	,134
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	,149	37	,037	,949	37	,088
	Lisboa e Centro	,098	432	,000	,960	432	,000
	Norte	,188	84	,000	,916	84	,000
	Regiões autónomas	,165	11	,200*	,941	11	,535
EDS - Humanidade - Médicos	Alentejo e Algarve	,097	37	,200*	,973	37	,501
	Lisboa e Centro	,102	432	,000	,972	432	,000
	Norte	,141	84	,000	,951	84	,003
	Regiões autónomas	,179	11	,200*	,873	11	,086
EDS - Humanidade - Psicólogos	Alentejo e Algarve	,087	37	,200*	,972	37	,472
	Lisboa e Centro	,127	432	,000	,950	432	,000
	Norte	,157	84	,000	,924	84	,000
	Regiões autónomas	,197	11	,200*	,889	11	,134
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	,103	37	,200*	,946	37	,069
	Lisboa e Centro	,097	432	,000	,979	432	,000
	Norte	,135	84	,001	,936	84	,000
	Regiões autónomas	,159	11	,200*	,882	11	,110
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	,114	37	,200*	,947	37	,078
	Lisboa e Centro	,121	432	,000	,935	432	,000
	Norte	,196	84	,000	,877	84	,000
	Regiões autónomas	,185	11	,200*	,882	11	,109

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Zona de Residência (agrup.)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
EDS - Processo - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	,149	37	,037	,890	37	,002
	Lisboa e Centro	,155	432	,000	,919	432	,000
	Norte	,175	84	,000	,903	84	,000
	Regiões autónomas	,248	11	,058	,762	11	,003
EDS - Processo - Médicos	Alentejo e Algarve	,218	37	,000	,912	37	,006
	Lisboa e Centro	,128	432	,000	,932	432	,000
	Norte	,182	84	,000	,916	84	,000
	Regiões autónomas	,337	11	,001	,806	11	,011
EDS - Processo - Psicólogos	Alentejo e Algarve	,147	37	,042	,942	37	,053
	Lisboa e Centro	,139	432	,000	,947	432	,000
	Norte	,132	84	,001	,933	84	,000
	Regiões autónomas	,383	11	,000	,754	11	,002
EDS - Processo - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	,145	37	,049	,928	37	,020
	Lisboa e Centro	,106	432	,000	,967	432	,000
	Norte	,121	84	,004	,951	84	,003
	Regiões autónomas	,284	11	,013	,778	11	,005
EDS - Processo - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	,169	37	,009	,918	37	,010
	Lisboa e Centro	,129	432	,000	,925	432	,000
	Norte	,163	84	,000	,886	84	,000
	Regiões autónomas	,302	11	,006	,823	11	,019
EDS - Global - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	,119	37	,200*	,920	37	,011
	Lisboa e Centro	,120	432	,000	,940	432	,000
	Norte	,157	84	,000	,910	84	,000
	Regiões autónomas	,215	11	,167	,903	11	,204
EDS - Global - Médicos	Alentejo e Algarve	,115	37	,200*	,959	37	,184
	Lisboa e Centro	,088	432	,000	,955	432	,000
	Norte	,154	84	,000	,923	84	,000
	Regiões autónomas	,244	11	,067	,874	11	,088
EDS - Global - Psicólogos	Alentejo e Algarve	,137	37	,079	,967	37	,343
	Lisboa e Centro	,113	432	,000	,953	432	,000
	Norte	,155	84	,000	,928	84	,000
	Regiões autónomas	,230	11	,106	,863	11	,063
EDS - Global - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	,135	37	,084	,935	37	,031
	Lisboa e Centro	,084	432	,000	,978	432	,000
	Norte	,113	84	,009	,949	84	,002
	Regiões autónomas	,280	11	,016	,810	11	,013
EDS - Global - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	,097	37	,200*	,937	37	,037
	Lisboa e Centro	,095	432	,000	,935	432	,000
	Norte	,168	84	,000	,876	84	,000
	Regiões autónomas	,228	11	,116	,843	11	,034

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Eficácia - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	44	5,02	1,577	,238	4,54	5,50	1	7
	Lisboa e Centro	500	5,45	1,340	,060	5,33	5,57	1	7
	Norte	99	5,46	1,327	,133	5,20	5,73	1	7
	Regiões autónomas	15	5,33	1,447	,374	4,53	6,13	3	7
	Total	658	5,42	1,359	,053	5,32	5,53	1	7
Eficácia - Médicos	Alentejo e Algarve	44	4,64	1,464	,221	4,19	5,08	1	7
	Lisboa e Centro	501	5,18	1,338	,060	5,06	5,30	1	7
	Norte	99	5,04	1,428	,144	4,76	5,33	1	7
	Regiões autónomas	15	4,80	1,568	,405	3,93	5,67	2	7
	Total	659	5,11	1,370	,053	5,01	5,22	1	7
Eficácia - Psicólogos	Alentejo e Algarve	44	4,50	1,563	,236	4,02	4,98	1	7
	Lisboa e Centro	490	4,82	1,513	,068	4,68	4,95	1	7
	Norte	99	4,88	1,500	,151	4,58	5,18	1	7
	Regiões autónomas	14	4,36	1,781	,476	3,33	5,39	2	7
	Total	647	4,79	1,521	,060	4,68	4,91	1	7
Eficácia - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	43	4,09	1,688	,257	3,57	4,61	1	7
	Lisboa e Centro	486	4,36	1,643	,075	4,22	4,51	1	7
	Norte	99	4,38	1,742	,175	4,04	4,73	1	7
	Regiões autónomas	15	4,20	1,656	,428	3,28	5,12	1	6
	Total	643	4,35	1,659	,065	4,22	4,47	1	7
Eficácia - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	44	5,27	1,387	,209	4,85	5,69	2	7
	Lisboa e Centro	493	5,22	1,473	,066	5,08	5,35	1	7
	Norte	100	5,26	1,461	,146	4,97	5,55	1	7
	Regiões autónomas	15	4,87	1,506	,389	4,03	5,70	2	7
	Total	652	5,22	1,464	,057	5,11	5,33	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	44	4,59	1,366	,206	4,18	5,01	1	7
	Lisboa e Centro	492	5,05	1,201	,054	4,95	5,16	1	7
	Norte	97	5,14	1,258	,128	4,89	5,40	1	7
	Regiões autónomas	15	5,09	1,342	,347	4,35	5,83	3	7
	Total	648	5,04	1,228	,048	4,94	5,13	1	7
EDS - Humanidade - Médicos	Alentejo e Algarve	42	4,30	1,329	,205	3,89	4,72	1	7
	Lisboa e Centro	493	4,66	1,251	,056	4,55	4,78	1	7
	Norte	97	4,56	1,352	,137	4,29	4,84	1	7
	Regiões autónomas	15	4,02	1,566	,404	3,16	4,89	2	6
	Total	647	4,61	1,283	,050	4,51	4,71	1	7
EDS - Humanidade - Psicólogos	Alentejo e Algarve	42	4,65	1,361	,210	4,23	5,08	1	7
	Lisboa e Centro	482	4,96	1,325	,060	4,84	5,07	1	7
	Norte	98	4,98	1,409	,142	4,70	5,26	1	7
	Regiões autónomas	14	4,83	1,454	,389	3,99	5,67	2	7
	Total	636	4,94	1,342	,053	4,83	5,04	1	7
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	41	4,16	1,449	,226	3,71	4,62	1	7
	Lisboa e Centro	477	4,29	1,453	,067	4,16	4,42	1	7
	Norte	93	4,40	1,537	,159	4,08	4,71	1	7
	Regiões autónomas	14	4,40	1,372	,367	3,61	5,20	2	6
	Total	625	4,30	1,461	,058	4,18	4,41	1	7
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	43	5,33	1,187	,181	4,96	5,69	2	7
	Lisboa e Centro	487	5,32	1,246	,056	5,21	5,43	1	7
	Norte	100	5,20	1,389	,139	4,92	5,47	1	7
	Regiões autónomas	15	5,29	1,506	,389	4,45	6,12	3	7
	Total	645	5,30	1,269	,050	5,20	5,40	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Processo - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	44	4,81	1,465	,221	4,37	5,26	1	7
	Lisboa e Centro	496	5,36	1,104	,050	5,26	5,46	1	7
	Norte	96	5,46	1,164	,119	5,22	5,69	1	7
	Regiões autónomas	15	5,49	1,259	,325	4,79	6,19	3	7
	Total	651	5,34	1,151	,045	5,25	5,43	1	7
EDS - Processo - Médicos	Alentejo e Algarve	44	4,57	1,293	,195	4,18	4,96	1	7
	Lisboa e Centro	493	5,20	1,137	,051	5,10	5,30	1	7
	Norte	98	5,05	1,226	,124	4,80	5,29	1	7
	Regiões autónomas	15	4,78	1,457	,376	3,97	5,58	2	7
	Total	650	5,12	1,179	,046	5,03	5,21	1	7
EDS - Processo - Psicólogos	Alentejo e Algarve	42	4,57	1,432	,221	4,13	5,02	1	7
	Lisboa e Centro	476	4,89	1,207	,055	4,78	4,99	1	7
	Norte	98	4,91	1,297	,131	4,65	5,17	1	7
	Regiões autónomas	14	4,45	1,545	,413	3,56	5,34	2	6
	Total	630	4,86	1,246	,050	4,76	4,96	1	7
EDS - Processo - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	39	4,28	1,490	,239	3,80	4,76	1	7
	Lisboa e Centro	464	4,43	1,408	,065	4,31	4,56	1	7
	Norte	94	4,50	1,470	,152	4,20	4,80	1	7
	Regiões autónomas	13	4,18	1,501	,416	3,27	5,09	1	6
	Total	610	4,43	1,423	,058	4,32	4,54	1	7
EDS - Processo - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	42	5,31	1,032	,159	4,99	5,63	2	7
	Lisboa e Centro	472	5,24	1,272	,059	5,13	5,36	1	7
	Norte	94	5,10	1,412	,146	4,81	5,39	1	7
	Regiões autónomas	15	5,04	1,227	,317	4,36	5,72	2	6
	Total	623	5,22	1,277	,051	5,12	5,32	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Global - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	44	4,75	1,356	,204	4,33	5,16	1	7
	Lisboa e Centro	489	5,25	1,077	,049	5,16	5,35	1	7
	Norte	95	5,35	1,142	,117	5,12	5,58	1	7
	Regiões autónomas	15	5,30	1,225	,316	4,62	5,97	3	7
	Total	643	5,23	1,117	,044	5,15	5,32	1	7
EDS - Global - Médicos	Alentejo e Algarve	42	4,49	1,259	,194	4,10	4,89	1	7
	Lisboa e Centro	485	4,98	1,118	,051	4,88	5,08	1	7
	Norte	97	4,86	1,216	,123	4,61	5,10	1	7
	Regiões autónomas	15	4,46	1,430	,369	3,67	5,25	2	6
	Total	639	4,92	1,157	,046	4,83	5,01	1	7
EDS - Global - Psicólogos	Alentejo e Algarve	41	4,63	1,332	,208	4,21	5,05	1	7
	Lisboa e Centro	470	4,92	1,204	,056	4,81	5,03	1	7
	Norte	95	4,97	1,271	,130	4,71	5,23	1	7
	Regiões autónomas	13	4,73	1,479	,410	3,83	5,62	2	7
	Total	619	4,91	1,229	,049	4,81	5,00	1	7
EDS - Global - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	38	4,31	1,390	,225	3,86	4,77	1	6
	Lisboa e Centro	458	4,40	1,361	,064	4,27	4,52	1	7
	Norte	90	4,50	1,455	,153	4,20	4,80	1	7
	Regiões autónomas	12	4,46	1,314	,379	3,63	5,30	2	6
	Total	598	4,41	1,374	,056	4,30	4,52	1	7
EDS - Global - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	42	5,36	1,021	,158	5,04	5,68	2	7
	Lisboa e Centro	466	5,29	1,210	,056	5,18	5,40	1	7
	Norte	93	5,22	1,302	,135	4,95	5,49	1	7
	Regiões autónomas	15	5,12	1,318	,340	4,39	5,85	2	6
	Total	616	5,28	1,213	,049	5,19	5,38	1	7

**Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	,687	3	654	,560
Eficácia - Médicos	1,482	3	655	,218
Eficácia - Psicólogos	,482	3	643	,695
Eficácia - Psiquiatras	,508	3	639	,677
Eficácia - T. Alternativos	,157	3	648	,925
EDS - Humanidade - Enfermeiros	,853	3	644	,465
EDS - Humanidade - Médicos	1,242	3	643	,293
EDS - Humanidade - Psicólogos	,182	3	632	,909
EDS - Humanidade - Psiquiatras	,334	3	621	,801
EDS - Humanidade - T. Alternativos	1,308	3	641	,271
EDS - Processo - Enfermeiros	2,347	3	647	,072
EDS - Processo - Médicos	2,305	3	646	,076
EDS - Processo - Psicólogos	1,993	3	626	,114
EDS - Processo - Psiquiatras	,179	3	606	,910
EDS - Processo - T. Alternativos	1,940	3	619	,122
EDS - Global - Enfermeiros	1,741	3	639	,157
EDS - Global - Médicos	2,303	3	635	,076
EDS - Global - Psicólogos	,843	3	615	,471
EDS - Global - Psiquiatras	,227	3	594	,878
EDS - Global - T. Alternativos	,899	3	612	,441

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Between Groups	7,762	3	2,587	1,405	,240
	Within Groups	1204,785	654	1,842		
	Total	1212,547	657			
Eficácia - Médicos	Between Groups	14,081	3	4,694	2,517	,057
	Within Groups	1221,610	655	1,865		
	Total	1235,690	658			
Eficácia - Psicólogos	Between Groups	7,431	3	2,477	1,072	,360
	Within Groups	1486,229	643	2,311		
	Total	1493,660	646			
Eficácia - Psiquiatras	Between Groups	3,374	3	1,125	,407	,748
	Within Groups	1763,979	639	2,761		
	Total	1767,353	642			
Eficácia - T. Alternativos	Between Groups	2,164	3	,721	,336	,800
	Within Groups	1392,910	648	2,150		
	Total	1395,074	651			
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Between Groups	10,025	3	3,342	2,229	,084
	Within Groups	965,492	644	1,499		
	Total	975,517	647			
EDS - Humanidade - Médicos	Between Groups	10,857	3	3,619	2,211	,086
	Within Groups	1052,695	643	1,637		
	Total	1063,552	646			
EDS - Humanidade - Psicólogos	Between Groups	3,938	3	1,313	,728	,536
	Within Groups	1140,282	632	1,804		
	Total	1144,220	635			
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Between Groups	1,901	3	,634	,296	,828
	Within Groups	1330,745	621	2,143		
	Total	1332,646	624			
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Between Groups	1,235	3	,412	,255	,858
	Within Groups	1036,191	641	1,617		
	Total	1037,426	644			

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	Between Groups	14,198	3	4,733	3,618	,013
	Within Groups	846,329	647	1,308		
	Total	860,527	650			
EDS - Processo - Médicos	Between Groups	18,570	3	6,190	4,528	,004
	Within Groups	883,081	646	1,367		
	Total	901,651	649			
EDS - Processo - Psicólogos	Between Groups	6,368	3	2,123	1,370	,251
	Within Groups	970,281	626	1,550		
	Total	976,649	629			
EDS - Processo - Psiquiatras	Between Groups	2,090	3	,697	,343	,794
	Within Groups	1230,617	606	2,031		
	Total	1232,707	609			
EDS - Processo - T. Alternativos	Between Groups	2,446	3	,815	,499	,683
	Within Groups	1012,060	619	1,635		
	Total	1014,506	622			
EDS - Global - Enfermeiros	Between Groups	11,966	3	3,989	3,230	,022
	Within Groups	788,962	639	1,235		
	Total	800,927	642			
EDS - Global - Médicos	Between Groups	13,094	3	4,365	3,298	,020
	Within Groups	840,298	635	1,323		
	Total	853,392	638			
EDS - Global - Psicólogos	Between Groups	3,984	3	1,328	,879	,452
	Within Groups	928,996	615	1,511		
	Total	932,980	618			
EDS - Global - Psiquiatras	Between Groups	1,182	3	,394	,208	,891
	Within Groups	1125,493	594	1,895		
	Total	1126,675	597			
EDS - Global - T. Alternativos	Between Groups	1,019	3	,340	,230	,876
	Within Groups	904,133	612	1,477		
	Total	905,151	615			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Welch	1,041	3	51,545	,382
	Brown-Forsythe	1,233	3	88,497	,303
Eficácia - Médicos	Welch	2,165	3	51,371	,103
	Brown-Forsythe	2,145	3	80,392	,101
Eficácia - Psicólogos	Welch	,914	3	48,899	,441
	Brown-Forsythe	,948	3	68,417	,422
Eficácia - Psiquiatras	Welch	,386	3	51,757	,763
	Brown-Forsythe	,394	3	97,904	,758
Eficácia - T. Alternativos	Welch	,315	3	52,309	,814
	Brown-Forsythe	,341	3	87,745	,796
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Welch	1,785	3	51,391	,162
	Brown-Forsythe	1,931	3	86,786	,130
EDS - Humanidade - Médicos	Welch	1,752	3	50,649	,168
	Brown-Forsythe	1,818	3	71,105	,152
EDS - Humanidade - Psicólogos	Welch	,686	3	48,467	,565
	Brown-Forsythe	,667	3	80,746	,575
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Welch	,280	3	48,506	,839
	Brown-Forsythe	,301	3	99,312	,825
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Welch	,215	3	51,435	,885
	Brown-Forsythe	,223	3	73,302	,880
EDS - Processo - Enfermeiros	Welch	2,276	3	50,977	,091
	Brown-Forsythe	2,842	3	89,542	,042
EDS - Processo - Médicos	Welch	3,674	3	51,071	,018
	Brown-Forsythe	3,557	3	71,637	,018
EDS - Processo - Psicólogos	Welch	,977	3	47,869	,411
	Brown-Forsythe	1,057	3	68,580	,373
EDS - Processo - Psiquiatras	Welch	,305	3	44,854	,822
	Brown-Forsythe	,317	3	78,149	,813
EDS - Processo - T. Alternativos	Welch	,474	3	52,123	,702
	Brown-Forsythe	,538	3	98,703	,657
EDS - Global - Enfermeiros	Welch	2,205	3	51,053	,099
	Brown-Forsythe	2,619	3	88,861	,056
EDS - Global - Médicos	Welch	2,626	3	50,509	,060
	Brown-Forsythe	2,602	3	71,379	,059
EDS - Global - Psicólogos	Welch	,722	3	44,989	,544
	Brown-Forsythe	,722	3	64,538	,542
EDS - Global - Psiquiatras	Welch	,188	3	41,928	,904
	Brown-Forsythe	,206	3	85,299	,892
EDS - Global - T. Alternativos	Welch	,222	3	51,627	,881
	Brown-Forsythe	,228	3	79,345	,876

a. Asymptotically F distributed.

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Zona de Residência (agrup.)	(J) Zona de Residência (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.429 <sup>†</sup>	,213	,045	-.85	-.01
		Norte	-.442	,246	,073	-.92	,04
		Regiões autónomas	-.311	,406	,444	-1,11	,49
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,429 <sup>†</sup>	,213	,045	,01	,85
		Norte	-.013	,149	,933	-.31	,28
		Regiões autónomas	,119	,356	,739	-.58	,82
	Norte	Alentejo e Algarve	,442	,246	,073	-.04	,92
		Lisboa e Centro	,013	,149	,933	-.28	,31
		Regiões autónomas	,131	,376	,727	-.61	,87
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,311	,406	,444	-.49	1,11
		Lisboa e Centro	-.119	,356	,739	-.82	,58
		Norte	-.131	,376	,727	-.87	,61
Eficácia - Médicos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.541 <sup>†</sup>	,215	,012	-.96	-.12
		Norte	-.404	,247	,103	-.89	,08
		Regiões autónomas	-.164	,408	,689	-.97	,64
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,541 <sup>†</sup>	,215	,012	,12	,96
		Norte	,137	,150	,361	-.16	,43
		Regiões autónomas	,378	,358	,292	-.33	1,08
	Norte	Alentejo e Algarve	,404	,247	,103	-.08	,89
		Lisboa e Centro	-.137	,150	,361	-.43	,16
		Regiões autónomas	,240	,378	,525	-.50	,98
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,164	,408	,689	-.64	,97
		Lisboa e Centro	-.378	,358	,292	-1,08	,33
		Norte	-.240	,378	,525	-.98	,50
Eficácia - Psicólogos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.316	,239	,187	-.79	,15
		Norte	-.379	,275	,170	-.92	,16
		Regiões autónomas	,143	,467	,760	-.77	1,06
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,316	,239	,187	-.15	,79
		Norte	-.062	,168	,709	-.39	,27
		Regiões autónomas	,459	,412	,266	-.35	1,27
	Norte	Alentejo e Algarve	,379	,275	,170	-.16	,92
		Lisboa e Centro	,062	,168	,709	-.27	,39
		Regiões autónomas	,522	,434	,230	-.33	1,37
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-.143	,467	,760	-1,06	,77
		Lisboa e Centro	-.459	,412	,266	-1,27	,35
		Norte	-.522	,434	,230	-1,37	,33
Eficácia - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.271	,264	,305	-.79	,25
		Norte	-.291	,303	,338	-.89	,31
		Regiões autónomas	-.107	,498	,830	-1,09	,87
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,271	,264	,305	-.25	,79
		Norte	-.020	,183	,915	-.38	,34
		Regiões autónomas	,164	,436	,706	-.69	1,02
	Norte	Alentejo e Algarve	,291	,303	,338	-.31	,89
		Lisboa e Centro	,020	,183	,915	-.34	,38
		Regiões autónomas	,184	,460	,690	-.72	1,09
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,107	,498	,830	-.87	1,09
		Lisboa e Centro	-.164	,436	,706	-1,02	,69
		Norte	-.184	,460	,690	-1,09	,72
Eficácia - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	,058	,231	,803	-.40	,51
		Norte	,013	,265	,962	-.51	,53
		Regiões autónomas	,406	,438	,355	-.45	1,27
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	-.058	,231	,803	-.51	,40
		Norte	-.045	,161	,780	-.36	,27
		Regiões autónomas	,348	,384	,365	-.41	1,10
	Norte	Alentejo e Algarve	-.013	,265	,962	-.53	,51
		Lisboa e Centro	,045	,161	,780	-.27	,36
		Regiões autónomas	,393	,406	,333	-.40	1,19
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-.406	,438	,355	-1,27	,45
		Lisboa e Centro	-.348	,384	,365	-1,10	,41
		Norte	-.393	,406	,333	-1,19	,40

## Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Zona de Residência (agrup.)	(J) Zona de Residência (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.461 <sup>*</sup>	,193	,017	-.84	-.08
		Norte	-.553 <sup>*</sup>	,223	,013	-.99	-.12
		Regiões autónomas	-.498	,366	,174	-1,22	,22
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,461 <sup>*</sup>	,193	,017	,08	,84
		Norte	-.092	,136	,498	-.36	,17
		Regiões autónomas	-.037	,321	,909	-.67	,59
	Norte	Alentejo e Algarve	,553 <sup>*</sup>	,223	,013	,12	,99
		Lisboa e Centro	,092	,136	,498	-.17	,36
		Regiões autónomas	,055	,340	,870	-.61	,72
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,498	,366	,174	-.22	1,22
		Lisboa e Centro	,037	,321	,909	-.59	,67
		Norte	-.055	,340	,870	-.72	,61
EDS - Humanidade - Médicos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.363	,206	,078	-.77	,04
		Norte	-.262	,236	,268	-.73	,20
		Regiões autónomas	,279	,385	,468	-.48	1,04
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,363	,206	,078	-.04	,77
		Norte	,101	,142	,477	-.18	,38
		Regiões autónomas	,642	,335	,056	-.02	1,30
	Norte	Alentejo e Algarve	,262	,236	,268	-.20	,73
		Lisboa e Centro	-.101	,142	,477	-.38	,18
		Regiões autónomas	,541	,355	,128	-.16	1,24
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-.279	,385	,468	-1,04	,48
		Lisboa e Centro	-.642	,335	,056	-1,30	,02
		Norte	-.541	,355	,128	-1,24	,16
EDS - Humanidade - Psicólogos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.305	,216	,159	-.73	,12
		Norte	-.329	,248	,185	-.82	,16
		Regiões autónomas	-.183	,415	,660	-1,00	,63
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,305	,216	,159	-.12	,73
		Norte	-.024	,149	,873	-.32	,27
		Regiões autónomas	,122	,364	,737	-.59	,84
	Norte	Alentejo e Algarve	,329	,248	,185	-.16	,82
		Lisboa e Centro	,024	,149	,873	-.27	,32
		Regiões autónomas	,146	,384	,703	-.61	,90
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,183	,415	,660	-.63	1,00
		Lisboa e Centro	-.122	,364	,737	-.84	,59
		Norte	-.146	,384	,703	-.90	,61
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-.124	,238	,603	-.59	,34
		Norte	-.235	,274	,392	-.77	,30
		Regiões autónomas	-.242	,453	,593	-1,13	,65
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,124	,238	,603	-.34	,59
		Norte	-.111	,166	,502	-.44	,21
		Regiões autónomas	-.118	,397	,766	-.90	,66
	Norte	Alentejo e Algarve	,235	,274	,392	-.30	,77
		Lisboa e Centro	,111	,166	,502	-.21	,44
		Regiões autónomas	-.007	,420	,987	-.83	,82
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,242	,453	,593	-.65	1,13
		Lisboa e Centro	,118	,397	,766	-.66	,90
		Norte	,007	,420	,987	-.82	,83
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	,009	,202	,966	-.39	,41
		Norte	,129	,232	,578	-.33	,58
		Regiões autónomas	,037	,381	,923	-.71	,79
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	-.009	,202	,966	-.41	,39
		Norte	,120	,140	,389	-.15	,39
		Regiões autónomas	,028	,333	,933	-.63	,68
	Norte	Alentejo e Algarve	-.129	,232	,578	-.58	,33
		Lisboa e Centro	-.120	,140	,389	-.39	,15
		Regiões autónomas	-.092	,352	,793	-.78	,60
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-.037	,381	,923	-.79	,71
		Lisboa e Centro	-.028	,333	,933	-.68	,63
		Norte	,092	,352	,793	-.60	,78

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Zona de Residência (agrup.)	(J) Zona de Residência (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,549 <sup>*</sup>	,180	,002	-,90	-,20
		Norte	-,648 <sup>*</sup>	,208	,002	-1,06	-,24
		Regiões autónomas	-,678 <sup>*</sup>	,342	,048	-1,35	-,01
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,549 <sup>*</sup>	,180	,002	,20	,90
		Norte	-,099	,128	,439	-,35	,15
		Regiões autónomas	-,129	,300	,666	-,72	,46
	Norte	Alentejo e Algarve	,648 <sup>*</sup>	,208	,002	,24	1,06
		Lisboa e Centro	,099	,128	,439	-,15	,35
		Regiões autónomas	-,031	,318	,923	-,65	,59
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,678 <sup>*</sup>	,342	,048	,01	1,35
		Lisboa e Centro	,129	,300	,666	-,46	,72
		Norte	,031	,318	,923	-,59	,65
EDS - Processo - Médicos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,629 <sup>*</sup>	,184	,001	-,99	-,27
		Norte	-,479 <sup>*</sup>	,212	,024	-,90	-,06
		Regiões autónomas	-,210	,350	,549	-,90	,48
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,629 <sup>*</sup>	,184	,001	,27	,99
		Norte	,149	,129	,249	-,10	,40
		Regiões autónomas	,419	,306	,172	-,18	1,02
	Norte	Alentejo e Algarve	,479 <sup>*</sup>	,212	,024	,06	,90
		Lisboa e Centro	-,149	,129	,249	-,40	,10
		Regiões autónomas	,270	,324	,405	-,37	,91
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,210	,350	,549	-,48	,90
		Lisboa e Centro	-,419	,306	,172	-1,02	,18
		Norte	-,270	,324	,405	-,91	,37
EDS - Processo - Psicólogos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,314	,200	,117	-,71	,08
		Norte	-,337	,230	,143	-,79	,11
		Regiões autónomas	,119	,384	,757	-,64	,87
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,314	,200	,117	-,08	,71
		Norte	-,022	,138	,872	-,29	,25
		Regiões autónomas	,433	,338	,200	-,23	1,10
	Norte	Alentejo e Algarve	,337	,230	,143	-,11	,79
		Lisboa e Centro	,022	,138	,872	-,25	,29
		Regiões autónomas	,456	,356	,201	-,24	1,15
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-,119	,384	,757	-,87	,64
		Lisboa e Centro	-,433	,338	,200	-1,10	,23
		Norte	-,456	,356	,201	-1,15	,24
EDS - Processo - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,152	,238	,523	-,62	,31
		Norte	-,214	,271	,430	-,75	,32
		Regiões autónomas	,103	,456	,822	-,79	1,00
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,152	,238	,523	-,31	,62
		Norte	-,063	,161	,698	-,38	,25
		Regiões autónomas	,254	,401	,526	-,53	1,04
	Norte	Alentejo e Algarve	,214	,271	,430	-,32	,75
		Lisboa e Centro	,063	,161	,698	-,25	,38
		Regiões autónomas	,317	,422	,453	-,51	1,15
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-,103	,456	,822	-1,00	,79
		Lisboa e Centro	-,254	,401	,526	-1,04	,53
		Norte	-,317	,422	,453	-1,15	,51
EDS - Processo - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	,065	,206	,752	-,34	,47
		Norte	,210	,237	,376	-,26	,68
		Regiões autónomas	,265	,385	,491	-,49	1,02
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	-,065	,206	,752	-,47	,34
		Norte	,145	,144	,316	-,14	,43
		Regiões autónomas	,200	,335	,551	-,46	,86
	Norte	Alentejo e Algarve	-,210	,237	,376	-,68	,26
		Lisboa e Centro	-,145	,144	,316	-,43	,14
		Regiões autónomas	,055	,356	,877	-,64	,75
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-,265	,385	,491	-1,02	,49
		Lisboa e Centro	-,200	,335	,551	-,86	,46
		Norte	-,055	,356	,877	-,75	,64

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Zona de Residência (agrup.)	(J) Zona de Residência (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Enfermeiros	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,508 <sup>*</sup>	,175	,004	-,85	-,16
		Norte	-,602 <sup>*</sup>	,203	,003	-1,00	-,20
		Regiões autónomas	-,548	,332	,099	-1,20	,10
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,508 <sup>*</sup>	,175	,004	,16	,85
		Norte	-,094	,125	,450	-,34	,15
		Regiões autónomas	-,040	,291	,889	-,61	,53
	Norte	Alentejo e Algarve	,602 <sup>*</sup>	,203	,003	,20	1,00
		Lisboa e Centro	,094	,125	,450	-,15	,34
		Regiões autónomas	,054	,309	,862	-,55	,66
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,548	,332	,099	-,10	1,20
		Lisboa e Centro	,040	,291	,889	-,53	,61
		Norte	-,054	,309	,862	-,66	,55
EDS - Global - Médicos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,488 <sup>*</sup>	,185	,009	-,85	-,12
		Norte	-,362	,212	,089	-,78	,05
		Regiões autónomas	,036	,346	,917	-,64	,72
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,488 <sup>*</sup>	,185	,009	,12	,85
		Norte	,126	,128	,326	-,13	,38
		Regiões autónomas	,524	,302	,083	-,07	1,12
	Norte	Alentejo e Algarve	,362	,212	,089	-,05	,78
		Lisboa e Centro	-,126	,128	,326	-,38	,13
		Regiões autónomas	,399	,319	,212	-,23	1,03
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-,036	,346	,917	-,72	,64
		Lisboa e Centro	-,524	,302	,083	-1,12	,07
		Norte	-,399	,319	,212	-1,03	,23
EDS - Global - Psicólogos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,288	,200	,151	-,68	,11
		Norte	-,337	,230	,142	-,79	,11
		Regiões autónomas	-,091	,391	,816	-,86	,68
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,288	,200	,151	-,11	,68
		Norte	-,049	,138	,722	-,32	,22
		Regiões autónomas	,197	,346	,569	-,48	,88
	Norte	Alentejo e Algarve	,337	,230	,142	-,11	,79
		Lisboa e Centro	,049	,138	,722	-,22	,32
		Regiões autónomas	,246	,363	,498	-,47	,96
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,091	,391	,816	-,68	,68
		Lisboa e Centro	-,197	,346	,569	-,88	,48
		Norte	-,246	,363	,498	-,96	,47
EDS - Global - Psiquiatras	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	-,087	,232	,708	-,54	,37
		Norte	-,188	,266	,481	-,71	,34
		Regiões autónomas	-,152	,456	,738	-1,05	,74
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	,087	,232	,708	-,37	,54
		Norte	-,101	,159	,526	-,41	,21
		Regiões autónomas	-,065	,403	,872	-,86	,73
	Norte	Alentejo e Algarve	,188	,266	,481	-,34	,71
		Lisboa e Centro	,101	,159	,526	-,21	,41
		Regiões autónomas	,036	,423	,933	-,80	,87
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	,152	,456	,738	-,74	1,05
		Lisboa e Centro	,065	,403	,872	-,73	,86
		Norte	-,036	,423	,933	-,87	,80
EDS - Global - T. Alternativos	Alentejo e Algarve	Lisboa e Centro	,065	,196	,739	-,32	,45
		Norte	,137	,226	,543	-,31	,58
		Regiões autónomas	,233	,366	,524	-,48	,95
	Lisboa e Centro	Alentejo e Algarve	-,065	,196	,739	-,45	,32
		Norte	,072	,138	,601	-,20	,34
		Regiões autónomas	,168	,319	,598	-,46	,79
	Norte	Alentejo e Algarve	-,137	,226	,543	-,58	,31
		Lisboa e Centro	-,072	,138	,601	-,34	,20
		Regiões autónomas	,096	,338	,777	-,57	,76
	Regiões autónomas	Alentejo e Algarve	-,233	,366	,524	-,95	,48
		Lisboa e Centro	-,168	,319	,598	-,79	,46
		Norte	-,096	,338	,777	-,76	,57

## 10.76 Anexo M5 – EDS-Classe Social: Testes *One-Way ANOVA* e *Welch*

Tests of Normality

Classe Social (agrup.)		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	,222	159	,000	,880	159	,000
	Média	,261	331	,000	,871	331	,000
	Média-Alta e Alta	,301	74	,000	,816	74	,000
Eficácia - Médicos	Baixa e Média-Baixa	,207	159	,000	,894	159	,000
	Média	,220	331	,000	,897	331	,000
	Média-Alta e Alta	,229	74	,000	,895	74	,000
Eficácia - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	,183	159	,000	,904	159	,000
	Média	,172	331	,000	,928	331	,000
	Média-Alta e Alta	,166	74	,000	,913	74	,000
Eficácia - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	,170	159	,000	,937	159	,000
	Média	,159	331	,000	,939	331	,000
	Média-Alta e Alta	,145	74	,001	,921	74	,000
Eficácia - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	,224	159	,000	,885	159	,000
	Média	,237	331	,000	,867	331	,000
	Média-Alta e Alta	,186	74	,000	,894	74	,000
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	,106	159	,000	,965	159	,000
	Média	,108	331	,000	,950	331	,000
	Média-Alta e Alta	,168	74	,000	,926	74	,000
EDS - Humanidade - Médicos	Baixa e Média-Baixa	,085	159	,007	,970	159	,002
	Média	,121	331	,000	,961	331	,000
	Média-Alta e Alta	,101	74	,061	,975	74	,142
EDS - Humanidade - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	,122	159	,000	,942	159	,000
	Média	,132	331	,000	,949	331	,000
	Média-Alta e Alta	,133	74	,003	,948	74	,004
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	,112	159	,000	,967	159	,001
	Média	,104	331	,000	,968	331	,000
	Média-Alta e Alta	,084	74	,200 <sup>*</sup>	,963	74	,028
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	,155	159	,000	,923	159	,000
	Média	,117	331	,000	,938	331	,000
	Média-Alta e Alta	,141	74	,001	,905	74	,000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

Classe Social (agrup.)		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	,136	159	,000	,928	159	,000
	Média	,164	331	,000	,899	331	,000
	Média-Alta e Alta	,161	74	,000	,913	74	,000
EDS - Processo - Médicos	Baixa e Média-Baixa	,142	159	,000	,926	159	,000
	Média	,139	331	,000	,921	331	,000
	Média-Alta e Alta	,122	74	,008	,965	74	,036
EDS - Processo - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	,134	159	,000	,942	159	,000
	Média	,147	331	,000	,934	331	,000
	Média-Alta e Alta	,147	74	,000	,950	74	,005
EDS - Processo - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	,109	159	,000	,963	159	,000
	Média	,129	331	,000	,949	331	,000
	Média-Alta e Alta	,133	74	,002	,949	74	,005
EDS - Processo - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	,167	159	,000	,911	159	,000
	Média	,126	331	,000	,922	331	,000
	Média-Alta e Alta	,141	74	,001	,925	74	,000
EDS - Global - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	,123	159	,000	,946	159	,000
	Média	,136	331	,000	,921	331	,000
	Média-Alta e Alta	,182	74	,000	,926	74	,000
EDS - Global - Médicos	Baixa e Média-Baixa	,106	159	,000	,950	159	,000
	Média	,104	331	,000	,940	331	,000
	Média-Alta e Alta	,071	74	,200 <sup>*</sup>	,973	74	,107
EDS - Global - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	,110	159	,000	,943	159	,000
	Média	,124	331	,000	,946	331	,000
	Média-Alta e Alta	,100	74	,064	,962	74	,027
EDS - Global - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	,088	159	,004	,967	159	,001
	Média	,107	331	,000	,964	331	,000
	Média-Alta e Alta	,076	74	,200 <sup>*</sup>	,969	74	,063
EDS - Global - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	,121	159	,000	,920	159	,000
	Média	,095	331	,000	,933	331	,000
	Média-Alta e Alta	,138	74	,001	,922	74	,000

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Eficácia - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	188	5,38	1,388	,101	5,18	5,58	1	7
	Média	384	5,42	1,324	,068	5,28	5,55	1	7
	Média-Alta e Alta	86	5,53	1,453	,157	5,22	5,85	1	7
	Total	658	5,42	1,359	,053	5,32	5,53	1	7
Eficácia - Médicos	Baixa e Média-Baixa	189	5,06	1,411	,103	4,86	5,26	1	7
	Média	385	5,14	1,334	,068	5,00	5,27	1	7
	Média-Alta e Alta	85	5,12	1,451	,157	4,80	5,43	1	7
	Total	659	5,11	1,370	,053	5,01	5,22	1	7
Eficácia - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	185	4,78	1,578	,116	4,55	5,01	1	7
	Média	375	4,82	1,431	,074	4,68	4,97	1	7
	Média-Alta e Alta	86	4,73	1,752	,189	4,36	5,11	1	7
	Total	646	4,80	1,518	,060	4,68	4,92	1	7
Eficácia - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	181	4,27	1,643	,122	4,03	4,51	1	7
	Média	375	4,35	1,618	,084	4,19	4,51	1	7
	Média-Alta e Alta	86	4,51	1,858	,200	4,11	4,91	1	7
	Total	642	4,35	1,658	,065	4,22	4,48	1	7
Eficácia - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	188	5,18	1,581	,115	4,95	5,40	1	7
	Média	377	5,29	1,349	,069	5,16	5,43	1	7
	Média-Alta e Alta	86	4,99	1,670	,180	4,63	5,35	1	7
	Total	651	5,22	1,465	,057	5,11	5,33	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	186	4,91	1,283	,094	4,72	5,10	1	7
	Média	377	5,04	1,193	,061	4,92	5,16	1	7
	Média-Alta e Alta	85	5,27	1,236	,134	5,01	5,54	2	7
	Total	648	5,04	1,228	,048	4,94	5,13	1	7
EDS - Humanidade - Médicos	Baixa e Média-Baixa	185	4,53	1,271	,093	4,35	4,72	1	7
	Média	379	4,65	1,275	,065	4,52	4,78	1	7
	Média-Alta e Alta	83	4,62	1,353	,149	4,33	4,92	2	7
	Total	647	4,61	1,283	,050	4,51	4,71	1	7
EDS - Humanidade - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	181	4,89	1,428	,106	4,68	5,10	1	7
	Média	369	4,98	1,284	,067	4,85	5,11	1	7
	Média-Alta e Alta	85	4,88	1,390	,151	4,58	5,18	2	7
	Total	635	4,94	1,339	,053	4,84	5,05	1	7
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	175	4,27	1,480	,112	4,05	4,49	1	7
	Média	367	4,32	1,438	,075	4,17	4,46	1	7
	Média-Alta e Alta	83	4,28	1,539	,169	3,95	4,62	1	7
	Total	625	4,30	1,461	,058	4,18	4,41	1	7
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	184	5,27	1,299	,096	5,08	5,46	1	7
	Média	376	5,35	1,192	,061	5,23	5,47	1	7
	Média-Alta e Alta	84	5,13	1,517	,165	4,80	5,46	1	7
	Total	644	5,30	1,270	,050	5,20	5,40	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Processo - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	188	5,17	1,228	,090	4,99	5,35	1	7
	Média	378	5,42	1,094	,056	5,30	5,53	1	7
	Média-Alta e Alta	85	5,38	1,192	,129	5,12	5,64	2	7
	Total	651	5,34	1,151	,045	5,25	5,43	1	7
EDS - Processo - Médicos	Baixa e Média-Baixa	185	5,01	1,188	,087	4,83	5,18	1	7
	Média	379	5,18	1,163	,060	5,06	5,29	1	7
	Média-Alta e Alta	86	5,14	1,221	,132	4,88	5,40	2	7
	Total	650	5,12	1,179	,046	5,03	5,21	1	7
EDS - Processo - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	178	4,82	1,245	,093	4,64	5,01	1	7
	Média	365	4,89	1,197	,063	4,77	5,02	1	7
	Média-Alta e Alta	86	4,81	1,429	,154	4,51	5,12	1	7
	Total	629	4,86	1,243	,050	4,77	4,96	1	7
EDS - Processo - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	172	4,31	1,418	,108	4,10	4,53	1	7
	Média	357	4,44	1,429	,076	4,29	4,59	1	7
	Média-Alta e Alta	81	4,62	1,401	,156	4,31	4,93	2	7
	Total	610	4,43	1,423	,058	4,32	4,54	1	7
EDS - Processo - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	175	5,16	1,275	,096	4,97	5,35	1	7
	Média	364	5,31	1,228	,064	5,18	5,44	1	7
	Média-Alta e Alta	83	4,96	1,455	,160	4,64	5,27	1	7
	Total	622	5,22	1,277	,051	5,12	5,32	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Global - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	186	5,11	1,187	,087	4,93	5,28	1	7
	Média	373	5,26	1,078	,056	5,15	5,37	1	7
	Média-Alta e Alta	84	5,39	1,111	,121	5,15	5,63	2	7
	Total	643	5,23	1,117	,044	5,15	5,32	1	7
EDS - Global - Médicos	Baixa e Média-Baixa	182	4,84	1,157	,086	4,67	5,01	1	7
	Média	375	4,95	1,156	,060	4,84	5,07	1	7
	Média-Alta e Alta	82	4,94	1,164	,129	4,68	5,20	2	7
	Total	639	4,92	1,157	,046	4,83	5,01	1	7
EDS - Global - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	176	4,88	1,277	,096	4,69	5,07	1	7
	Média	357	4,94	1,163	,062	4,82	5,07	1	7
	Média-Alta e Alta	85	4,83	1,372	,149	4,53	5,12	1	7
	Total	618	4,91	1,225	,049	4,81	5,01	1	7
EDS - Global - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	169	4,33	1,374	,106	4,12	4,54	1	7
	Média	349	4,42	1,363	,073	4,28	4,57	1	7
	Média-Alta e Alta	80	4,52	1,427	,160	4,20	4,83	2	7
	Total	598	4,41	1,374	,056	4,30	4,52	1	7
EDS - Global - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	173	5,25	1,236	,094	5,07	5,44	1	7
	Média	360	5,35	1,141	,060	5,23	5,47	1	7
	Média-Alta e Alta	82	5,05	1,445	,160	4,74	5,37	1	7
	Total	615	5,28	1,214	,049	5,19	5,38	1	7

**Test of Homogeneity of Variances**

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	1,010	2	655	,365
Eficácia - Médicos	,532	2	656	,588
Eficácia - Psicólogos	4,903	2	643	,008
Eficácia - Psiquiatras	2,511	2	639	,082
Eficácia - T. Alternativos	5,251	2	648	,005
EDS - Humanidade - Enfermeiros	1,166	2	645	,312
EDS - Humanidade - Médicos	,556	2	644	,574
EDS - Humanidade - Psicólogos	2,481	2	632	,084
EDS - Humanidade - Psiquiatras	,730	2	622	,483
EDS - Humanidade - T. Alternativos	6,272	2	641	,002
EDS - Processo - Enfermeiros	2,167	2	648	,115
EDS - Processo - Médicos	,317	2	647	,729
EDS - Processo - Psicólogos	4,159	2	626	,016
EDS - Processo - Psiquiatras	,238	2	607	,788
EDS - Processo - T. Alternativos	2,324	2	619	,099
EDS - Global - Enfermeiros	1,556	2	640	,212
EDS - Global - Médicos	,104	2	636	,901
EDS - Global - Psicólogos	4,329	2	615	,014
EDS - Global - Psiquiatras	,944	2	595	,390
EDS - Global - T. Alternativos	4,951	2	612	,007

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Between Groups	1,393	2	,696	,377	,686
	Within Groups	1211,154	655	1,849		
	Total	1212,547	657			
Eficácia - Médicos	Between Groups	,803	2	,402	,213	,808
	Within Groups	1234,887	656	1,882		
	Total	1235,690	658			
Eficácia - Psicólogos	Between Groups	,693	2	,346	,150	,861
	Within Groups	1485,146	643	2,310		
	Total	1485,839	645			
Eficácia - Psiquiatras	Between Groups	3,384	2	1,692	,615	,541
	Within Groups	1758,461	639	2,752		
	Total	1761,844	641			
Eficácia - T. Alternativos	Between Groups	6,926	2	3,463	1,617	,199
	Within Groups	1388,100	648	2,142		
	Total	1395,026	650			
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Between Groups	7,790	2	3,895	2,596	,075
	Within Groups	967,727	645	1,500		
	Total	975,517	647			
EDS - Humanidade - Médicos	Between Groups	1,603	2	,801	,486	,615
	Within Groups	1061,950	644	1,649		
	Total	1063,552	646			
EDS - Humanidade - Psicólogos	Between Groups	1,378	2	,689	,383	,682
	Within Groups	1136,055	632	1,798		
	Total	1137,432	634			
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Between Groups	,283	2	,142	,066	,936
	Within Groups	1332,363	622	2,142		
	Total	1332,646	624			
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Between Groups	3,637	2	1,819	1,129	,324
	Within Groups	1032,856	641	1,611		
	Total	1036,493	643			

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	Between Groups	7,704	2	3,852	2,927	,054
	Within Groups	852,823	648	1,316		
	Total	860,527	650			
EDS - Processo - Médicos	Between Groups	3,607	2	1,803	1,299	,273
	Within Groups	898,044	647	1,388		
	Total	901,651	649			
EDS - Processo - Psicólogos	Between Groups	,810	2	,405	,261	,770
	Within Groups	969,452	626	1,549		
	Total	970,261	628			
EDS - Processo - Psiquiatras	Between Groups	5,197	2	2,598	1,285	,277
	Within Groups	1227,511	607	2,022		
	Total	1232,707	609			
EDS - Processo - T. Alternativos	Between Groups	9,241	2	4,621	2,849	,059
	Within Groups	1004,028	619	1,622		
	Total	1013,269	621			
EDS - Global - Enfermeiros	Between Groups	5,464	2	2,732	2,198	,112
	Within Groups	795,463	640	1,243		
	Total	800,927	642			
EDS - Global - Médicos	Between Groups	1,688	2	,844	,630	,533
	Within Groups	851,705	636	1,339		
	Total	853,392	638			
EDS - Global - Psicólogos	Between Groups	1,136	2	,568	,378	,686
	Within Groups	924,964	615	1,504		
	Total	926,100	617			
EDS - Global - Psiquiatras	Between Groups	2,014	2	1,007	,533	,587
	Within Groups	1124,661	595	1,890		
	Total	1126,675	597			
EDS - Global - T. Alternativos	Between Groups	5,924	2	2,962	2,016	,134
	Within Groups	899,228	612	1,469		
	Total	905,151	614			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Welch	,336	2	214,147	,715
	Brown-Forsythe	,353	2	303,827	,703
Eficácia - Médicos	Welch	,208	2	212,531	,812
	Brown-Forsythe	,201	2	305,728	,818
Eficácia - Psicólogos	Welch	,132	2	206,982	,876
	Brown-Forsythe	,131	2	273,951	,877
Eficácia - Psiquiatras	Welch	,530	2	210,760	,589
	Brown-Forsythe	,562	2	280,151	,570
Eficácia - T. Alternativos	Welch	1,401	2	205,838	,249
	Brown-Forsythe	1,396	2	281,966	,249
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Welch	2,472	2	214,992	,087
	Brown-Forsythe	2,516	2	326,563	,082
EDS - Humanidade - Médicos	Welch	,493	2	209,784	,611
	Brown-Forsythe	,468	2	296,630	,627
EDS - Humanidade - Psicólogos	Welch	,371	2	210,618	,690
	Brown-Forsythe	,360	2	314,388	,698
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Welch	,065	2	206,657	,937
	Brown-Forsythe	,063	2	297,082	,939
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Welch	,921	2	200,836	,400
	Brown-Forsythe	,958	2	252,644	,385
EDS - Processo - Enfermeiros	Welch	2,707	2	211,588	,069
	Brown-Forsythe	2,741	2	315,995	,066
EDS - Processo - Médicos	Welch	1,289	2	216,847	,278
	Brown-Forsythe	1,258	2	315,336	,286
EDS - Processo - Psicólogos	Welch	,252	2	208,079	,778
	Brown-Forsythe	,233	2	271,362	,792
EDS - Processo - Psiquiatras	Welch	1,306	2	208,168	,273
	Brown-Forsythe	1,302	2	316,284	,273
EDS - Processo - T. Alternativos	Welch	2,460	2	201,250	,088
	Brown-Forsythe	2,547	2	263,603	,080
EDS - Global - Enfermeiros	Welch	2,050	2	213,052	,131
	Brown-Forsythe	2,132	2	329,290	,120
EDS - Global - Médicos	Welch	,628	2	210,102	,534
	Brown-Forsythe	,627	2	313,267	,535
EDS - Global - Psicólogos	Welch	,343	2	205,373	,710
	Brown-Forsythe	,338	2	281,865	,714
EDS - Global - Psiquiatras	Welch	,515	2	201,296	,598
	Brown-Forsythe	,518	2	291,238	,596
EDS - Global - T. Alternativos	Welch	1,608	2	194,781	,203
	Brown-Forsythe	1,718	2	246,300	,181

a. Asymptotically F distributed.

Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Classe Social (agrup.)	(J) Classe Social (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	Média	-,034	,121	,781	-,27	,20
		Média-Alta e Alta	-,152	,177	,391	-,50	,20
	Média	Baixa e Média-Baixa	,034	,121	,781	-,20	,27
		Média-Alta e Alta	-,118	,162	,466	-,44	,20
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,152	,177	,391	-,20	,50
		Média	,118	,162	,466	-,20	,44
Eficácia - Médicos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,079	,122	,515	-,32	,16
		Média-Alta e Alta	-,059	,179	,740	-,41	,29
	Média	Baixa e Média-Baixa	,079	,122	,515	-,16	,32
		Média-Alta e Alta	,020	,164	,903	-,30	,34
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,059	,179	,740	-,29	,41
		Média	-,020	,164	,903	-,34	,30
Eficácia - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,046	,137	,738	-,31	,22
		Média-Alta e Alta	,046	,198	,817	-,34	,44
	Média	Baixa e Média-Baixa	,046	,137	,738	-,22	,31
		Média-Alta e Alta	,091	,182	,615	-,27	,45
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-,046	,198	,817	-,44	,34
		Média	-,091	,182	,615	-,45	,27
Eficácia - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	Média	-,079	,150	,601	-,37	,22
		Média-Alta e Alta	-,241	,217	,268	-,67	,19
	Média	Baixa e Média-Baixa	,079	,150	,601	-,22	,37
		Média-Alta e Alta	-,162	,198	,414	-,55	,23
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,241	,217	,268	-,19	,67
		Média	,162	,198	,414	-,23	,55
Eficácia - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,116	,131	,374	-,37	,14
		Média-Alta e Alta	,187	,191	,326	-,19	,56
	Média	Baixa e Média-Baixa	,116	,131	,374	-,14	,37
		Média-Alta e Alta	,303	,175	,083	-,04	,65
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-,187	,191	,326	-,56	,19
		Média	-,303	,175	,083	-,65	,04
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	Média	-,133	,110	,226	-,35	,08
		Média-Alta e Alta	-,364*	,160	,024	-,68	-,05
	Média	Baixa e Média-Baixa	,133	,110	,226	-,08	,35
		Média-Alta e Alta	-,231	,147	,116	-,52	,06
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,364*	,160	,024	,05	,68
		Média	,231	,147	,116	-,06	,52
EDS - Humanidade - Médicos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,113	,115	,326	-,34	,11
		Média-Alta e Alta	-,089	,170	,599	-,42	,24
	Média	Baixa e Média-Baixa	,113	,115	,326	-,11	,34
		Média-Alta e Alta	,024	,156	,878	-,28	,33
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,089	,170	,599	-,24	,42
		Média	-,024	,156	,878	-,33	,28
EDS - Humanidade - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,091	,122	,457	-,33	,15
		Média-Alta e Alta	,011	,176	,950	-,34	,36
	Média	Baixa e Média-Baixa	,091	,122	,457	-,15	,33
		Média-Alta e Alta	,102	,161	,529	-,22	,42
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-,011	,176	,950	-,36	,34
		Média	-,102	,161	,529	-,42	,22
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	Média	-,047	,134	,729	-,31	,22
		Média-Alta e Alta	-,013	,195	,949	-,40	,37
	Média	Baixa e Média-Baixa	,047	,134	,729	-,22	,31
		Média-Alta e Alta	,034	,178	,848	-,32	,38
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,013	,195	,949	-,37	,40
		Média	-,034	,178	,848	-,38	,32
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	Média	-,085	,114	,458	-,31	,14
		Média-Alta e Alta	,137	,167	,412	-,19	,47
	Média	Baixa e Média-Baixa	,085	,114	,458	-,14	,31
		Média-Alta e Alta	,222	,153	,148	-,08	,52
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-,137	,167	,412	-,47	,19
		Média	-,222	,153	,148	-,52	,08

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Multiple Comparisons

LSD

Dependent Variable	(I) Classe Social (agrup.)	(J) Classe Social (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	Média	-.245*	,102	,017	-.45	-.04
		Média-Alta e Alta	-.210	,150	,161	-.50	,08
	Média	Baixa e Média-Baixa	,245*	,102	,017	,04	,45
		Média-Alta e Alta	,035	,138	,800	-.24	,31
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,210	,150	,161	-.08	,50
		Média	-.035	,138	,800	-.31	,24
EDS - Processo - Médicos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.170	,106	,109	-.38	,04
		Média-Alta e Alta	-.134	,154	,383	-.44	,17
	Média	Baixa e Média-Baixa	,170	,106	,109	-.04	,38
		Média-Alta e Alta	,035	,141	,801	-.24	,31
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,134	,154	,383	-.17	,44
		Média	-.035	,141	,801	-.31	,24
EDS - Processo - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.069	,114	,543	-.29	,15
		Média-Alta e Alta	,010	,163	,951	-.31	,33
	Média	Baixa e Média-Baixa	,069	,114	,543	-.15	,29
		Média-Alta e Alta	,079	,149	,596	-.21	,37
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-.010	,163	,951	-.33	,31
		Média	-.079	,149	,596	-.37	,21
EDS - Processo - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	Média	-.127	,132	,337	-.39	,13
		Média-Alta e Alta	-.303	,192	,114	-.68	,07
	Média	Baixa e Média-Baixa	,127	,132	,337	-.13	,39
		Média-Alta e Alta	-.177	,175	,313	-.52	,17
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,303	,192	,114	-.07	,68
		Média	,177	,175	,313	-.17	,52
EDS - Processo - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.147	,117	,211	-.38	,08
		Média-Alta e Alta	,206	,170	,225	-.13	,54
	Média	Baixa e Média-Baixa	,147	,117	,211	-.08	,38
		Média-Alta e Alta	,353*	,155	,023	,05	,66
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-.206	,170	,225	-.54	,13
		Média	-.353*	,155	,023	-.66	-.05
EDS - Global - Enfermeiros	Baixa e Média-Baixa	Média	-.159	,100	,112	-.36	,04
		Média-Alta e Alta	-.284	,147	,053	-.57	,00
	Média	Baixa e Média-Baixa	,159	,100	,112	-.04	,36
		Média-Alta e Alta	-.125	,135	,354	-.39	,14
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,284	,147	,053	,00	,57
		Média	,125	,135	,354	-.14	,39
EDS - Global - Médicos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.116	,105	,269	-.32	,09
		Média-Alta e Alta	-.104	,154	,499	-.41	,20
	Média	Baixa e Média-Baixa	,116	,105	,269	-.09	,32
		Média-Alta e Alta	,012	,141	,934	-.27	,29
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,104	,154	,499	-.20	,41
		Média	-.012	,141	,934	-.29	,27
EDS - Global - Psicólogos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.061	,113	,588	-.28	,16
		Média-Alta e Alta	,056	,162	,729	-.26	,37
	Média	Baixa e Média-Baixa	,061	,113	,588	-.16	,28
		Média-Alta e Alta	,117	,148	,428	-.17	,41
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-.056	,162	,729	-.37	,26
		Média	-.117	,148	,428	-.41	,17
EDS - Global - Psiquiatras	Baixa e Média-Baixa	Média	-.093	,129	,472	-.35	,16
		Média-Alta e Alta	-.185	,187	,323	-.55	,18
	Média	Baixa e Média-Baixa	,093	,129	,472	-.16	,35
		Média-Alta e Alta	-.092	,170	,589	-.43	,24
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	,185	,187	,323	-.18	,55
		Média	,092	,170	,589	-.24	,43
EDS - Global - T. Alternativos	Baixa e Média-Baixa	Média	-.094	,112	,402	-.31	,13
		Média-Alta e Alta	,199	,163	,222	-.12	,52
	Média	Baixa e Média-Baixa	,094	,112	,402	-.13	,31
		Média-Alta e Alta	,293*	,148	,049	,00	,58
	Média-Alta e Alta	Baixa e Média-Baixa	-.199	,163	,222	-.52	,12
		Média	-.293*	,148	,049	-.58	,00

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## 10.77 Anexo M6 – EDS-Idade: Testes *One-Way ANOVA* e *Welch*

Tests of Normality

	Idade (escalões)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	,210	81	,000	,880	81	,000
	30 a 49 anos	,268	306	,000	,861	306	,000
	50 a 64 anos	,255	151	,000	,886	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,229	26	,001	,858	26	,002
Eficácia - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	,260	81	,000	,873	81	,000
	30 a 49 anos	,204	306	,000	,899	306	,000
	50 a 64 anos	,216	151	,000	,905	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,224	26	,002	,879	26	,006
Eficácia - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	,217	81	,000	,891	81	,000
	30 a 49 anos	,168	306	,000	,926	306	,000
	50 a 64 anos	,169	151	,000	,921	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,168	26	,056	,892	26	,011
Eficácia - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	,186	81	,000	,924	81	,000
	30 a 49 anos	,158	306	,000	,941	306	,000
	50 a 64 anos	,148	151	,000	,932	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,129	26	,200*	,925	26	,058
Eficácia - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	,179	81	,000	,910	81	,000
	30 a 49 anos	,244	306	,000	,863	306	,000
	50 a 64 anos	,200	151	,000	,888	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,203	26	,007	,838	26	,001
EDS - Humanidade - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	,142	81	,000	,955	81	,007
	30 a 49 anos	,104	306	,000	,950	306	,000
	50 a 64 anos	,099	151	,001	,966	151	,001
	65 a 83 (máx.) anos	,162	26	,078	,917	26	,039
EDS - Humanidade - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	,113	81	,012	,977	81	,145
	30 a 49 anos	,104	306	,000	,967	306	,000
	50 a 64 anos	,108	151	,000	,976	151	,010
	65 a 83 (máx.) anos	,143	26	,182	,913	26	,031
EDS - Humanidade - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	,207	81	,000	,883	81	,000
	30 a 49 anos	,123	306	,000	,955	306	,000
	50 a 64 anos	,139	151	,000	,949	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,151	26	,129	,916	26	,037
EDS - Humanidade - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	,092	81	,085	,970	81	,053
	30 a 49 anos	,112	306	,000	,973	306	,000
	50 a 64 anos	,099	151	,001	,970	151	,002
	65 a 83 (máx.) anos	,114	26	,200*	,952	26	,257
EDS - Humanidade - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	,129	81	,002	,934	81	,000
	30 a 49 anos	,135	306	,000	,914	306	,000
	50 a 64 anos	,123	151	,000	,939	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,148	26	,146	,864	26	,003

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

Tests of Normality

	Idade (escalões)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	,163	81	,000	,925	81	,000
	30 a 49 anos	,148	306	,000	,906	306	,000
	50 a 64 anos	,139	151	,000	,933	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,206	26	,006	,904	26	,019
EDS - Processo - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	,165	81	,000	,913	81	,000
	30 a 49 anos	,133	306	,000	,939	306	,000
	50 a 64 anos	,139	151	,000	,936	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,168	26	,058	,889	26	,009
EDS - Processo - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	,136	81	,001	,918	81	,000
	30 a 49 anos	,142	306	,000	,947	306	,000
	50 a 64 anos	,131	151	,000	,937	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,109	26	,200*	,958	26	,353
EDS - Processo - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	,153	81	,000	,933	81	,000
	30 a 49 anos	,105	306	,000	,970	306	,000
	50 a 64 anos	,100	151	,001	,953	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,108	26	,200*	,954	26	,292
EDS - Processo - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	,132	81	,001	,929	81	,000
	30 a 49 anos	,149	306	,000	,901	306	,000
	50 a 64 anos	,141	151	,000	,936	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,139	26	,200*	,868	26	,003
EDS - Global - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	,151	81	,000	,946	81	,002
	30 a 49 anos	,124	306	,000	,925	306	,000
	50 a 64 anos	,114	151	,000	,952	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,171	26	,049	,917	26	,038
EDS - Global - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	,125	81	,003	,945	81	,002
	30 a 49 anos	,094	306	,000	,955	306	,000
	50 a 64 anos	,090	151	,004	,961	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,170	26	,051	,904	26	,019
EDS - Global - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	,120	81	,006	,894	81	,000
	30 a 49 anos	,108	306	,000	,958	306	,000
	50 a 64 anos	,128	151	,000	,942	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,139	26	,200*	,940	26	,137
EDS - Global - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	,120	81	,006	,949	81	,003
	30 a 49 anos	,082	306	,000	,978	306	,000
	50 a 64 anos	,091	151	,004	,963	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,101	26	,200*	,963	26	,462
EDS - Global - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	,140	81	,000	,936	81	,001
	30 a 49 anos	,117	306	,000	,905	306	,000
	50 a 64 anos	,123	151	,000	,944	151	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,139	26	,200*	,868	26	,003

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
Eficácia - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	91	5,59	1,192	,125	5,35	5,84	2	7
	30 a 49 anos	366	5,37	1,437	,075	5,23	5,52	1	7
	50 a 64 anos	171	5,38	1,293	,099	5,18	5,58	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,73	1,172	,214	5,30	6,17	3	7
	Total	658	5,42	1,359	,053	5,32	5,53	1	7
Eficácia - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	91	5,58	1,184	,124	5,34	5,83	2	7
	30 a 49 anos	368	5,02	1,381	,072	4,88	5,16	1	7
	50 a 64 anos	170	5,04	1,393	,107	4,82	5,25	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,23	1,406	,257	4,71	5,76	1	7
	Total	659	5,11	1,370	,053	5,01	5,22	1	7
Eficácia - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	91	5,23	1,367	,143	4,95	5,52	1	7
	30 a 49 anos	357	4,64	1,529	,081	4,48	4,80	1	7
	50 a 64 anos	170	4,85	1,507	,116	4,62	5,08	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	5,00	1,711	,318	4,35	5,65	1	7
	Total	647	4,79	1,521	,060	4,68	4,91	1	7
Eficácia - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	91	4,95	1,456	,153	4,64	5,25	1	7
	30 a 49 anos	354	4,17	1,644	,087	4,00	4,34	1	7
	50 a 64 anos	169	4,36	1,695	,130	4,10	4,61	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	4,55	1,844	,342	3,85	5,25	1	7
	Total	643	4,35	1,659	,065	4,22	4,47	1	7
Eficácia - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	90	4,94	1,517	,160	4,63	5,26	1	7
	30 a 49 anos	362	5,21	1,432	,075	5,06	5,36	1	7
	50 a 64 anos	169	5,36	1,437	,111	5,14	5,57	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	31	5,32	1,759	,316	4,68	5,97	1	7
	Total	652	5,22	1,464	,057	5,11	5,33	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Humanidade - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	89	5,25	1,013	,107	5,04	5,47	3	7
	30 a 49 anos	359	4,97	1,292	,068	4,84	5,11	1	7
	50 a 64 anos	170	5,01	1,169	,090	4,83	5,19	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,27	1,300	,237	4,78	5,75	2	7
	Total	648	5,04	1,228	,048	4,94	5,13	1	7
EDS - Humanidade - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	89	4,87	1,123	,119	4,63	5,11	2	7
	30 a 49 anos	358	4,55	1,289	,068	4,41	4,68	1	7
	50 a 64 anos	170	4,56	1,263	,097	4,37	4,75	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	4,90	1,652	,302	4,28	5,52	1	7
	Total	647	4,61	1,283	,050	4,51	4,71	1	7
EDS - Humanidade - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	89	5,56	1,132	,120	5,32	5,80	1	7
	30 a 49 anos	350	4,81	1,340	,072	4,67	4,95	1	7
	50 a 64 anos	168	4,88	1,314	,101	4,67	5,08	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	4,92	1,637	,304	4,30	5,54	2	7
	Total	636	4,94	1,342	,053	4,83	5,04	1	7
EDS - Humanidade - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	90	4,74	1,314	,139	4,46	5,01	1	7
	30 a 49 anos	342	4,20	1,476	,080	4,04	4,36	1	7
	50 a 64 anos	165	4,21	1,436	,112	3,99	4,43	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	28	4,57	1,658	,313	3,93	5,21	1	7
	Total	625	4,30	1,461	,058	4,18	4,41	1	7
EDS - Humanidade - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	88	5,11	1,305	,139	4,84	5,39	2	7
	30 a 49 anos	362	5,29	1,260	,066	5,16	5,42	1	7
	50 a 64 anos	167	5,37	1,241	,096	5,18	5,56	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	28	5,49	1,430	,270	4,93	6,04	1	7
	Total	645	5,30	1,269	,050	5,20	5,40	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Processo - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	90	5,61	,931	,098	5,42	5,81	3	7
	30 a 49 anos	363	5,30	1,194	,063	5,18	5,42	1	7
	50 a 64 anos	168	5,25	1,166	,090	5,07	5,43	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,50	1,024	,187	5,12	5,88	4	7
	Total	651	5,34	1,151	,045	5,25	5,43	1	7
EDS - Processo - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	90	5,52	,930	,098	5,32	5,71	2	7
	30 a 49 anos	360	5,05	1,194	,063	4,93	5,17	1	7
	50 a 64 anos	170	5,03	1,218	,093	4,84	5,21	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,31	1,228	,224	4,85	5,77	1	7
	Total	650	5,12	1,179	,046	5,03	5,21	1	7
EDS - Processo - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	90	5,33	1,017	,107	5,12	5,54	2	7
	30 a 49 anos	345	4,73	1,275	,069	4,59	4,86	1	7
	50 a 64 anos	166	4,84	1,239	,096	4,65	5,03	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	5,08	1,256	,233	4,60	5,56	2	7
	Total	630	4,86	1,246	,050	4,76	4,96	1	7
EDS - Processo - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	88	4,94	1,105	,118	4,71	5,18	2	7
	30 a 49 anos	333	4,34	1,435	,079	4,18	4,49	1	7
	50 a 64 anos	161	4,28	1,490	,117	4,05	4,51	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	28	4,73	1,429	,270	4,17	5,28	1	7
	Total	610	4,43	1,423	,058	4,32	4,54	1	7
EDS - Processo - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	86	4,96	1,306	,141	4,68	5,24	1	7
	30 a 49 anos	346	5,24	1,275	,069	5,11	5,38	1	7
	50 a 64 anos	162	5,29	1,239	,097	5,09	5,48	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	5,41	1,376	,256	4,89	5,94	1	7
	Total	623	5,22	1,277	,051	5,12	5,32	1	7

**Descriptives**

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
EDS - Global - Enfermeiros	18 (mín.) a 29 anos	89	5,46	,901	,096	5,27	5,65	3	7
	30 a 49 anos	357	5,19	1,186	,063	5,06	5,31	1	7
	50 a 64 anos	167	5,18	1,063	,082	5,02	5,34	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,43	1,090	,199	5,03	5,84	3	7
	Total	643	5,23	1,117	,044	5,15	5,32	1	7
EDS - Global - Médicos	18 (mín.) a 29 anos	88	5,28	,894	,095	5,09	5,47	2	7
	30 a 49 anos	353	4,85	1,167	,062	4,73	4,97	1	7
	50 a 64 anos	168	4,83	1,183	,091	4,65	5,01	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	30	5,12	1,369	,250	4,61	5,64	1	7
	Total	639	4,92	1,157	,046	4,83	5,01	1	7
EDS - Global - Psicólogos	18 (mín.) a 29 anos	88	5,44	1,012	,108	5,22	5,65	2	7
	30 a 49 anos	338	4,78	1,228	,067	4,65	4,91	1	7
	50 a 64 anos	164	4,86	1,236	,097	4,67	5,05	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	29	5,00	1,406	,261	4,47	5,53	2	7
	Total	619	4,91	1,229	,049	4,81	5,00	1	7
EDS - Global - Psiquiatras	18 (mín.) a 29 anos	88	4,89	1,079	,115	4,66	5,12	2	7
	30 a 49 anos	323	4,32	1,382	,077	4,17	4,47	1	7
	50 a 64 anos	159	4,28	1,426	,113	4,06	4,51	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	28	4,65	1,516	,286	4,07	5,24	1	7
	Total	598	4,41	1,374	,056	4,30	4,52	1	7
EDS - Global - T. Alternativos	18 (mín.) a 29 anos	85	5,04	1,226	,133	4,77	5,30	2	7
	30 a 49 anos	342	5,30	1,195	,065	5,17	5,43	1	7
	50 a 64 anos	161	5,34	1,207	,095	5,15	5,53	1	7
	65 a 83 (máx.) anos	28	5,47	1,392	,263	4,93	6,01	1	7
	Total	616	5,28	1,213	,049	5,19	5,38	1	7

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	1,952	3	654	,120
Eficácia - Médicos	,685	3	655	,562
Eficácia - Psicólogos	1,531	3	643	,205
Eficácia - Psiquiatras	2,483	3	639	,060
Eficácia - T. Alternativos	,834	3	648	,475
EDS - Humanidade - Enfermeiros	2,578	3	644	,053
EDS - Humanidade - Médicos	2,799	3	643	,039
EDS - Humanidade - Psicólogos	3,674	3	632	,012
EDS - Humanidade - Psiquiatras	1,601	3	621	,188
EDS - Humanidade - T. Alternativos	,536	3	641	,658
EDS - Processo - Enfermeiros	1,836	3	647	,139
EDS - Processo - Médicos	2,815	3	646	,038
EDS - Processo - Psicólogos	2,562	3	626	,054
EDS - Processo - Psiquiatras	4,254	3	606	,005
EDS - Processo - T. Alternativos	,337	3	619	,799
EDS - Global - Enfermeiros	3,456	3	639	,016
EDS - Global - Médicos	3,849	3	635	,010
EDS - Global - Psicólogos	3,033	3	615	,029
EDS - Global - Psiquiatras	4,474	3	594	,004
EDS - Global - T. Alternativos	,895	3	612	,444

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Between Groups	6,713	3	2,238	1,214	,304
	Within Groups	1205,834	654	1,844		
	Total	1212,547	657			
Eficácia - Médicos	Between Groups	24,578	3	8,193	4,431	,004
	Within Groups	1211,113	655	1,849		
	Total	1235,690	658			
Eficácia - Psicólogos	Between Groups	27,376	3	9,125	4,002	,008
	Within Groups	1466,284	643	2,280		
	Total	1493,660	646			
Eficácia - Psiquiatras	Between Groups	44,927	3	14,976	5,556	,001
	Within Groups	1722,426	639	2,696		
	Total	1767,353	642			
Eficácia - T. Alternativos	Between Groups	10,257	3	3,419	1,600	,188
	Within Groups	1384,816	648	2,137		
	Total	1395,074	651			
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Between Groups	7,374	3	2,458	1,635	,180
	Within Groups	968,143	644	1,503		
	Total	975,517	647			
EDS - Humanidade - Médicos	Between Groups	10,333	3	3,444	2,103	,099
	Within Groups	1053,220	643	1,638		
	Total	1063,552	646			
EDS - Humanidade - Psicólogos	Between Groups	41,171	3	13,724	7,863	,000
	Within Groups	1103,049	632	1,745		
	Total	1144,220	635			
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Between Groups	23,890	3	7,963	3,779	,010
	Within Groups	1308,756	621	2,107		
	Total	1332,646	624			
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Between Groups	4,955	3	1,652	1,025	,381
	Within Groups	1032,470	641	1,611		
	Total	1037,426	644			

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EDS - Processo - Enfermeiros	Between Groups	9,257	3	3,086	2,345	,072
	Within Groups	851,269	647	1,316		
	Total	860,527	650			
EDS - Processo - Médicos	Between Groups	18,499	3	6,166	4,511	,004
	Within Groups	883,151	646	1,367		
	Total	901,651	649			
EDS - Processo - Psicólogos	Between Groups	27,471	3	9,157	6,039	,000
	Within Groups	949,178	626	1,516		
	Total	976,649	629			
EDS - Processo - Psiquiatras	Between Groups	32,014	3	10,671	5,386	,001
	Within Groups	1200,694	606	1,981		
	Total	1232,707	609			
EDS - Processo - T. Alternativos	Between Groups	7,889	3	2,630	1,617	,184
	Within Groups	1006,617	619	1,626		
	Total	1014,506	622			
EDS - Global - Enfermeiros	Between Groups	6,941	3	2,314	1,862	,135
	Within Groups	793,987	639	1,243		
	Total	800,927	642			
EDS - Global - Médicos	Between Groups	15,949	3	5,316	4,031	,007
	Within Groups	837,443	635	1,319		
	Total	853,392	638			
EDS - Global - Psicólogos	Between Groups	30,676	3	10,225	6,969	,000
	Within Groups	902,304	615	1,467		
	Total	932,980	618			
EDS - Global - Psiquiatras	Between Groups	27,339	3	9,113	4,924	,002
	Within Groups	1099,336	594	1,851		
	Total	1126,675	597			
EDS - Global - T. Alternativos	Between Groups	6,736	3	2,245	1,530	,206
	Within Groups	898,415	612	1,468		
	Total	905,151	615			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
Eficácia - Enfermeiros	Welch	1,486	3	119,556	,222
	Brown-Forsythe	1,431	3	251,952	,234
Eficácia - Médicos	Welch	5,435	3	116,021	,002
	Brown-Forsythe	4,571	3	188,583	,004
Eficácia - Psicólogos	Welch	4,421	3	111,671	,006
	Brown-Forsythe	3,842	3	154,906	,011
Eficácia - Psiquiatras	Welch	6,509	3	111,762	,000
	Brown-Forsythe	5,350	3	158,861	,002
Eficácia - T. Alternativos	Welch	1,509	3	115,046	,216
	Brown-Forsythe	1,392	3	155,356	,247
EDS - Humanidade - Enfermeiros	Welch	1,952	3	116,439	,125
	Brown-Forsythe	1,736	3	170,420	,162
EDS - Humanidade - Médicos	Welch	2,226	3	113,176	,089
	Brown-Forsythe	1,842	3	122,535	,143
EDS - Humanidade - Psicólogos	Welch	9,980	3	110,844	,000
	Brown-Forsythe	7,175	3	127,131	,000
EDS - Humanidade - Psiquiatras	Welch	4,229	3	108,324	,007
	Brown-Forsythe	3,616	3	147,145	,015
EDS - Humanidade - T. Alternativos	Welch	,944	3	106,354	,422
	Brown-Forsythe	,941	3	157,714	,422
EDS - Processo - Enfermeiros	Welch	3,115	3	119,082	,029
	Brown-Forsythe	2,733	3	239,405	,044
EDS - Processo - Médicos	Welch	6,192	3	116,657	,001
	Brown-Forsythe	4,724	3	178,494	,003
EDS - Processo - Psicólogos	Welch	7,714	3	113,866	,000
	Brown-Forsythe	6,451	3	183,228	,000
EDS - Processo - Psiquiatras	Welch	7,377	3	110,364	,000
	Brown-Forsythe	5,754	3	179,503	,001
EDS - Processo - T. Alternativos	Welch	1,517	3	109,543	,214
	Brown-Forsythe	1,536	3	174,202	,207
EDS - Global - Enfermeiros	Welch	2,414	3	117,788	,070
	Brown-Forsythe	2,108	3	197,014	,101
EDS - Global - Médicos	Welch	5,614	3	114,897	,001
	Brown-Forsythe	3,873	3	137,922	,011
EDS - Global - Psicólogos	Welch	9,094	3	111,460	,000
	Brown-Forsythe	6,708	3	144,255	,000
EDS - Global - Psiquiatras	Welch	6,704	3	109,249	,000
	Brown-Forsythe	4,924	3	150,131	,003
EDS - Global - T. Alternativos	Welch	1,431	3	105,474	,238
	Brown-Forsythe	1,387	3	152,155	,249

a. Asymptotically F distributed.

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Enfermeiros	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,219	,159	,169	-,09	,53
			50 a 64 anos	,213	,176	,227	-,13	,56
			65 a 83 (máx.) anos	-,140	,286	,625	-,70	,42
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,219	,159	,169	-,53	,09
			50 a 64 anos	-,006	,126	,963	-,25	,24
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,258	,164	-,87	,15
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,213	,176	,227	-,56	,13
			30 a 49 anos	,006	,126	,963	-,24	,25
			65 a 83 (máx.) anos	-,353	,269	,189	-,88	,17
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,140	,286	,625	-,42	,70	
		30 a 49 anos	,359	,258	,164	-,15	,87	
		50 a 64 anos	,353	,269	,189	-,17	,88	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,219	,146	,438	-,16	,60
			50 a 64 anos	,213	,159	,540	-,20	,63
			65 a 83 (máx.) anos	-,140	,248	,942	-,80	,52
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,219	,146	,438	-,60	,16
			50 a 64 anos	-,006	,124	1,000	-,33	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,227	,401	-,97	,25
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,213	,159	,540	-,63	,20
			30 a 49 anos	,006	,124	1,000	-,31	,33
			65 a 83 (máx.) anos	-,353	,236	,448	-,98	,28
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,140	,248	,942	-,52	,80
			30 a 49 anos	,359	,227	,401	-,25	,97
			50 a 64 anos	,353	,236	,448	-,28	,98

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Médicos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,561*	,159	,000	,25	,87
			50 a 64 anos	,547*	,177	,002	,20	,89
			65 a 83 (máx.) anos	,349	,286	,223	-,21	,91
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,561*	,159	,000	-,87	-,25
			50 a 64 anos	-,014	,126	,914	-,26	,23
			65 a 83 (máx.) anos	-,212	,258	,413	-,72	,30
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,547*	,177	,002	-,89	-,20
			30 a 49 anos	,014	,126	,914	-,23	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,198	,269	,462	-,73	,33
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,349	,286	,223	-,91	,21	
		30 a 49 anos	,212	,258	,413	-,30	,72	
		50 a 64 anos	,198	,269	,462	-,33	,73	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,561*	,143	,001	,19	,93
			50 a 64 anos	,547*	,164	,005	,12	,97
			65 a 83 (máx.) anos	,349	,285	,615	-,41	1,11
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,561*	,143	,001	-,93	-,19
			50 a 64 anos	-,014	,129	1,000	-,35	,32
			65 a 83 (máx.) anos	-,212	,267	,857	-,93	,51
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,547*	,164	,005	-,97	-,12
			30 a 49 anos	,014	,129	1,000	-,32	,35
			65 a 83 (máx.) anos	-,198	,278	,892	-,94	,55
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,349	,285	,615	-1,11	,41	
		30 a 49 anos	,212	,267	,857	-,51	,93	
		50 a 64 anos	,198	,278	,892	-,55	,94	

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - Psicólogos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,589*	,177	,001	,24	,94
			50 a 64 anos	,384	,196	,051	,00	,77
			65 a 83 (máx.) anos	,231	,322	,474	-,40	,86
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,589*	,177	,001	-,94	-,24
			50 a 64 anos	-,206	,141	,144	-,48	,07
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,292	,219	-,93	,21
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,384	,196	,051	-,77	,00
			30 a 49 anos	,206	,141	,144	-,07	,48
			65 a 83 (máx.) anos	-,153	,303	,614	-,75	,44
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,231	,322	,474	-,86	,40
			30 a 49 anos	,359	,292	,219	-,21	,93
			50 a 64 anos	,153	,303	,614	-,44	,75
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,589*	,165	,003	,16	1,02
			50 a 64 anos	,384	,184	,162	-,09	,86
			65 a 83 (máx.) anos	,231	,349	,911	-,70	1,17
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,589*	,165	,003	-1,02	-,16
			50 a 64 anos	-,206	,141	,465	-,57	,16
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,328	,696	-1,25	,53
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,384	,184	,162	-,86	,09
			30 a 49 anos	,206	,141	,465	-,16	,57
			65 a 83 (máx.) anos	-,153	,338	,969	-1,06	,76
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,231	,349	,911	-1,17	,70
			30 a 49 anos	,359	,328	,696	-,53	1,25
			50 a 64 anos	,153	,338	,969	-,76	1,06

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
							Lower Bound	Upper Bound	
Eficácia - Psiquiatras	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,776*	,193	,000	,40	1,15	
			50 a 64 anos	,590*	,213	,006	,17	1,01	
			65 a 83 (máx.) anos	,393	,350	,262	-,29	1,08	
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,776*	,193	,000	-1,15	-,40	
			50 a 64 anos	-,186	,154	,227	-,49	,12	
			65 a 83 (máx.) anos	-,382	,317	,229	-1,00	,24	
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,590*	,213	,006	-1,01	-,17	
			30 a 49 anos	,186	,154	,227	-,12	,49	
			65 a 83 (máx.) anos	-,197	,330	,551	-,84	,45	
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,393	,350	,262	-1,08	,29		
		30 a 49 anos	,382	,317	,229	-,24	1,00		
		50 a 64 anos	,197	,330	,551	-,45	,84		
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,776*	,176	,000	,32	1,23	
				50 a 64 anos	,590*	,201	,019	,07	1,11
				65 a 83 (máx.) anos	,393	,375	,722	-,61	1,40
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,776*	,176	,000	-1,23	-,32	
				50 a 64 anos	-,186	,157	,639	-,59	,22
				65 a 83 (máx.) anos	-,382	,353	,703	-1,34	,58
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,590*	,201	,019	-1,11	-,07	
				30 a 49 anos	,186	,157	,639	-,22	,59
				65 a 83 (máx.) anos	-,197	,366	,949	-1,18	,79
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,393	,375	,722	-1,40	,61	
				30 a 49 anos	,382	,353	,703	-,58	1,34
				50 a 64 anos	,197	,366	,949	-,79	1,18

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Eficácia - T. Alternativos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,268	,172	,120	-,61	,07
			50 a 64 anos	-,411*	,191	,032	-,79	-,04
			65 a 83 (máx.) anos	-,378	,304	,215	-,98	,22
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,268	,172	,120	-,07	,61
			50 a 64 anos	-,142	,136	,296	-,41	,13
			65 a 83 (máx.) anos	-,110	,274	,688	-,65	,43
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,411*	,191	,032	,04	,79
			30 a 49 anos	,142	,136	,296	-,13	,41
			65 a 83 (máx.) anos	,032	,286	,910	-,53	,59
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,378	,304	,215	-,22	,98
			30 a 49 anos	,110	,274	,688	-,43	,65
			50 a 64 anos	-,032	,286	,910	-,59	,53
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,268	,177	,430	-,73	,19
			50 a 64 anos	-,411	,194	,153	-,91	,09
			65 a 83 (máx.) anos	-,378	,354	,710	-1,32	,57
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,268	,177	,430	-,19	,73
			50 a 64 anos	-,142	,134	,711	-,49	,20
			65 a 83 (máx.) anos	-,110	,325	,986	-,99	,77
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,411	,194	,153	-,09	,91
			30 a 49 anos	,142	,134	,711	-,20	,49
			65 a 83 (máx.) anos	,032	,335	1,000	-,87	,93
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,378	,354	,710	-,57	1,32
			30 a 49 anos	,110	,325	,986	-,77	,99
			50 a 64 anos	-,032	,335	1,000	-,93	,87

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Enfermeiros	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,282	,145	,053	,00	,57
			50 a 64 anos	,243	,160	,130	-,07	,56
			65 a 83 (máx.) anos	-,012	,259	,963	-,52	,50
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,282	,145	,053	-,57	,00
			50 a 64 anos	-,039	,114	,735	-,26	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,294	,233	,208	-,75	,16
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,243	,160	,130	-,56	,07
			30 a 49 anos	,039	,114	,735	-,19	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,255	,243	,294	-,73	,22
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,012	,259	,963	-,50	,52	
		30 a 49 anos	,294	,233	,208	-,16	,75	
		50 a 64 anos	,255	,243	,294	-,22	,73	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,282	,127	,124	-,05	,61
			50 a 64 anos	,243	,140	,307	-,12	,61
			65 a 83 (máx.) anos	-,012	,260	1,000	-,71	,68
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,282	,127	,124	-,61	,05
			50 a 64 anos	-,039	,113	,986	-,33	,25
			65 a 83 (máx.) anos	-,294	,247	,638	-,96	,37
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,243	,140	,307	-,61	,12
			30 a 49 anos	,039	,113	,986	-,25	,33
			65 a 83 (máx.) anos	-,255	,254	,747	-,94	,43
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,012	,260	1,000	-,68	,71
			30 a 49 anos	,294	,247	,638	-,37	,96
			50 a 64 anos	,255	,254	,747	-,43	,94

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Médicos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,321*	,152	,034	,02	,62
			50 a 64 anos	,310	,167	,065	-,02	,64
			65 a 83 (máx.) anos	-,031	,270	,908	-,56	,50
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,321*	,152	,034	-,62	-,02
			50 a 64 anos	-,011	,119	,924	-,25	,22
			65 a 83 (máx.) anos	-,353	,243	,148	-,83	,13
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,310	,167	,065	-,64	,02
			30 a 49 anos	,011	,119	,924	-,22	,25
			65 a 83 (máx.) anos	-,341	,253	,179	-,84	,16
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,031	,270	,908	-,50	,56
			30 a 49 anos	,353	,243	,148	-,13	,83
			50 a 64 anos	,341	,253	,179	-,16	,84
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,321	,137	,093	-,03	,68
			50 a 64 anos	,310	,153	,184	-,09	,71
			65 a 83 (máx.) anos	-,031	,324	1,000	-,90	,84
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,321	,137	,093	-,68	,03
			50 a 64 anos	-,011	,118	1,000	-,32	,29
			65 a 83 (máx.) anos	-,353	,309	,668	-1,19	,49
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,310	,153	,184	-,71	,09
			30 a 49 anos	,011	,118	1,000	-,29	,32
			65 a 83 (máx.) anos	-,341	,317	,706	-1,20	,51
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,031	,324	1,000	-,84	,90
			30 a 49 anos	,353	,309	,668	-,49	1,19
			50 a 64 anos	,341	,317	,706	-,51	1,20

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Psicólogos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,753*	,157	,000	,45	1,06
			50 a 64 anos	,687*	,173	,000	,35	1,03
			65 a 83 (máx.) anos	,642*	,282	,023	,09	1,20
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,753*	,157	,000	-1,06	-,45
			50 a 64 anos	-,066	,124	,592	-,31	,18
			65 a 83 (máx.) anos	-,111	,255	,664	-,61	,39
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,687*	,173	,000	-1,03	-,35
			30 a 49 anos	,066	,124	,592	-,18	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,045	,266	,867	-,57	,48
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,642*	,282	,023	-1,20	-,09	
		30 a 49 anos	,111	,255	,664	-,39	,61	
		50 a 64 anos	,045	,266	,867	-,48	,57	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,753*	,140	,000	,39	1,12
			50 a 64 anos	,687*	,157	,000	,28	1,09
			65 a 83 (máx.) anos	,642	,327	,219	-,24	1,52
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,753*	,140	,000	-1,12	-,39
			50 a 64 anos	-,066	,124	,950	-,39	,25
			65 a 83 (máx.) anos	-,111	,312	,984	-,96	,74
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,687*	,157	,000	-1,09	-,28
			30 a 49 anos	,066	,124	,950	-,25	,39
			65 a 83 (máx.) anos	-,045	,320	,999	-,91	,82
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,642	,327	,219	-1,52	,24
			30 a 49 anos	,111	,312	,984	-,74	,96
			50 a 64 anos	,045	,320	,999	-,82	,91

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - Psiquiatras	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,536*	,172	,002	,20	,87
			50 a 64 anos	,525*	,190	,006	,15	,90
			65 a 83 (máx.) anos	,166	,314	,598	-,45	,78
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,536*	,172	,002	-,87	-,20
			50 a 64 anos	-,011	,138	,934	-,28	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,371	,285	,194	-,93	,19
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,525*	,190	,006	-,90	-,15
			30 a 49 anos	,011	,138	,934	-,26	,28
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,297	,226	-,94	,22
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,166	,314	,598	-,78	,45	
		30 a 49 anos	,371	,285	,194	-,19	,93	
		50 a 64 anos	,359	,297	,226	-,22	,94	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,536*	,160	,005	,12	,95
			50 a 64 anos	,525*	,178	,019	,06	,99
			65 a 83 (máx.) anos	,166	,343	,962	-,75	1,09
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,536*	,160	,005	-,95	-,12
			50 a 64 anos	-,011	,137	1,000	-,37	,34
			65 a 83 (máx.) anos	-,371	,323	,664	-1,25	,51
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,525*	,178	,019	-,99	-,06
			30 a 49 anos	,011	,137	1,000	-,34	,37
			65 a 83 (máx.) anos	-,359	,333	,704	-1,26	,54
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,166	,343	,962	-1,09	,75
			30 a 49 anos	,371	,323	,664	-,51	1,25
			50 a 64 anos	,359	,333	,704	-,54	1,26

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Humanidade - T. Alternativos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,180	,151	,233	-,48	,12
			50 a 64 anos	-,260	,167	,121	-,59	,07
			65 a 83 (máx.) anos	-,374	,275	,174	-,92	,17
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,180	,151	,233	-,12	,48
			50 a 64 anos	-,080	,119	,503	-,31	,15
			65 a 83 (máx.) anos	-,194	,249	,435	-,68	,29
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,260	,167	,121	-,07	,59
			30 a 49 anos	,080	,119	,503	-,15	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,115	,259	,658	-,62	,39
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,374	,275	,174	-,17	,92	
		30 a 49 anos	,194	,249	,435	-,29	,68	
		50 a 64 anos	,115	,259	,658	-,39	,62	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,180	,154	,648	-,58	,22
			50 a 64 anos	-,260	,169	,419	-,70	,18
			65 a 83 (máx.) anos	-,374	,304	,610	-1,19	,44
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,180	,154	,648	-,22	,58
			50 a 64 anos	-,080	,117	,904	-,38	,22
			65 a 83 (máx.) anos	-,194	,278	,897	-,95	,56
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,260	,169	,419	-,18	,70
			30 a 49 anos	,080	,117	,904	-,22	,38
			65 a 83 (máx.) anos	-,115	,287	,978	-,89	,66
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,374	,304	,610	-,44	1,19
			30 a 49 anos	,194	,278	,897	-,56	,95
			50 a 64 anos	,115	,287	,978	-,66	,89

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Enfermeiros	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,311*	,135	,022	,05	,58
			50 a 64 anos	,359*	,150	,017	,06	,65
			65 a 83 (máx.) anos	,111	,242	,646	-,36	,59
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,311*	,135	,022	-,58	-,05
			50 a 64 anos	,048	,107	,652	-,16	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,200	,218	,360	-,63	,23
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,359*	,150	,017	-,65	-,06
			30 a 49 anos	-,048	,107	,652	-,26	,16
			65 a 83 (máx.) anos	-,248	,227	,276	-,69	,20
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,111	,242	,646	-,59	,36	
		30 a 49 anos	,200	,218	,360	-,23	,63	
		50 a 64 anos	,248	,227	,276	-,20	,69	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,311*	,116	,041	,01	,61
			50 a 64 anos	,359*	,133	,038	,01	,70
			65 a 83 (máx.) anos	,111	,211	,952	-,45	,67
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,311*	,116	,041	-,61	-,01
			50 a 64 anos	,048	,110	,971	-,23	,33
			65 a 83 (máx.) anos	-,200	,197	,743	-,73	,33
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,359*	,133	,038	-,70	-,01
			30 a 49 anos	-,048	,110	,971	-,33	,23
			65 a 83 (máx.) anos	-,248	,207	,633	-,80	,31
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,111	,211	,952	-,67	,45
			30 a 49 anos	,200	,197	,743	-,33	,73
			50 a 64 anos	,248	,207	,633	-,31	,80

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Médicos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,468*	,138	,001	,20	,74
			50 a 64 anos	,489*	,152	,001	,19	,79
			65 a 83 (máx.) anos	,207	,246	,400	-,28	,69
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,468*	,138	,001	-,74	-,20
			50 a 64 anos	,022	,109	,843	-,19	,24
			65 a 83 (máx.) anos	-,260	,222	,242	-,70	,18
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,489*	,152	,001	-,79	-,19
			30 a 49 anos	-,022	,109	,843	-,24	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,282	,232	,224	-,74	,17
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,207	,246	,400	-,69	,28	
		30 a 49 anos	,260	,222	,242	-,18	,70	
		50 a 64 anos	,282	,232	,224	-,17	,74	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,468*	,116	,001	,17	,77
			50 a 64 anos	,489*	,135	,002	,14	,84
			65 a 83 (máx.) anos	,207	,245	,831	-,45	,86
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,468*	,116	,001	-,77	-,17
			50 a 64 anos	,022	,113	,998	-,27	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,260	,233	,682	-,89	,37
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,489*	,135	,002	-,84	-,14
			30 a 49 anos	-,022	,113	,998	-,31	,27
			65 a 83 (máx.) anos	-,282	,243	,655	-,93	,37
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,207	,245	,831	-,86	,45
			30 a 49 anos	,260	,233	,682	-,37	,89
			50 a 64 anos	,282	,243	,655	-,37	,93

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Psicólogos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,603*	,146	,000	,32	,89
			50 a 64 anos	,490*	,161	,002	,17	,81
			65 a 83 (máx.) anos	,249	,263	,344	-,27	,77
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,603*	,146	,000	-,89	-,32
			50 a 64 anos	-,113	,116	,333	-,34	,12
			65 a 83 (máx.) anos	-,354	,238	,138	-,82	,11
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,490*	,161	,002	-,81	-,17
			30 a 49 anos	,113	,116	,333	-,12	,34
			65 a 83 (máx.) anos	-,241	,248	,331	-,73	,25
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,249	,263	,344	-,77	,27	
		30 a 49 anos	,354	,238	,138	-,11	,82	
		50 a 64 anos	,241	,248	,331	-,25	,73	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,603*	,127	,000	,27	,93
			50 a 64 anos	,490*	,144	,004	,12	,86
			65 a 83 (máx.) anos	,249	,257	,767	-,44	,94
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,603*	,127	,000	-,93	-,27
			50 a 64 anos	-,113	,118	,775	-,42	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,354	,243	,475	-1,01	,30
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,490*	,144	,004	-,86	-,12
			30 a 49 anos	,113	,118	,775	-,19	,42
			65 a 83 (máx.) anos	-,241	,252	,775	-,92	,44
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,249	,257	,767	-,94	,44	
		30 a 49 anos	,354	,243	,475	-,30	1,01	
		50 a 64 anos	,241	,252	,775	-,44	,92	

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - Psiquiatras	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,604*	,169	,000	,27	,94
			50 a 64 anos	,664*	,187	,000	,30	1,03
			65 a 83 (máx.) anos	,217	,305	,478	-,38	,82
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,604*	,169	,000	-,94	-,27
			50 a 64 anos	,060	,135	,658	-,21	,33
			65 a 83 (máx.) anos	-,387	,277	,163	-,93	,16
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,664*	,187	,000	-1,03	-,30
			30 a 49 anos	-,060	,135	,658	-,33	,21
			65 a 83 (máx.) anos	-,447	,288	,122	-1,01	,12
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,217	,305	,478	-,82	,38	
		30 a 49 anos	,387	,277	,163	-,16	,93	
		50 a 64 anos	,447	,288	,122	-,12	1,01	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,604*	,142	,000	,24	,97
			50 a 64 anos	,664*	,166	,001	,23	1,09
			65 a 83 (máx.) anos	,217	,295	,882	-,57	1,01
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,604*	,142	,000	-,97	-,24
			50 a 64 anos	,060	,141	,974	-,31	,42
			65 a 83 (máx.) anos	-,387	,281	,523	-1,15	,38
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,664*	,166	,001	-1,09	-,23
			30 a 49 anos	-,060	,141	,974	-,42	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,447	,294	,438	-1,24	,34
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,217	,295	,882	-1,01	,57
			30 a 49 anos	,387	,281	,523	-,38	1,15
			50 a 64 anos	,447	,294	,438	-,34	1,24

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Processo - T. Alternativos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,284	,154	,065	-,59	,02
			50 a 64 anos	-,329	,170	,054	-,66	,01
			65 a 83 (máx.) anos	-,456	,274	,096	-,99	,08
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,284	,154	,065	-,02	,59
			50 a 64 anos	-,044	,121	,716	-,28	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,172	,247	,486	-,66	,31
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,329	,170	,054	-,01	,66
			30 a 49 anos	,044	,121	,716	-,19	,28
			65 a 83 (máx.) anos	-,128	,257	,619	-,63	,38
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,456	,274	,096	-,08	,99	
		30 a 49 anos	,172	,247	,486	-,31	,66	
		50 a 64 anos	,128	,257	,619	-,38	,63	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,284	,157	,271	-,69	,12
			50 a 64 anos	-,329	,171	,224	-,77	,12
			65 a 83 (máx.) anos	-,456	,292	,409	-1,23	,32
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,284	,157	,271	-,12	,69
			50 a 64 anos	-,044	,119	,983	-,35	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,172	,265	,915	-,89	,54
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,329	,171	,224	-,12	,77
			30 a 49 anos	,044	,119	,983	-,26	,35
			65 a 83 (máx.) anos	-,128	,273	,966	-,86	,61
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,456	,292	,409	-,32	1,23
			30 a 49 anos	,172	,265	,915	-,54	,89
			50 a 64 anos	,128	,273	,966	-,61	,86

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Enfermeiros	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,272*	,132	,040	,01	,53
			50 a 64 anos	,277	,146	,059	-,01	,56
			65 a 83 (máx.) anos	,026	,235	,913	-,44	,49
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,272*	,132	,040	-,53	-,01
			50 a 64 anos	,005	,105	,964	-,20	,21
			65 a 83 (máx.) anos	-,246	,212	,245	-,66	,17
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,277	,146	,059	-,56	,01
			30 a 49 anos	-,005	,105	,964	-,21	,20
			65 a 83 (máx.) anos	-,251	,221	,256	-,69	,18
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,026	,235	,913	-,49	,44	
		30 a 49 anos	,246	,212	,245	-,17	,66	
		50 a 64 anos	,251	,221	,256	-,18	,69	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,272	,114	,085	-,02	,57
			50 a 64 anos	,277	,126	,128	-,05	,60
			65 a 83 (máx.) anos	,026	,221	,999	-,56	,62
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,272	,114	,085	-,57	,02
			50 a 64 anos	,005	,103	1,000	-,26	,27
			65 a 83 (máx.) anos	-,246	,209	,642	-,81	,32
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,277	,126	,128	-,60	,05
			30 a 49 anos	-,005	,103	1,000	-,27	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,251	,215	,651	-,83	,33
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,026	,221	,999	-,62	,56
			30 a 49 anos	,246	,209	,642	-,32	,81
			50 a 64 anos	,251	,215	,651	-,33	,83

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Médicos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,433*	,137	,002	,16	,70
			50 a 64 anos	,454*	,151	,003	,16	,75
			65 a 83 (máx.) anos	,160	,243	,509	-,32	,64
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,433*	,137	,002	-,70	-,16
			50 a 64 anos	,021	,108	,844	-,19	,23
			65 a 83 (máx.) anos	-,273	,218	,212	-,70	,16
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,454*	,151	,003	-,75	-,16
			30 a 49 anos	-,021	,108	,844	-,23	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,294	,228	,197	-,74	,15
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,160	,243	,509	-,64	,32	
		30 a 49 anos	,273	,218	,212	-,16	,70	
		50 a 64 anos	,294	,228	,197	-,15	,74	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,433*	,114	,001	,14	,73
			50 a 64 anos	,454*	,132	,004	,11	,80
			65 a 83 (máx.) anos	,160	,268	,932	-,56	,88
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,433*	,114	,001	-,73	-,14
			50 a 64 anos	,021	,110	,998	-,26	,31
			65 a 83 (máx.) anos	-,273	,258	,716	-,97	,42
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,454*	,132	,004	-,80	-,11
			30 a 49 anos	-,021	,110	,998	-,31	,26
			65 a 83 (máx.) anos	-,294	,266	,689	-1,01	,42
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,160	,268	,932	-,88	,56
			30 a 49 anos	,273	,258	,716	-,42	,97
			50 a 64 anos	,294	,266	,689	-,42	1,01

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Psicólogos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,656*	,145	,000	,37	,94
			50 a 64 anos	,579*	,160	,000	,26	,89
			65 a 83 (máx.) anos	,438	,259	,092	-,07	,95
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,656*	,145	,000	-,94	-,37
			50 a 64 anos	-,077	,115	,504	-,30	,15
			65 a 83 (máx.) anos	-,217	,234	,354	-,68	,24
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,579*	,160	,000	-,89	-,26
			30 a 49 anos	,077	,115	,504	-,15	,30
			65 a 83 (máx.) anos	-,140	,244	,566	-,62	,34
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,438	,259	,092	-,95	,07	
		30 a 49 anos	,217	,234	,354	-,24	,68	
		50 a 64 anos	,140	,244	,566	-,34	,62	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,656*	,127	,000	,33	,99
			50 a 64 anos	,579*	,145	,001	,20	,95
			65 a 83 (máx.) anos	,438	,283	,418	-,32	1,20
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,656*	,127	,000	-,99	-,33
			50 a 64 anos	-,077	,117	,913	-,38	,23
			65 a 83 (máx.) anos	-,217	,270	,851	-,95	,51
50 a 64 anos		18 (mín.) a 29 anos	-,579*	,145	,001	-,95	-,20	
		30 a 49 anos	,077	,117	,913	-,23	,38	
		65 a 83 (máx.) anos	-,140	,278	,958	-,89	,61	
65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,438	,283	,418	-1,20	,32		
	30 a 49 anos	,217	,270	,851	-,51	,95		
	50 a 64 anos	,140	,278	,958	-,61	,89		

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - Psiquiatras	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,573*	,164	,000	,25	,89
			50 a 64 anos	,610*	,181	,001	,25	,96
			65 a 83 (máx.) anos	,240	,295	,417	-,34	,82
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,573*	,164	,000	-,89	-,25
			50 a 64 anos	,037	,132	,778	-,22	,30
			65 a 83 (máx.) anos	-,333	,268	,215	-,86	,19
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,610*	,181	,001	-,96	-,25
			30 a 49 anos	-,037	,132	,778	-,30	,22
			65 a 83 (máx.) anos	-,370	,279	,185	-,92	,18
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,240	,295	,417	-,82	,34	
		30 a 49 anos	,333	,268	,215	-,19	,86	
		50 a 64 anos	,370	,279	,185	-,18	,92	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,573*	,138	,000	,21	,93
			50 a 64 anos	,610*	,161	,001	,19	1,03
			65 a 83 (máx.) anos	,240	,309	,864	-,59	1,07
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,573*	,138	,000	-,93	-,21
			50 a 64 anos	,037	,137	,993	-,32	,39
			65 a 83 (máx.) anos	-,333	,297	,679	-1,14	,47
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,610*	,161	,001	-1,03	-,19
			30 a 49 anos	-,037	,137	,993	-,39	,32
			65 a 83 (máx.) anos	-,370	,308	,630	-1,20	,46
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,240	,309	,864	-1,07	,59
			30 a 49 anos	,333	,297	,679	-,47	1,14
			50 a 64 anos	,370	,308	,630	-,46	1,20

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
EDS - Global - T. Alternativos	LSD	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,262	,147	,075	-,55	,03
			50 a 64 anos	-,304	,162	,062	-,62	,02
			65 a 83 (máx.) anos	-,432	,264	,102	-,95	,09
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,262	,147	,075	-,03	,55
			50 a 64 anos	-,042	,116	,717	-,27	,19
			65 a 83 (máx.) anos	-,171	,238	,474	-,64	,30
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,304	,162	,062	-,02	,62
			30 a 49 anos	,042	,116	,717	-,19	,27
			65 a 83 (máx.) anos	-,129	,248	,604	-,62	,36
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,432	,264	,102	-,09	,95	
		30 a 49 anos	,171	,238	,474	-,30	,64	
		50 a 64 anos	,129	,248	,604	-,36	,62	
	Games-Howell	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	-,262	,148	,293	-,65	,12
			50 a 64 anos	-,304	,164	,250	-,73	,12
			65 a 83 (máx.) anos	-,432	,295	,466	-1,22	,36
		30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	,262	,148	,293	-,12	,65
			50 a 64 anos	-,042	,115	,983	-,34	,25
			65 a 83 (máx.) anos	-,171	,271	,921	-,91	,57
		50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,304	,164	,250	-,12	,73
			30 a 49 anos	,042	,115	,983	-,25	,34
			65 a 83 (máx.) anos	-,129	,280	,967	-,88	,63
		65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	,432	,295	,466	-,36	1,22
			30 a 49 anos	,171	,271	,921	-,57	,91
			50 a 64 anos	,129	,280	,967	-,63	,88

## 10.78 Anexo N1 – Amostra Para o Estudo dos Resultados da BAPS

### Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	176	23,9	23,9	23,9
	Feminino	561	76,1	76,1	100,0
	Total	737	100,0	100,0	

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	737	19	83	43,50	11,771
Valid N (listwise)	737				

### Habilitações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Abaixo da 4.ª Classe	1	,1	,1	,1
	6.º Ano de escolaridade (2.º ciclo do ensino básico)	7	,9	1,0	1,1
	9.º Ano de escolaridade (3.º ciclo do ensino básico)	45	6,1	6,1	7,2
	12.º Ano de escolaridade (ensino secundário)	198	26,9	26,9	34,1
	Licenciatura (pós-Bolonha)	116	15,7	15,8	49,9
	Licenciatura (pré-Bolonha)	234	31,8	31,8	81,7
	Mestrado	111	15,1	15,1	96,7
	Doutoramento	24	3,3	3,3	100,0
	Total	736	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		737	100,0		

### Zona de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Açores	10	1,4	1,4	1,4
	Alentejo	30	4,1	4,1	5,4
	Algarve	21	2,8	2,8	8,3
	Centro	98	13,3	13,3	21,6
	Lisboa	458	62,1	62,1	83,7
	Madeira	8	1,1	1,1	84,8
	Norte	112	15,2	15,2	100,0
	Total	737	100,0	100,0	

**Classe Social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baixa	29	3,9	3,9	3,9
	Média-Baixa	182	24,7	24,7	28,7
	Média	427	57,9	58,0	86,7
	Média-Alta	94	12,8	12,8	99,5
	Alta	4	,5	,5	100,0
	Total	736	99,9	100,0	
Missing	System	1	,1		
Total		737	100,0		

**Tipo de Respondente**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aderente	376	51,0	54,4	54,4
	Não-aderente	315	42,7	45,6	100,0
	Total	691	93,8	100,0	
Missing	System	46	6,2		
Total		737	100,0		

Profissão (agrup.)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Docentes / Professores	55	7,5	7,5	7,5
Assistentes (diversos)	40	5,4	5,4	12,9
Reformados	37	5,0	5,0	17,9
Gestores e Gerentes	36	4,9	4,9	22,8
Terapeutas Alternativos / Complementares	34	4,6	4,6	27,4
Administrativos	31	4,2	4,2	31,6
Desempregados	31	4,2	4,2	35,8
Enfermeiros	30	4,1	4,1	39,9
Estudantes	30	4,1	4,1	44,0
Técnicos (outros)	30	4,1	4,1	48,0
Comerciais	28	3,8	3,8	51,8
Outros (diversos)	27	3,7	3,7	55,5
Terapeutas e Outros Profissionais de Saúde	20	2,7	2,7	58,2
Formadores e Educadores	19	2,6	2,6	60,8
Empresários	18	2,4	2,4	63,2
Engenheiros	17	2,3	2,3	65,5
Advogados e Juristas	16	2,2	2,2	67,7
Bancários	16	2,2	2,2	69,9
Esteticistas e Massagistas	15	2,0	2,0	71,9
Escriturários e Secretários	14	1,9	1,9	73,8
Consultores	13	1,8	1,8	75,6
Terapeutas da Fala	13	1,8	1,8	77,3
Funcionários Públicos	12	1,6	1,6	79,0
Informática e Tecnologias de Informação	12	1,6	1,6	80,6
Assistentes Sociais	11	1,5	1,5	82,1
Trabalhadores Independentes / Liberais	10	1,4	1,4	83,4
Contabilistas	10	1,4	1,4	84,8
Médicos	10	1,4	1,4	86,2
Diretores	9	1,2	1,2	87,4
Técnicos Superiores	9	1,2	1,2	88,6
Marketing e Publicidade	8	1,1	1,1	89,7
Investigadores e Analistas (gestão, laboratório e segurança)	7	,9	,9	90,6
Fisioterapeutas	7	,9	,9	91,6
Finanças e Economistas	6	,8	,8	92,4
Cabeleireiros	6	,8	,8	93,2
Arquitetos	6	,8	,8	94,0
Artistas (pintores, músicos e artesãos)	6	,8	,8	94,8
Polícias, Militares e Vigilantes	6	,8	,8	95,7
Auditores	5	,7	,7	96,3
Linguistas, Tradutores e Intérpretes	5	,7	,7	97,0
Nutricionistas	5	,7	,7	97,7
Cozinheiros / Chefes / Pasteleiros	4	,5	,5	98,2
Sociólogos e Antropólogos	4	,5	,5	98,8
Biólogos, Químicos e Bioquímicos	3	,4	,4	99,2
Jornalistas	3	,4	,4	99,6
Psicoterapeutas	3	,4	,4	100,0
Total	737	100,0	100,0	

## 10.79 Anexo N2 – BAPS: Estadísticas Descriptivas

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BAPS_01	727	1	6	4,24	1,554
BAPS_02	727	1	6	4,50	1,574
BAPS_03	727	1	6	4,65	1,488
BAPS_04	727	1	6	4,05	1,688
BAPS_05_INV	726	1	6	5,43	1,203
BAPS_06	726	1	6	3,35	1,656
BAPS_07	726	1	6	4,31	1,471
BAPS_08_INV	726	1	6	5,78	,724
BAPS_09	722	1	6	3,92	1,694
BAPS_10_INV	722	1	6	5,27	1,274
BAPS_11_INV	722	1	6	5,43	1,114
BAPS_12	722	1	6	3,99	1,669
BAPS_13_INV	717	1	6	5,38	1,162
BAPS_14	717	1	6	4,53	1,525
BAPS_15_INV	717	1	6	4,65	1,556
BAPS_16	717	1	6	4,25	1,420
BAPS_17_INV	714	1	6	5,43	1,062
BAPS_18	714	1	6	4,89	1,525
Valid N (listwise)	714				

### 10.80 Anexo N3 – BAPS: Resumo das Médias e dos Desvios-padrão

<i>Itens e Fatores Compósitos Originais da BAPS</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
1. Se um bom amigo me pedisse um conselho (...) consultasse um psicólogo.	4.24	1.55
2. Eu estaria disposto a confidenciar (...) íntimas com um psicólogo.	4.50	1.57
3. É útil consultar um psicólogo (...) período difícil na vida.	4.65	1.49
4. No futuro, talvez queira consultar um psicólogo.	4.05	1.69
5*. Sentir-me-ia desconfortável em ir (...) pessoas podem pensar.	5.43	1.20
6. Se me apercebesse (...) inclinação seria consultar um psicólogo.	3.35	1.66
7. Devido à sua formação (...) encontrar soluções para os teus problemas.	4.31	1.47
8*. Ir ao psicólogo significa que sou uma pessoa fraca.	5.78	0.72
9. É bom conversar com os psicólogos (...) não nos culpam pelos nossos erros.	3.92	1.69
10*. Ter recebido ajuda de um psicólogo estigmatiza a vida de uma pessoa.	5.27	1.27
11*. Há certos problemas que não deveriam ser discutidos com um estranho (...).	5.43	1.11
12. Eu consultaria um psicólogo (...) aborrecido por um longo período de tempo.	3.99	1.67
13*. Os psicólogos fazem (...) incapazes de lidar com os seus problemas.	5.38	1.16
14. É bom conversar (...) psicólogo porque tudo o que se diz é confidencial.	4.53	1.53
15*. Conversar sobre problemas com um psicólogo (...) pouco eficaz (...).	4.65	1.56
16. Os psicólogos dão conselhos valiosos devido ao seu conhecimento (...).	4.25	1.42
17*. É difícil falar (...) com pessoas altamente escolarizadas (...) psicólogos.	5.43	1.06
18. Se eu pensasse que precisava (...) independentemente de quem soubesse (...).	4.89	1.53
<i>BAPS – Intenção de Adesão</i>	4.13	1.34
<i>BAPS – Tolerância ao Estigma</i>	5.29	0.67
<i>BAPS – Perceção de Competência dos Psicólogos</i>	4.26	1.21

*Notas:* \* Itens cuja pontuação foi invertida. *M* = Média das opiniões dos respondentes, obtidas numa escala do tipo *Likert* de concordância entre 1=“Discordo completamente” e 6=“Concordo completamente”. *DP* = Desvio Padrão.

## 10.81 Anexo N4 – BAPS: Estatísticas Descritivas das Variáveis Compósitas

### Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BAPS - Intenção de Adesão	722	1,00	6,00	4,1270	1,33597
BAPS - Tolerância ao Estigma	714	1,63	6,00	5,2866	,67212
BAPS - Competência do Psicólogo	717	1,00	6,00	4,2577	1,20626
Valid N (listwise)	714				

### Correlations

		BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo
BAPS - Intenção de Adesão	Pearson Correlation	1	,298**	,758**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	722	714	717
BAPS - Tolerância ao Estigma	Pearson Correlation	,298**	1	,273**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	714	714	714
BAPS - Competência do Psicólogo	Pearson Correlation	,758**	,273**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	717	714	717

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	BAPS - Intenção de Adesão	4,1317	714	1,33780	,05007
	BAPS - Tolerância ao Estigma	5,2866	714	,67212	,02515
Pair 2	BAPS - Intenção de Adesão	4,1288	717	1,33783	,04996
	BAPS - Competência do Psicólogo	4,2577	717	1,20626	,04505

### Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	BAPS - Intenção de Adesão & BAPS - Tolerância ao Estigma	714	,298	,000
Pair 2	BAPS - Intenção de Adesão & BAPS - Competência do Psicólogo	717	,758	,000

### Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	BAPS - Intenção de Adesão - BAPS - Tolerância ao Estigma	-1,15494	1,30582	,04887	-1,25088	-1,05899	-23,633	713	,000
Pair 2	BAPS - Intenção de Adesão - BAPS - Competência do Psicólogo	-,12889	,89413	,03339	-,19445	-,06334	-3,860	716	,000

## 10.82 Anexo N5 – BAPS: Teste T às Médias Segundo o Sexo

### Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Masculino	,075	165	,025	,975	165	,004
	Feminino	,118	549	,000	,931	549	,000
BAPS - Tolerância ao Estigma	Masculino	,112	165	,000	,920	165	,000
	Feminino	,158	549	,000	,866	549	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	Masculino	,066	165	,080	,975	165	,004
	Feminino	,109	549	,000	,952	549	,000

a. Lilliefors Significance Correction

### Group Statistics

	Sexo		Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
BAPS - Intenção de Adesão	Masculino	N	165				
		Mean	3,7586	-,0002	,1009	3,5614	3,9694
		Std. Deviation	1,28077	-,00593	,05954	1,15541	1,38441
		Std. Error Mean	,09971				
	Feminino	N	549				
		Mean	4,2438	,0007	,0567	4,1328	4,3546
		Std. Deviation	1,33536	-,00265	,03366	1,26762	1,39904
		Std. Error Mean	,05699				
BAPS - Tolerância ao Estigma	Masculino	N	165				
		Mean	4,9932	,0015	,0635	4,8695	5,1192
		Std. Deviation	,76848	-,00689	,06120	,64518	,88758
		Std. Error Mean	,05983				
	Feminino	N	549				
		Mean	5,3748	,0004	,0272	5,3202	5,4281
		Std. Deviation	,61426	-,00092	,02844	,55684	,66914
		Std. Error Mean	,02622				
BAPS - Competência do Psicólogo	Masculino	N	165				
		Mean	4,0667	-,0011	,0931	3,8873	4,2514
		Std. Deviation	1,19103	-,00725	,05853	1,07591	1,29750
		Std. Error Mean	,09272				
	Feminino	N	549				
		Mean	4,3156	-,0007	,0521	4,2167	4,4179
		Std. Deviation	1,20684	-,00233	,03265	1,13858	1,27186
		Std. Error Mean	,05151				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BAPS - Intenção de Adesão	Equal variances assumed	1,170	,280	-4,131	712	,000	-,48519	,11746	-,71579	-,25459
	Equal variances not assumed			-4,225	279,730	,000	-,48519	,11485	-,71126	-,25912
BAPS - Tolerância ao Estigma	Equal variances assumed	9,408	,002	-6,582	712	,000	-,38159	,05798	-,49541	-,26777
	Equal variances not assumed			-5,842	230,486	,000	-,38159	,06532	-,51029	-,25289
BAPS - Competência do Psicólogo	Equal variances assumed	,359	,550	-2,330	712	,020	-,24891	,10682	-,45863	-,03918
	Equal variances not assumed			-2,347	273,049	,020	-,24891	,10607	-,45772	-,04009

**Bootstrap for Independent Samples Test**

		Mean Difference	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
BAPS - Intenção de Adesão	Equal variances assumed	-,48519	-,00085	,11655	,001	-,71363	-,24815
	Equal variances not assumed	-,48519	-,00085	,11655	,001	-,71363	-,24815
BAPS - Tolerância ao Estigma	Equal variances assumed	-,38159	,00109	,06823	,001	-,51970	-,24254
	Equal variances not assumed	-,38159	,00109	,06823	,001	-,51970	-,24254
BAPS - Competência do Psicólogo	Equal variances assumed	-,24891	-,00048	,10722	,023	-,43928	-,04367
	Equal variances not assumed	-,24891	-,00048	,10722	,025	-,43928	-,04367

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.83 Anexo N6 – BAPS: Teste T às Médias Segundo a Aderência às Consultas

Tests of Normality

Tipo de Respondente		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Aderente	,117	376	,000	,933	376	,000
	Não-aderente	,088	315	,000	,956	315	,000
BAPS - Tolerância ao Estigma	Aderente	,152	376	,000	,873	376	,000
	Não-aderente	,133	315	,000	,888	315	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	Aderente	,109	376	,000	,947	376	,000
	Não-aderente	,091	315	,000	,967	315	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

Tipo de Respondente			Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
				Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
Lower	Upper						
BAPS - Intenção de Adesão	Aderente	N	376				
		Mean	4,2429	-,0017	,0667	4,1101	4,3710
		Std. Deviation	1,33326	-,00146	,04449	1,24420	1,41961
		Std. Error Mean	,06876				
	Não-aderente	N	315				
		Mean	4,0360	-,0012	,0732	3,8934	4,1765
		Std. Deviation	1,32479	-,00346	,04236	1,23487	1,40586
		Std. Error Mean	,07464				
BAPS - Tolerância ao Estigma	Aderente	N	376				
		Mean	5,2999	,0012	,0340	5,2345	5,3680
		Std. Deviation	,68161	-,00282	,03288	,61711	,74373
		Std. Error Mean	,03515				
	Não-aderente	N	315				
		Mean	5,2817	-,0004	,0373	5,2078	5,3545
		Std. Deviation	,64590	-,00353	,04347	,56865	,73598
		Std. Error Mean	,03639				
BAPS - Competência do Psicólogo	Aderente	N	376				
		Mean	4,3025	-,0017	,0614	4,1797	4,4206
		Std. Deviation	1,26138	-,00064	,03839	1,18423	1,33217
		Std. Error Mean	,06505				
	Não-aderente	N	315				
		Mean	4,2325	-,0027	,0646	4,0989	4,3536
		Std. Deviation	1,13959	-,00256	,04097	1,05521	1,21770
		Std. Error Mean	,06421				

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BAPS - Intenção de Adesão	Equal variances assumed	,022	,883	2,038	689	,042	,20693	,10154	,00756	,40630
	Equal variances not assumed			2,039	669,390					
BAPS - Tolerância ao Estigma	Equal variances assumed	,509	,476	,356	689	,722	,01812	,05084	-,08169	,11794
	Equal variances not assumed			,358	678,616					
BAPS - Competência do Psicólogo	Equal variances assumed	7,024	,008	,759	689	,448	,06999	,09222	-,11109	,25106
	Equal variances not assumed			,766	685,063					

**Bootstrap for Independent Samples Test**

		Mean Difference	Bootstrap <sup>a</sup>				
			Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
BAPS - Intenção de Adesão	Equal variances assumed	,20693	-,00052	,09926	,046	,00463	,41169
	Equal variances not assumed	,20693	-,00052	,09926	,046	,00463	,41169
BAPS - Tolerância ao Estigma	Equal variances assumed	,01812	,00164	,05183	,724	-,07914	,11837
	Equal variances not assumed	,01812	,00164	,05183	,725	-,07914	,11837
BAPS - Competência do Psicólogo	Equal variances assumed	,06999	,00099	,09009	,452	-,10093	,25365
	Equal variances not assumed	,06999	,00099	,09009	,452	-,10093	,25365

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

## 10.84 Anexo N7 – BAPS-Habilitações: Testes *One-Way ANOVA* e *Welsh*

Tests of Normality

Habilitações (agrup.)		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	9.º Ano (ou inferior)	,111	52	,156	,945	52	,018
	12.º Ano de escolaridade	,113	192	,000	,943	192	,000
	Ensino Superior	,096	469	,000	,945	469	,000
BAPS - Tolerância ao Estigma	9.º Ano (ou inferior)	,138	52	,015	,896	52	,000
	12.º Ano de escolaridade	,137	192	,000	,877	192	,000
	Ensino Superior	,148	469	,000	,876	469	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	9.º Ano (ou inferior)	,111	52	,152	,952	52	,034
	12.º Ano de escolaridade	,098	192	,000	,944	192	,000
	Ensino Superior	,100	469	,000	,963	469	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Descriptives

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
BAPS - Intenção de Adesão	9.º Ano (ou inferior)	53	3,7484	1,46345	,20102	3,3451	4,1518	1,00	6,00
	12.º Ano de escolaridade	194	4,0258	1,38830	,09967	3,8292	4,2224	1,00	6,00
	Ensino Superior	474	4,2103	1,29285	,05938	4,0936	4,3270	1,00	6,00
	Total	721	4,1267	1,33688	,04979	4,0289	4,2244	1,00	6,00
BAPS - Tolerância ao Estigma	9.º Ano (ou inferior)	52	5,3774	,54204	,07517	5,2265	5,5283	3,75	6,00
	12.º Ano de escolaridade	192	5,3021	,63845	,04608	5,2112	5,3930	2,13	6,00
	Ensino Superior	469	5,2719	,69807	,03223	5,2085	5,3352	1,63	6,00
	Total	713	5,2877	,67194	,02516	5,2383	5,3371	1,63	6,00
BAPS - Competência do Psicólogo	9.º Ano (ou inferior)	53	4,2264	1,22107	,16773	3,8898	4,5630	1,50	6,00
	12.º Ano de escolaridade	192	4,2188	1,31904	,09519	4,0310	4,4065	1,00	6,00
	Ensino Superior	471	4,2771	1,15911	,05341	4,1721	4,3820	1,00	6,00
	Total	716	4,2577	1,20711	,04511	4,1691	4,3462	1,00	6,00

Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	2,136	2	718	,119
BAPS - Tolerância ao Estigma	3,371	2	710	,035
BAPS - Competência do Psicólogo	1,845	2	713	,159

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Between Groups	12,870	2	6,435	3,627	,027
	Within Groups	1273,949	718	1,774		
	Total	1286,819	720			
BAPS - Tolerância ao Estigma	Between Groups	,576	2	,288	,637	,529
	Within Groups	320,895	710	,452		
	Total	321,471	712			
BAPS - Competência do Psicólogo	Between Groups	,520	2	,260	,178	,837
	Within Groups	1041,313	713	1,460		
	Total	1041,833	715			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Welch	3,236	2	132,554	,042
	Brown-Forsythe	3,245	2	181,401	,041
BAPS - Tolerância ao Estigma	Welch	,861	2	144,131	,425
	Brown-Forsythe	,781	2	274,515	,459
BAPS - Competência do Psicólogo	Welch	,164	2	133,828	,849
	Brown-Forsythe	,167	2	212,630	,846

a. Asymptotically F distributed.

Multiple Comparisons

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
BAPS - Intenção de Adesão	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,27735	,20645	,180	-,6827	,1280
			Ensino Superior	-,46184*	,19293	,017	-,8406	-,0831
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,27735	,20645	,180	-,1280	,6827
			Ensino Superior	-,18449	,11353	,105	-,4074	,0384
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,46184*	,19293	,017	,0831	,8406
			12.º Ano de escolaridade	,18449	,11353	,105	-,0384	,4074
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	-,27735	,22438	,436	-,8133	,2586
			Ensino Superior	-,46184	,20961	,079	-,9653	,0416
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	,27735	,22438	,436	-,2586	,8133
			Ensino Superior	-,18449	,11602	,251	-,4576	,0886
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,46184	,20961	,079	-,0416	,9653
			12.º Ano de escolaridade	,18449	,11602	,251	-,0886	,4576
BAPS - Tolerância ao Estigma	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	,07532	,10510	,474	-,1310	,2817
			Ensino Superior	,10555	,09826	,283	-,0874	,2985
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	-,07532	,10510	,474	-,2817	,1310
			Ensino Superior	,03023	,05760	,600	-,0829	,1433
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,10555	,09826	,283	-,2985	,0874
			12.º Ano de escolaridade	-,03023	,05760	,600	-,1433	,0829
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	,07532	,08817	,670	-,1347	,2853
			Ensino Superior	,10555	,08179	,405	-,0902	,3013
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	-,07532	,08817	,670	-,2853	,1347
			Ensino Superior	,03023	,05623	,853	-,1021	,1625
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	-,10555	,08179	,405	-,3013	,0902
			12.º Ano de escolaridade	-,03023	,05623	,853	-,1625	,1021

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Dependent Variable		(I) Habilitações (agrup.)	(J) Habilitações (agrup.)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
BAPS - Competência do Psicólogo	LSD	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	,00767	,18752	,967	-,3605	,3758
			Ensino Superior	-,05065	,17509	,772	-,3944	,2931
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	-,00767	,18752	,967	-,3758	,3605
			Ensino Superior	-,05832	,10348	,573	-,2615	,1448
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,05065	,17509	,772	-,2931	,3944
			12.º Ano de escolaridade	,05832	,10348	,573	-,1448	,2615
	Games-Howell	9.º Ano (ou inferior)	12.º Ano de escolaridade	,00767	,19286	,999	-,4521	,4674
			Ensino Superior	-,05065	,17603	,955	-,4732	,3719
		12.º Ano de escolaridade	9.º Ano (ou inferior)	-,00767	,19286	,999	-,4674	,4521
			Ensino Superior	-,05832	,10915	,855	-,3153	,1987
		Ensino Superior	9.º Ano (ou inferior)	,05065	,17603	,955	-,3719	,4732
			12.º Ano de escolaridade	,05832	,10915	,855	-,1987	,3153

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## 10.85 Anexo N8 – BAPS-Residência: Testes *One-Way ANOVA*

### Tests of Normality

Zona de Residência (agrup.)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
BAPS - Intenção de Adesão	Alentejo e Algarve	,177	49	,001	,904	49	,001
	Lisboa e Centro	,094	543	,000	,952	543	,000
	Norte	,128	106	,000	,925	106	,000
	Regiões autónomas	,171	16	,200*	,885	16	,047
BAPS - Tolerância ao Estigma	Alentejo e Algarve	,232	49	,000	,761	49	,000
	Lisboa e Centro	,138	543	,000	,898	543	,000
	Norte	,206	106	,000	,777	106	,000
	Regiões autónomas	,180	16	,173	,880	16	,039
BAPS - Competência do Psicólogo	Alentejo e Algarve	,150	49	,008	,934	49	,008
	Lisboa e Centro	,085	543	,000	,965	543	,000
	Norte	,123	106	,000	,929	106	,000
	Regiões autónomas	,214	16	,048	,853	16	,015

a. Lilliefors Significance Correction

\*. This is a lower bound of the true significance.

### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
BAPS - Intenção de Adesão	Alentejo e Algarve	49	4,4150	1,36088	,19441	4,0241	4,8059	1,00	6,00
	Lisboa e Centro	547	4,1130	1,31449	,05620	4,0026	4,2234	1,00	6,00
	Norte	109	4,0856	1,41178	,13522	3,8176	4,3537	1,00	6,00
	Regiões autónomas	17	4,0098	1,47252	,35714	3,2527	4,7669	1,00	5,67
	Total	722	4,1270	1,33597	,04972	4,0293	4,2246	1,00	6,00
BAPS - Tolerância ao Estigma	Alentejo e Algarve	49	5,2959	,82115	,11731	5,0601	5,5318	1,63	6,00
	Lisboa e Centro	543	5,2714	,66758	,02865	5,2151	5,3277	2,63	6,00
	Norte	106	5,3703	,62439	,06065	5,2500	5,4905	2,13	6,00
	Regiões autónomas	16	5,2188	,64791	,16198	4,8735	5,5640	3,38	6,00
	Total	714	5,2866	,67212	,02515	5,2372	5,3360	1,63	6,00
BAPS - Competência do Psicólogo	Alentejo e Algarve	49	4,3673	1,26048	,18007	4,0053	4,7294	1,75	6,00
	Lisboa e Centro	544	4,2155	1,18037	,05061	4,1161	4,3149	1,00	6,00
	Norte	108	4,4074	1,28325	,12348	4,1626	4,6522	1,00	6,00
	Regiões autónomas	16	4,3438	1,38406	,34602	3,6062	5,0813	1,00	6,00
	Total	717	4,2577	1,20626	,04505	4,1692	4,3461	1,00	6,00

### Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	2,479	2	719	,085
BAPS - Tolerância ao Estigma	,229	2	711	,796
BAPS - Competência do Psicólogo	3,921	2	714	,020

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Between Groups	4,590	3	1,530	,857	,463
	Within Groups	1282,272	718	1,786		
	Total	1286,862	721			
BAPS - Tolerância ao Estigma	Between Groups	,946	3	,315	,697	,554
	Within Groups	321,145	710	,452		
	Total	322,091	713			
BAPS - Competência do Psicólogo	Between Groups	4,095	3	1,365	,938	,422
	Within Groups	1037,737	713	1,455		
	Total	1041,833	716			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Welch	,801	3	58,597	,498
	Brown-Forsythe	,771	3	96,065	,513
BAPS - Tolerância ao Estigma	Welch	,770	3	56,063	,516
	Brown-Forsythe	,640	3	106,354	,591
BAPS - Competência do Psicólogo	Welch	,841	3	55,634	,477
	Brown-Forsythe	,805	3	86,875	,494

a. Asymptotically F distributed.

## 10.86 Anexo N9 – BAPS-Classe Social: Testes *One-Way ANOVA* e *Welsh*

### Tests of Normality

Classe Social (agrup.)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
BAPS - Intenção de Adesão	Baixa e Média-Baixa	,109	203	,000	,946	203	,000
	Média	,100	416	,000	,941	416	,000
	Média-Alta e Alta	,100	95	,021	,945	95	,001
BAPS - Tolerância ao Estigma	Baixa e Média-Baixa	,152	203	,000	,846	203	,000
	Média	,145	416	,000	,892	416	,000
	Média-Alta e Alta	,152	95	,000	,875	95	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	Baixa e Média-Baixa	,096	203	,000	,955	203	,000
	Média	,100	416	,000	,962	416	,000
	Média-Alta e Alta	,115	95	,003	,941	95	,000

a. Lilliefors Significance Correction

### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
BAPS - Intenção de Adesão	Baixa e Média-Baixa	208	4,0769	1,37123	,09508	3,8895	4,2644	1,00	6,00
	Média	418	4,1866	1,29079	,06313	4,0625	4,3107	1,00	6,00
	Média-Alta e Alta	96	3,9757	1,44610	,14759	3,6827	4,2687	1,00	6,00
	Total	722	4,1270	1,33597	,04972	4,0293	4,2246	1,00	6,00
BAPS - Tolerância ao Estigma	Baixa e Média-Baixa	203	5,2475	,72578	,05094	5,1471	5,3480	1,63	6,00
	Média	416	5,2987	,64719	,03173	5,2363	5,3611	2,75	6,00
	Média-Alta e Alta	95	5,3171	,66365	,06809	5,1819	5,4523	2,88	6,00
	Total	714	5,2866	,67212	,02515	5,2372	5,3360	1,63	6,00
BAPS - Competência do Psicólogo	Baixa e Média-Baixa	205	4,2963	1,21204	,08465	4,1294	4,4632	1,00	6,00
	Média	417	4,2668	1,16348	,05698	4,1548	4,3788	1,00	6,00
	Média-Alta e Alta	95	4,1342	1,37309	,14088	3,8545	4,4139	1,00	6,00
	Total	717	4,2577	1,20626	,04505	4,1692	4,3461	1,00	6,00

### Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	2,479	2	719	,085
BAPS - Tolerância ao Estigma	,229	2	711	,796
BAPS - Competência do Psicólogo	3,921	2	714	,020

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Between Groups	4,204	2	2,102	1,178	,308
	Within Groups	1282,657	719	1,784		
	Total	1286,862	721			
BAPS - Tolerância ao Estigma	Between Groups	,459	2	,229	,507	,602
	Within Groups	321,632	711	,452		
	Total	322,091	713			
BAPS - Competência do Psicólogo	Between Groups	1,789	2	,895	,614	,541
	Within Groups	1040,044	714	1,457		
	Total	1041,833	716			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Welch	1,099	2	237,980	,335
	Brown-Forsythe	1,091	2	334,091	,337
BAPS - Tolerância ao Estigma	Welch	,462	2	239,307	,631
	Brown-Forsythe	,491	2	374,400	,612
BAPS - Competência do Psicólogo	Welch	,496	2	232,214	,610
	Brown-Forsythe	,550	2	305,248	,577

a. Asymptotically F distributed.

## 10.87 Anexo N10 – BAPS-Idade: Testes *One-Way ANOVA* e *Welsh*

### Tests of Normality

	Idade (escalões)	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	18 (mín.) a 29 anos	,119	96	,002	,944	96	,000
	30 a 49 anos	,094	397	,000	,950	397	,000
	50 a 64 anos	,104	187	,000	,939	187	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,134	34	,124	,917	34	,013
BAPS - Tolerância ao Estigma	18 (mín.) a 29 anos	,114	96	,003	,936	96	,000
	30 a 49 anos	,144	397	,000	,884	397	,000
	50 a 64 anos	,167	187	,000	,845	187	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,203	34	,001	,791	34	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	18 (mín.) a 29 anos	,102	96	,016	,957	96	,003
	30 a 49 anos	,087	397	,000	,966	397	,000
	50 a 64 anos	,107	187	,000	,944	187	,000
	65 a 83 (máx.) anos	,164	34	,021	,896	34	,004

a. Lilliefors Significance Correction

### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum	
					Lower Bound	Upper Bound			
BAPS - Intenção de Adesão	18 (mín.) a 29 anos	97	4,5430	,97518	,09901	4,3464	4,7395	1,33	6,00
	30 a 49 anos	401	4,0677	1,34497	,06716	3,9357	4,1998	1,00	6,00
	50 a 64 anos	190	4,0395	1,40955	,10226	3,8378	4,2412	1,00	6,00
	65 a 83 (máx.) anos	34	4,1275	1,52590	,26169	3,5950	4,6599	1,17	6,00
	Total	722	4,1270	1,33597	,04972	4,0293	4,2246	1,00	6,00
BAPS - Tolerância ao Estigma	18 (mín.) a 29 anos	96	5,2943	,55041	,05618	5,1827	5,4058	3,50	6,00
	30 a 49 anos	397	5,2576	,69977	,03512	5,1885	5,3266	2,63	6,00
	50 a 64 anos	187	5,3436	,63269	,04627	5,2523	5,4349	1,63	6,00
	65 a 83 (máx.) anos	34	5,2904	,85265	,14623	4,9929	5,5879	2,13	6,00
	Total	714	5,2866	,67212	,02515	5,2372	5,3360	1,63	6,00
BAPS - Competência do Psicólogo	18 (mín.) a 29 anos	96	4,6146	,97462	,09947	4,4171	4,8121	1,75	6,00
	30 a 49 anos	399	4,1234	1,20807	,06048	4,0045	4,2423	1,00	6,00
	50 a 64 anos	188	4,3045	1,25681	,09166	4,1237	4,4853	1,00	6,00
	65 a 83 (máx.) anos	34	4,5662	1,25877	,21588	4,1270	5,0054	2,00	6,00
	Total	717	4,2577	1,20626	,04505	4,1692	4,3461	1,00	6,00

### Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	8,221	3	718	,000
BAPS - Tolerância ao Estigma	3,564	3	710	,014
BAPS - Competência do Psicólogo	3,640	3	713	,013

**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Between Groups	19,646	3	6,549	3,711	,011
	Within Groups	1267,216	718	1,765		
	Total	1286,862	721			
BAPS - Tolerância ao Estigma	Between Groups	,948	3	,316	,699	,553
	Within Groups	321,143	710	,452		
	Total	322,091	713			
BAPS - Competência do Psicólogo	Between Groups	23,068	3	7,689	5,381	,001
	Within Groups	1018,765	713	1,429		
	Total	1041,833	716			

**Robust Tests of Equality of Means**

		Statistic <sup>a</sup>	df1	df2	Sig.
BAPS - Intenção de Adesão	Welch	5,989	3	130,867	,001
	Brown-Forsythe	3,700	3	166,663	,013
BAPS - Tolerância ao Estigma	Welch	,726	3	128,687	,538
	Brown-Forsythe	,646	3	135,954	,587
BAPS - Competência do Psicólogo	Welch	6,548	3	130,398	,000
	Brown-Forsythe	5,565	3	203,359	,001

a. Asymptotically F distributed.

**Multiple Comparisons**

Games-Howell

Dependent Variable	(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
BAPS - Intenção de Adesão	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,47521*	,11964	,001	,1652	,7852
		50 a 64 anos	,50348*	,14234	,003	,1354	,8715
		65 a 83 (máx.) anos	,41550	,27980	,455	-,3324	1,1634
	30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,47521*	,11964	,001	-,7852	-,1652
		50 a 64 anos	,02827	,12234	,996	-,2875	,3441
		65 a 83 (máx.) anos	-,05970	,27017	,996	-,7860	,6666
	50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,50348*	,14234	,003	-,8715	-,1354
		30 a 49 anos	-,02827	,12234	,996	-,3441	,2875
		65 a 83 (máx.) anos	-,08798	,28096	,989	-,8384	,6624
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,41550	,27980	,455	-1,1634	,3324
		30 a 49 anos	,05970	,27017	,996	-,6666	,7860
		50 a 64 anos	,08798	,28096	,989	-,6624	,8384

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Multiple Comparisons**

Games-Howell

Dependent Variable	(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
BAPS - Tolerância ao Estigma	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,03671	,06625	,945	-,1351	,2085
		50 a 64 anos	-,04931	,07278	,906	-,2377	,1391
		65 a 83 (máx.) anos	,00383	,15665	1,000	-,4147	,4224
	30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,03671	,06625	,945	-,2085	,1351
		50 a 64 anos	-,08603	,05809	,450	-,2359	,0638
		65 a 83 (máx.) anos	-,03288	,15039	,996	-,4374	,3717
	50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	,04931	,07278	,906	-,1391	,2377
		30 a 49 anos	,08603	,05809	,450	-,0638	,2359
		65 a 83 (máx.) anos	,05314	,15337	,985	-,3580	,4643
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,00383	,15665	1,000	-,4224	,4147
		30 a 49 anos	,03288	,15039	,996	-,3717	,4374
		50 a 64 anos	-,05314	,15337	,985	-,4643	,3580

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

**Multiple Comparisons**

Games-Howell

Dependent Variable	(I) Idade (escalões)	(J) Idade (escalões)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
BAPS - Competência do Psicólogo	18 (mín.) a 29 anos	30 a 49 anos	,49115*	,11641	,000	,1891	,7932
		50 a 64 anos	,31006	,13527	,103	-,0399	,6600
		65 a 83 (máx.) anos	,04841	,23769	,997	-,5843	,6811
	30 a 49 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,49115*	,11641	,000	-,7932	-,1891
		50 a 64 anos	-,18109	,10982	,353	-,4646	,1024
		65 a 83 (máx.) anos	-,44274	,22419	,215	-1,0448	,1593
	50 a 64 anos	18 (mín.) a 29 anos	-,31006	,13527	,103	-,6600	,0399
		30 a 49 anos	,18109	,10982	,353	-,1024	,4646
		65 a 83 (máx.) anos	-,26166	,23453	,682	-,8869	,3636
	65 a 83 (máx.) anos	18 (mín.) a 29 anos	-,04841	,23769	,997	-,6811	,5843
		30 a 49 anos	,44274	,22419	,215	-,1593	1,0448
		50 a 64 anos	,26166	,23453	,682	-,3636	,8869

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### 10.88 Anexo O1 – Correlações: Fatores Gerais da EDS e BAPS-PT-18

	<i>Eficácia</i>	<i>Humanidade</i>	<i>Processo</i>	<i>Global</i>
Intenção de adesão	.498** [.431,.561]	.534** [.467,.596]	.522** [.459,.584]	.561** [.498,.621]
Tolerância ao estigma	.176** [.098,.262]	.149* [.074,.230]	.194** [.116,.278]	.184** [.109,.272]
Competência dos psicólogos	.476** [.406,.544]	.494* [.430,.562]	.481** [.412,.550]	.522** [.456,.589]

*Notas:* Eficácia, Humanidade, Processo e Global são fatores da EDS. Intenção, Tolerância e Competência são fatores da BAPS-18. \*\* = correlações significativas num nível de .01 (bicaudal). Entre parêntesis retos: intervalos de confiança (95%) obtidos através do método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos.  $N = 699$  em todas as correlações, cujos limiares empíricos são:  $\pm 1$  representam um efeito pequeno,  $\pm 3$  um efeito médio e  $\pm 5$  um efeito grande (Field, 2013).

## 10.89 Anexo O2 – Correlações: Fatores Gerais da EDS e os da BAPS-PT-18

### Descriptive Statistics

		Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
			Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Eficácia - Psicólogos	Mean	4,86	,00	,06	4,74	4,96
	Std. Deviation	1,446	-,003	,037	1,372	1,514
	N	669	0	10	648	688
EDS - Humanidade - Psicólogos	Mean	4,95	,00	,05	4,86	5,04
	Std. Deviation	1,306	-,002	,036	1,231	1,373
	N	669	0	10	648	688
EDS - Processo - Psicólogos	Mean	4,89	,00	,05	4,80	4,97
	Std. Deviation	1,196	-,004	,035	1,126	1,259
	N	669	0	10	648	688
EDS - Global - Psicólogos	Mean	4,91	,00	,04	4,83	5,00
	Std. Deviation	1,192	-,003	,035	1,121	1,254
	N	669	0	10	648	688
BAPS - Intenção de Adesão	Mean	4,1677	-,0004	,0530	4,0668	4,2771
	Std. Deviation	1,31278	-,00142	,03020	1,25190	1,36889
	N	669	0	10	648	688
BAPS - Tolerância ao Estigma	Mean	5,2991	-,0004	,0258	5,2474	5,3496
	Std. Deviation	,66471	-,00104	,02693	,61307	,72247
	N	669	0	10	648	688
BAPS - Competência do Psicólogo	Mean	4,2930	-,0008	,0468	4,1991	4,3827
	Std. Deviation	1,17640	-,00178	,02690	1,12110	1,22358
	N	669	0	10	648	688

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Correlations

		Eficácia - Psicólogos	EDS - Humanidade - Psicólogos	EDS - Processo - Psicólogos	EDS - Global - Psicólogos	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	
Eficácia - Psicólogos	Pearson Correlation	1	,753**	,763**	,855**	,498**	,176**	,476**	
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		0	-,002	-,001	-,001	-,001	,000	-,001
		Std. Error	0	,021	,019	,012	,034	,043	,035
	95% Confidence Interval	Lower	1	,707	,723	,830	,431	,098	,406
		Upper	1	,791	,797	,877	,561	,262	,544
EDS - Humanidade - Psicólogos	Pearson Correlation	,753**	1	,812**	,949**	,534**	,149**	,494**	
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-,002	0	-,001	,000	-,001	,000	,001
		Std. Error	,021	0	,017	,005	,033	,040	,033
	95% Confidence Interval	Lower	,707	1	,778	,939	,467	,074	,430
		Upper	,791	1	,841	,959	,596	,230	,562
EDS - Processo - Psicólogos	Pearson Correlation	,763**	,812**	1	,944**	,522**	,194**	,481**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-,001	-,001	0	,000	-,001	,001	-,001
		Std. Error	,019	,017	0	,005	,032	,041	,036
	95% Confidence Interval	Lower	,723	,778	1	,933	,459	,116	,412
		Upper	,797	,841	1	,952	,584	,278	,550
EDS - Global - Psicólogos	Pearson Correlation	,855**	,949**	,944**	1	,561**	,184**	,522**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-,001	,000	,000	0	-,001	,001	,000
		Std. Error	,012	,005	,005	0	,031	,041	,033
	95% Confidence Interval	Lower	,830	,939	,933	1	,498	,109	,456
		Upper	,877	,959	,952	1	,621	,272	,589

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Correlations

		Eficácia - Psicólogos	EDS - Humanidade - Psicólogos	EDS - Processo - Psicólogos	EDS - Global - Psicólogos	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	
BAPS - Intenção de Adesão	Pearson Correlation	,498**	,534**	,522**	,561**	1	,306**	,750**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	-.001	-.001	-.001	-.001	0	-.001	,000
		Std. Error	,034	,033	,032	,031	0	,038	,020
	95% Confidence Interval	Lower	,431	,467	,459	,498	1	,231	,711
		Upper	,561	,596	,584	,621	1	,379	,788
BAPS - Tolerância ao Estigma	Pearson Correlation	,176**	,149**	,194**	,184**	,306**	1	,282**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	,000	,000	,001	,001	-.001	0	-.002
		Std. Error	,043	,040	,041	,041	,038	0	,039
	95% Confidence Interval	Lower	,098	,074	,116	,109	,231	1	,204
		Upper	,262	,230	,278	,272	,379	1	,355
BAPS - Competência do Psicólogo	Pearson Correlation	,476**	,494**	,481**	,522**	,750**	,282**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	669	669	669	669	669	669	669	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	-.001	,001	-.001	,000	,000	-.002	0
		Std. Error	,035	,033	,036	,033	,020	,039	0
	95% Confidence Interval	Lower	,406	,430	,412	,456	,711	,204	1
		Upper	,544	,562	,550	,589	,788	,355	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

### 10.90 Anexo O3 – Correlações: Fatores Específicos da EDS e BAPS-PT-18

		<i>Intenção</i>	<i>Tolerância</i>	<i>Competência</i>
<b>Processo</b>	Velocidade	.308** [.231,.381]	.122** [.043,.203]	.288** [.209,.359]
	Segurança	.445** [.372,.510]	.150** [.072,.228]	.418** [.344,.482]
	Utilidade	.543** [.480,.599]	.205** [.125,.279]	.489** [.416,.554]
<b>Humanidade</b>	Sinceridade	.439** [.371,.507]	.155** [.079,.236]	.410** [.332,.480]
	Confiabilidade	.491** [.424,.550]	.140** [.064,.213]	.441** [.369,.509]
	Emocionalidade	.469** [.392,.531]	.093* [.019,.164]	.440** [.368,.503]

*Notas:* Intenção (de adesão às consultas de psicologia), Tolerância (ao estigma) e Competência (dos psicólogos) são fatores compostos da BAPS-18. Velocidade, Segurança, Utilidade, Sinceridade, Confiabilidade e Emocionalidade são fatores específicos da EDS. \* = correlação significativa num nível de .05 (bicaudal). \*\* = correlações significativas num nível de .01 (bicaudal). Entre parêntesis retos: intervalos de confiança (95%) obtidos através do método *bootstrap* com 1000 amostras e com correção de enviesamentos.  $N = 671$  em todas as correlações, cujos limiares empíricos são:  $\pm 1$  representam um efeito pequeno,  $\pm 3$  um efeito médio e  $\pm 5$  um efeito grande (Field, 2013).

## 10.91 Anexo O4 – Correlações: Fatores Específicos da EDS e Gerais da BAPS-18

### Descriptive Statistics

		Statistic	Bootstrap <sup>a</sup>			
			Bias	Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Velocidade - Psicólogos	Mean	3,92	,00	,06	3,80	4,03
	Std. Deviation	1,446	-,002	,034	1,377	1,511
	N	671	0	11	650	693
Segurança - Psicólogos	Mean	5,07	,00	,05	4,96	5,17
	Std. Deviation	1,425	-,003	,039	1,348	1,501
	N	671	0	11	650	693
Utilidade - Psicólogos	Mean	5,66	,00	,06	5,55	5,78
	Std. Deviation	1,490	-,002	,047	1,395	1,575
	N	671	0	11	650	693
Sinceridade - Psicólogos	Mean	4,88	,00	,06	4,76	4,99
	Std. Deviation	1,514	-,002	,038	1,440	1,580
	N	671	0	11	650	693
Confiabilidade - Psicólogos	Mean	5,11	,00	,06	5,00	5,22
	Std. Deviation	1,444	-,003	,040	1,362	1,525
	N	671	0	11	650	693
Emocionalidade - Psicólogos	Mean	4,86	,00	,06	4,73	4,97
	Std. Deviation	1,547	-,002	,037	1,473	1,615
	N	671	0	11	650	693
BAPS - Intenção de Adesão	Mean	4,1632	,0012	,0520	4,0625	4,2624
	Std. Deviation	1,31451	-,00191	,03129	1,25412	1,37525
	N	671	0	11	650	693
BAPS - Tolerância ao Estigma	Mean	5,2986	,0017	,0264	5,2513	5,3547
	Std. Deviation	,66382	-,00241	,02730	,60893	,71720
	N	671	0	11	650	693
BAPS - Competência do Psicólogo	Mean	4,2850	,0015	,0459	4,1967	4,3756
	Std. Deviation	1,18412	-,00199	,02791	1,12893	1,23755
	N	671	0	11	650	693

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

Correlations

		Velocidade - Psicólogos	Segurança - Psicólogos	Utilidade - Psicólogos	Sinceridade - Psicólogos	Confiabilidade - Psicólogos	Emocionalidade - Psicólogos	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	
Velocidade - Psicólogos	Pearson Correlation	1	,469**	,447**	,523**	,491**	,452**	,308**	,122**	,288**	
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	0	-.001	-.001	-.001	-.001	-.001	-.001	,000	-.002
		Std. Error	0	,033	,032	,032	,032	,035	,038	,040	,039
	95% Confidence Interval	Lower	1	,402	,382	,456	,425	,380	,231	,043	,209
		Upper	1	,535	,506	,583	,551	,518	,381	,203	,359
Segurança - Psicólogos	Pearson Correlation	,469**	1	,649**	,663**	,742**	,565**	,445**	,150**	,418**	
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	-.001	0	-.001	-.002	-.002	-.001	-.001	-.001	-.002
		Std. Error	,033	0	,028	,029	,024	,032	,034	,040	,036
	95% Confidence Interval	Lower	,402	1	,590	,603	,689	,498	,372	,072	,344
		Upper	,535	1	,700	,718	,785	,624	,510	,228	,482
Utilidade - Psicólogos	Pearson Correlation	,447**	,649**	1	,589**	,669**	,578**	,543**	,205**	,489**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup>	Bias	-.001	-.001	0	-.001	-.002	-.001	-.001	-.001	-.002
		Std. Error	,032	,028	0	,032	,028	,034	,030	,039	,035
	95% Confidence Interval	Lower	,382	,590	1	,521	,607	,506	,480	,125	,416
		Upper	,506	,700	1	,647	,721	,638	,599	,279	,554

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).  
a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples  
\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

		Velocidade - Psicólogos	Segurança - Psicólogos	Utilidade - Psicólogos	Sinceridade - Psicólogos	Confiabilidade - Psicólogos	Emocionalidade - Psicólogos	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	
Sinceridade - Psicólogos	Pearson Correlation	,523**	,663**	,589**	1	,697**	,614**	,439**	,155**	,410**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-.001	-.002	-.001	0	-.002	-.001	-.001	,000	-.002
		Std. Error	,032	,029	,032	0	,027	,030	,035	,040	,038
	95% Confidence Interval	Lower	,456	,603	,521	1	,638	,547	,371	,079	,332
		Upper	,583	,718	,647	1	,743	,671	,507	,236	,480
Confiabilidade - Psicólogos	Pearson Correlation	,491**	,742**	,669**	,697**	1	,602**	,491**	,140**	,441**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-.001	-.002	-.002	-.002	0	-.002	-.002	-.001	-.002
		Std. Error	,032	,024	,028	,027	0	,030	,032	,038	,035
	95% Confidence Interval	Lower	,425	,689	,607	,638	1	,538	,424	,064	,369
		Upper	,551	,785	,721	,743	1	,656	,550	,213	,509
Emocionalidade - Psicólogos	Pearson Correlation	,452**	,565**	,578**	,614**	,602**	1	,469**	,093*	,440**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,016	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias		-.001	-.001	-.001	-.001	-.002	0	-.002	-.001	-.002
		Std. Error	,035	,032	,034	,030	,030	0	,034	,037	,034
	95% Confidence Interval	Lower	,380	,498	,506	,547	,538	1	,392	,019	,368
		Upper	,518	,624	,638	,671	,656	1	,531	,164	,503

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

		Velocidade - Psicólogos	Segurança - Psicólogos	Utilidade - Psicólogos	Sinceridade - Psicólogos	Confiabilidade - Psicólogos	Emocionalidade - Psicólogos	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	
BAPS - Intenção de Adesão	Pearson Correlation	,308**	,445**	,543**	,439**	,491**	,469**	1	,305**	,751**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias	-.001	-.001	-.001	-.001	-.002	-.002	0	,000	,000	
	Std. Error	,038	,034	,030	,035	,032	,034	0	,038	,019	
	95% Confidence Interval	Lower	,231	,372	,480	,371	,424	,392	1	,228	,712
		Upper	,381	,510	,599	,507	,550	,531	1	,375	,785
BAPS - Tolerância ao Estigma	Pearson Correlation	,122**	,150**	,205**	,155**	,140**	,093*	,305**	1	,281**	
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,000	,000	,000	,016	,000		,000	
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias	,000	-.001	-.001	,000	-.001	-.001	,000	0	,001	
	Std. Error	,040	,040	,039	,040	,038	,037	,038	0	,040	
	95% Confidence Interval	Lower	,043	,072	,125	,079	,064	,019	,228	1	,201
		Upper	,203	,228	,279	,236	,213	,164	,375	1	,361
BAPS - Competência do Psicólogo	Pearson Correlation	,288**	,418**	,489**	,410**	,441**	,440**	,751**	,281**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
	N	671	671	671	671	671	671	671	671	671	
	Bootstrap <sup>a</sup> Bias	-.002	-.002	-.002	-.002	-.002	-.002	,000	,001	0	
	Std. Error	,039	,036	,035	,038	,035	,034	,019	,040	0	
	95% Confidence Interval	Lower	,209	,344	,416	,332	,369	,368	,712	,201	1
		Upper	,359	,482	,554	,480	,509	,503	,785	,361	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 bootstrap samples

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

## 10.92 Anexo P1 – RLM: Estudo Preliminar

Para a RLM foi usado o método de entrada forçada (i.e., método *Enter* no SPSS) num único bloco, dado que é o único método considerado (por alguns investigadores, e.g., Studenmund & Cassidy, 1987), como adequado para testar teoria e porque já existe uma base teórica sobre a qual se pretendeu testar outros potenciais preditores (Field, 2013).

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS - Intenção de Adesão	4,1677	1,31278	669
BAPS - Competência do Psicólogo	4,2930	1,17640	669
BAPS - Tolerância ao Estigma	5,2991	,66471	669
Eficácia - Psicólogos	4,86	1,446	669
EDS - Humanidade - Psicólogos	4,95	1,306	669
EDS - Processo - Psicólogos	4,89	1,196	669

### Correlations

	BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Competência do Psicólogo	BAPS - Tolerância ao Estigma	Eficácia - Psicólogos	EDS - Humanidade - Psicólogos	EDS - Processo - Psicólogos
Pearson Correlation						
BAPS - Intenção de Adesão	1,000	,750	,306	,498	,534	,522
BAPS - Competência do Psicólogo	,750	1,000	,282	,476	,494	,481
BAPS - Tolerância ao Estigma	,306	,282	1,000	,176	,149	,194
Eficácia - Psicólogos	,498	,476	,176	1,000	,753	,763
EDS - Humanidade - Psicólogos	,534	,494	,149	,753	1,000	,812
EDS - Processo - Psicólogos	,522	,481	,194	,763	,812	1,000
Sig. (1-tailed)						
BAPS - Intenção de Adesão	.	,000	,000	,000	,000	,000
BAPS - Competência do Psicólogo	,000	.	,000	,000	,000	,000
BAPS - Tolerância ao Estigma	,000	,000	.	,000	,000	,000
Eficácia - Psicólogos	,000	,000	,000	.	,000	,000
EDS - Humanidade - Psicólogos	,000	,000	,000	,000	.	,000
EDS - Processo - Psicólogos	,000	,000	,000	,000	,000	.
N	669	669	669	669	669	669
BAPS - Intenção de Adesão	669	669	669	669	669	669
BAPS - Competência do Psicólogo	669	669	669	669	669	669
BAPS - Tolerância ao Estigma	669	669	669	669	669	669
Eficácia - Psicólogos	669	669	669	669	669	669
EDS - Humanidade - Psicólogos	669	669	669	669	669	669
EDS - Processo - Psicólogos	669	669	669	669	669	669

### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo	.	Enter
2	Eficácia - Psicólogos, EDS - Humanidade - Psicólogos, EDS - Processo - Psicólogos	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

ANOVA<sup>c</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	658,837	2	329,419	445,572	,000 <sup>a</sup>
	Residual	492,384	666	,739		
	Total	1151,222	668			
2	Regression	702,763	5	140,553	207,792	,000 <sup>b</sup>
	Residual	448,459	663	,676		
	Total	1151,222	668			

a. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo

b. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo, Eficácia - Psicólogos, EDS - Humanidade - Psicólogos, EDS - Processo - Psicólogos

c. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Model Summary<sup>c</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,757 <sup>a</sup>	,572	,571	,85983	,572	445,572	2	666	,000	
2	,781 <sup>b</sup>	,610	,608	,82244	,038	21,646	3	663	,000	2,023

a. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo

b. Predictors: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo, Eficácia - Psicólogos, EDS - Humanidade - Psicólogos, EDS - Processo - Psicólogos

c. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,357	,272		-1,315	,189	-,891	,176					
	BAPS - Competência do Psicólogo	,805	,029	,721	27,307	,000	,747	,863	,750	,727	,692	,920	1,086
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,202	,052	,102	3,868	,000	,099	,304	,306	,148	,098	,920	1,086
2	(Constant)	-,943	,270		-3,487	,001	-1,474	-,412					
	BAPS - Competência do Psicólogo	,674	,033	,604	20,684	,000	,610	,738	,750	,626	,501	,688	1,453
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,186	,050	,094	3,705	,000	,087	,284	,306	,142	,090	,912	1,097
	Eficácia - Psicólogos	,030	,037	,033	,822	,411	-,042	,102	,498	,032	,020	,359	2,784
	EDS - Humanidade - Psicólogos	,129	,045	,128	2,856	,004	,040	,218	,534	,110	,069	,290	3,446
	EDS - Processo - Psicólogos	,091	,050	,083	1,819	,069	-,007	,189	,522	,070	,044	,283	3,536

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model	Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics			
					Tolerance	VIF	Minimum Tolerance	
1	Eficácia - Psicólogos	,176 <sup>a</sup>	6,290	,000	,237	,771	1,296	,733
	EDS - Humanidade - Psicólogos	,214 <sup>a</sup>	7,659	,000	,285	,756	1,324	,711
	EDS - Processo - Psicólogos	,202 <sup>a</sup>	7,251	,000	,271	,765	1,308	,731

a. Predictors in the Model: (Constant), BAPS - Tolerância ao Estigma, BAPS - Competência do Psicólogo  
b. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>**

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions					
				(Constant)	BAPS - Competência do Psicólogo	BAPS - Tolerância ao Estigma	Eficácia - Psicólogos	EDS - Humanidade - Psicólogos	EDS - Processo - Psicólogos
1	1	2,949	1,000	,00	,01	,00			
	2	,044	8,229	,06	,99	,05			
	3	,008	19,526	,94	,00	,95			
2	1	5,852	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00
	2	,069	9,194	,05	,01	,06	,10	,04	,02
	3	,041	12,015	,03	,97	,01	,01	,01	,01
	4	,019	17,485	,00	,00	,01	,85	,30	,10
	5	,011	22,914	,02	,00	,00	,02	,62	,87
	6	,008	27,879	,91	,02	,91	,00	,03	,00

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Casewise Diagnostics<sup>a</sup>**

Case Number	Std. Residual	BAPS - Intenção de Adesão	Predicted Value	Residual
155	-3,225	2,00	4,6527	-2,65273
300	-2,032	2,00	3,6710	-1,67097
337	-2,399	3,00	4,9727	-1,97267
343	-3,678	1,83	4,8583	-3,02494
370	-2,333	3,17	5,0855	-1,91884
384	-2,137	1,33	3,0908	-1,75746
422	2,176	4,50	2,7104	1,78964
443	-2,647	1,00	3,1768	-2,17676
450	-2,228	3,00	4,8321	-1,83206
455	-2,860	2,83	5,1854	-2,35210
466	-2,802	1,00	3,3048	-2,30484
471	-2,131	1,67	3,4194	-1,75278
488	-3,007	1,33	3,8067	-2,47334
528	2,172	4,33	2,5470	1,78631
543	-2,369	2,83	4,7818	-1,94845
583	2,897	4,83	2,4509	2,38241
609	2,037	6,00	4,3244	1,67563
633	2,946	5,33	2,9103	2,42306
655	2,309	5,67	3,7678	1,89886
656	-2,380	1,83	3,7909	-1,95762
663	-2,766	1,33	3,6081	-2,27478
685	-2,033	3,83	5,5052	-1,67183
705	2,402	5,83	3,8576	1,97573
710	-2,026	1,00	2,6662	-1,66618
716	2,963	5,17	2,7299	2,43681
718	-2,384	1,83	3,7939	-1,96053
719	-2,194	1,67	3,4709	-1,80424
720	-2,065	2,83	4,5321	-1,69875
760	-2,218	1,17	2,9910	-1,82435
774	-2,500	2,83	4,8893	-2,05602
797	-2,758	2,33	4,6012	-2,26789
834	-3,613	1,00	3,9718	-2,97181

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

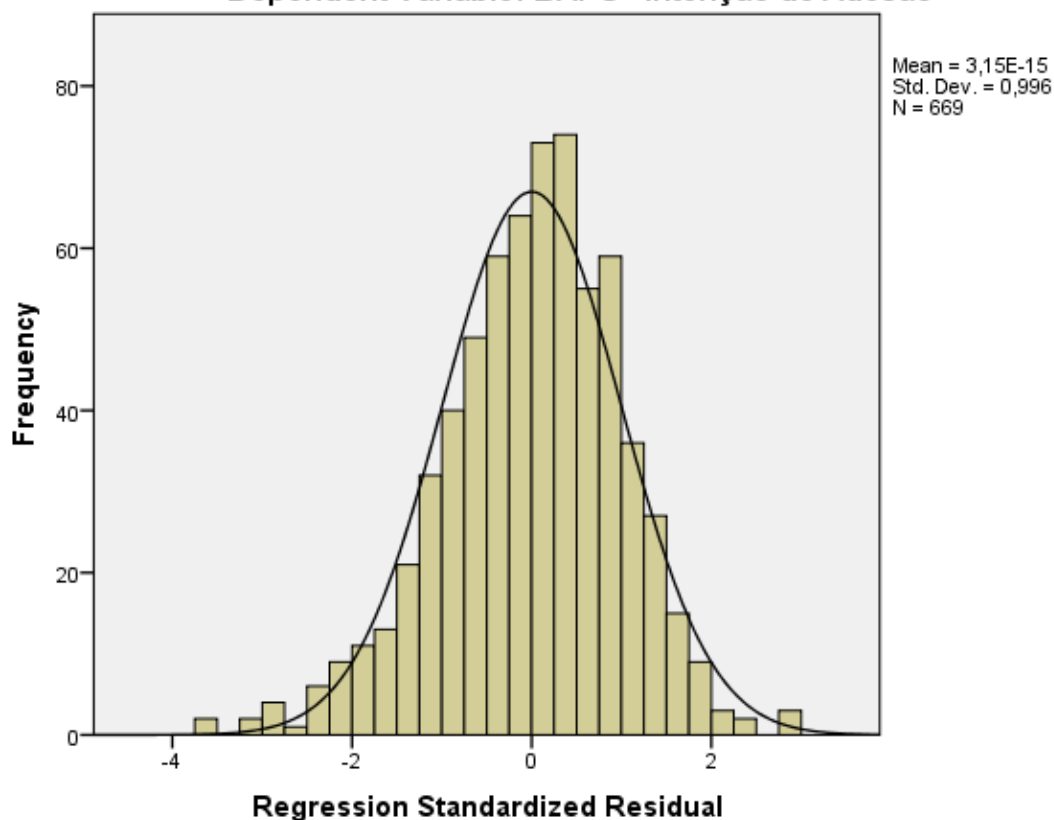
### Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,0320	5,9706	4,1677	1,02569	669
Std. Predicted Value	-3,057	1,758	,000	1,000	669
Standard Error of Predicted Value	,032	,222	,074	,023	669
Adjusted Predicted Value	1,0329	5,9716	4,1677	1,02585	669
Residual	-3,02494	2,43681	,00000	,81936	669
Std. Residual	-3,678	2,963	,000	,996	669
Stud. Residual	-3,689	2,980	,000	1,001	669
Deleted Residual	-3,04246	2,46471	-,00004	,82771	669
Stud. Deleted Residual	-3,724	2,998	,000	1,003	669
Mahal. Distance	,033	47,613	4,993	4,321	669
Cook's Distance	,000	,066	,002	,004	669
Centered Leverage Value	,000	,071	,007	,006	669

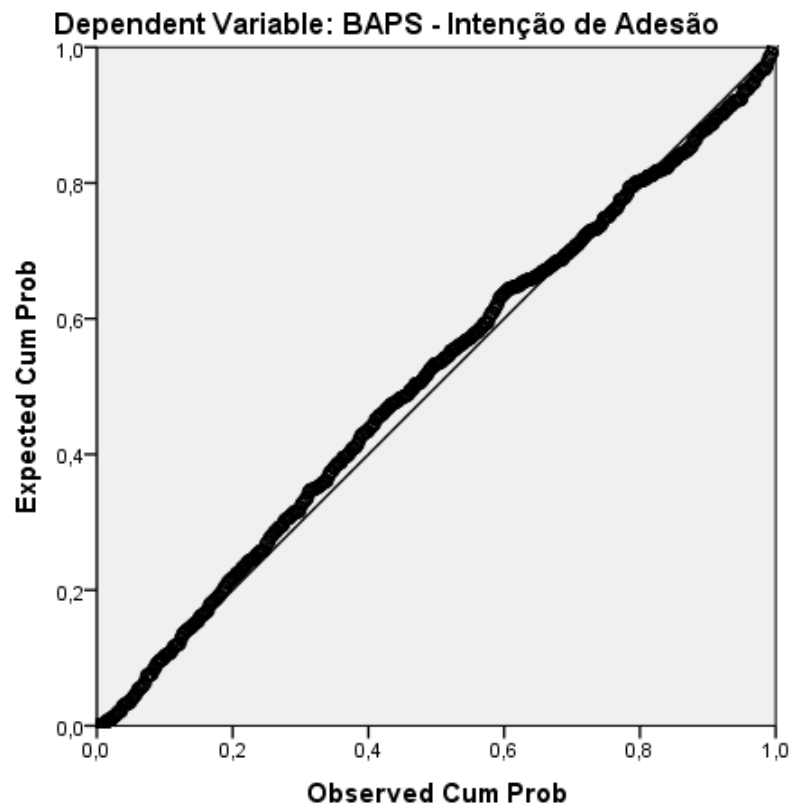
a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

### Histogram

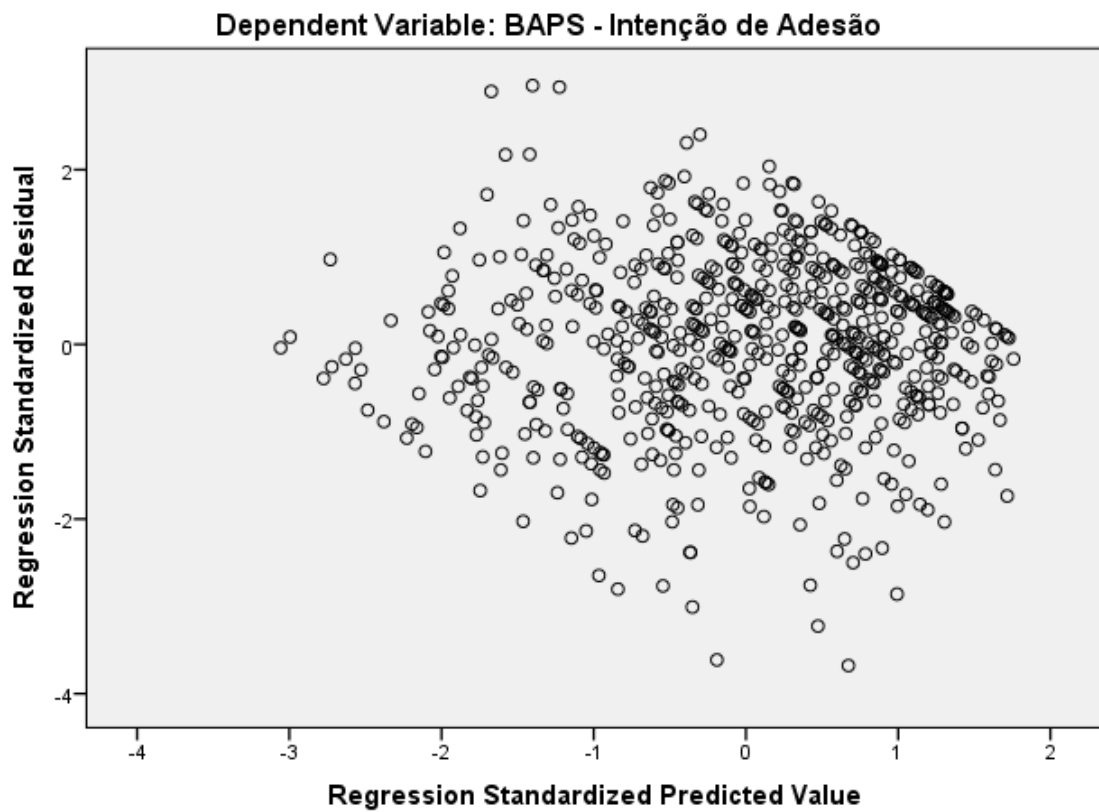
Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

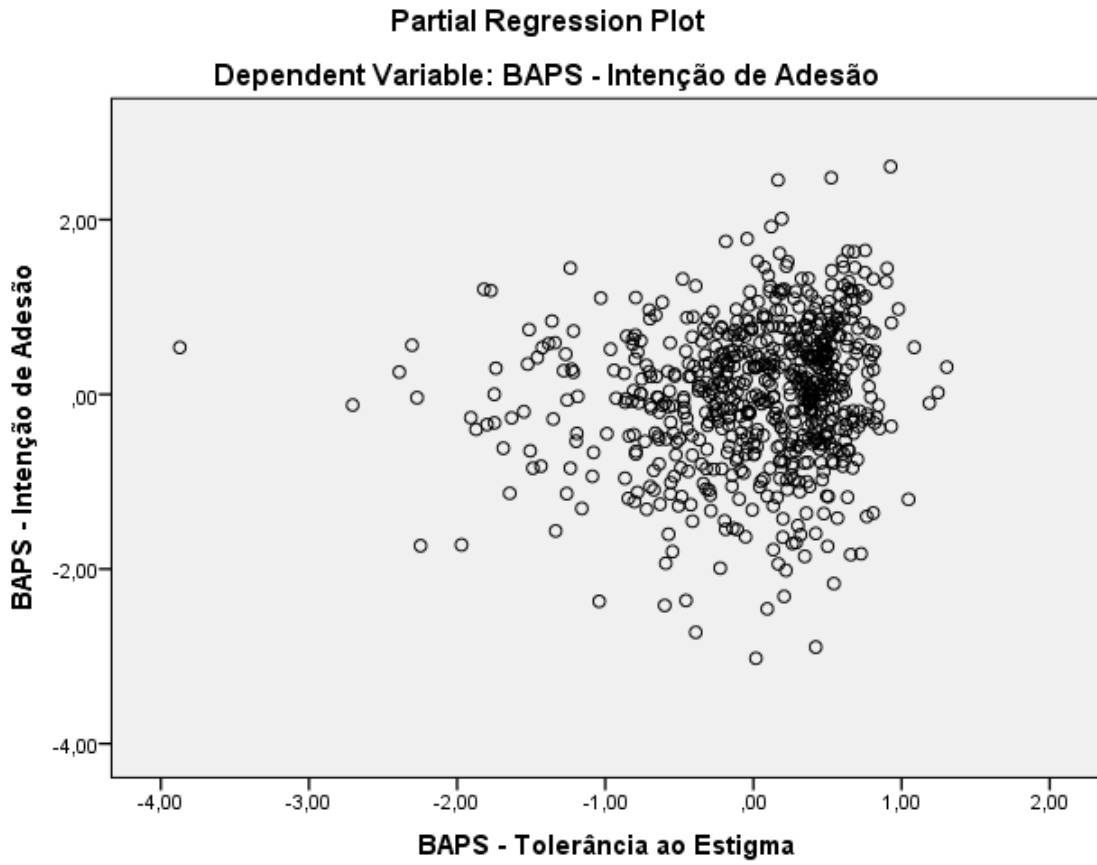
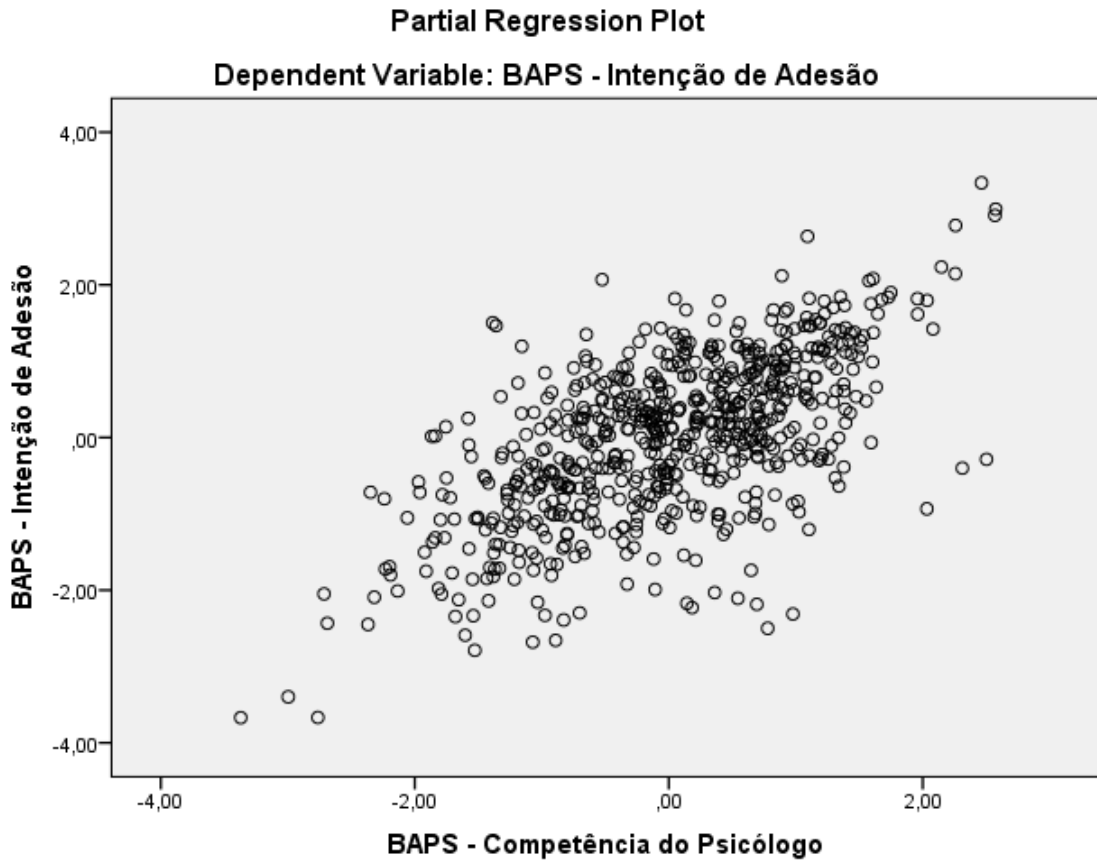


### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual



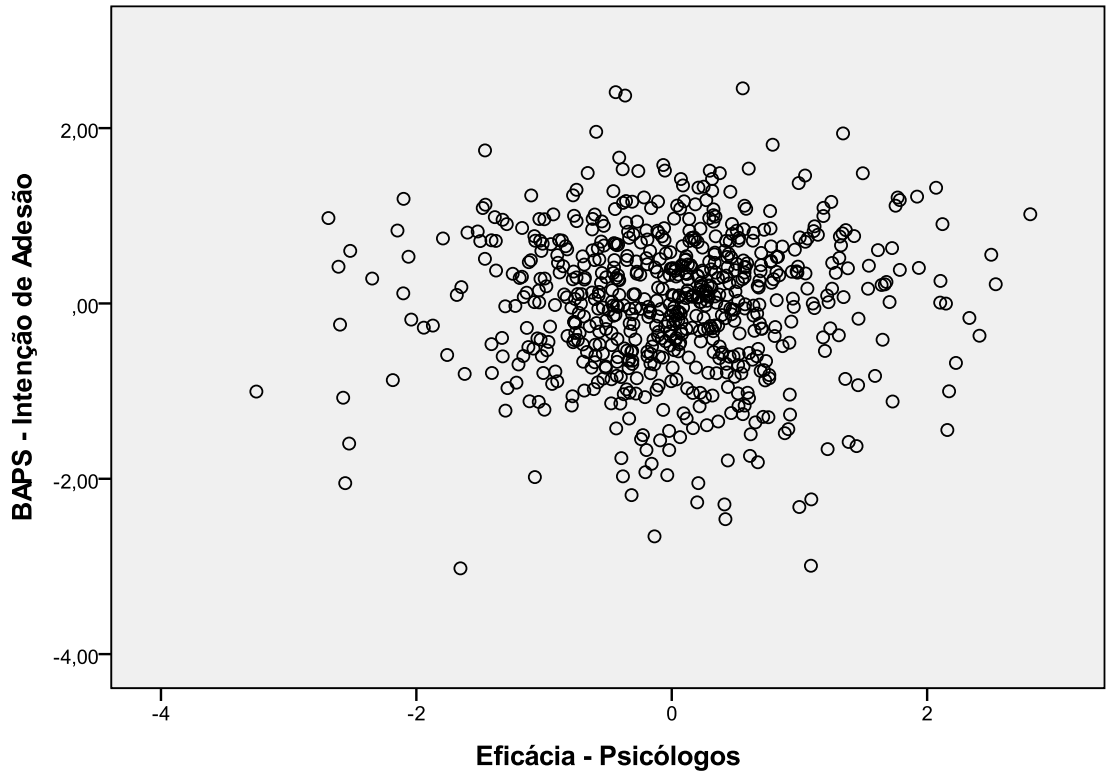
### Scatterplot





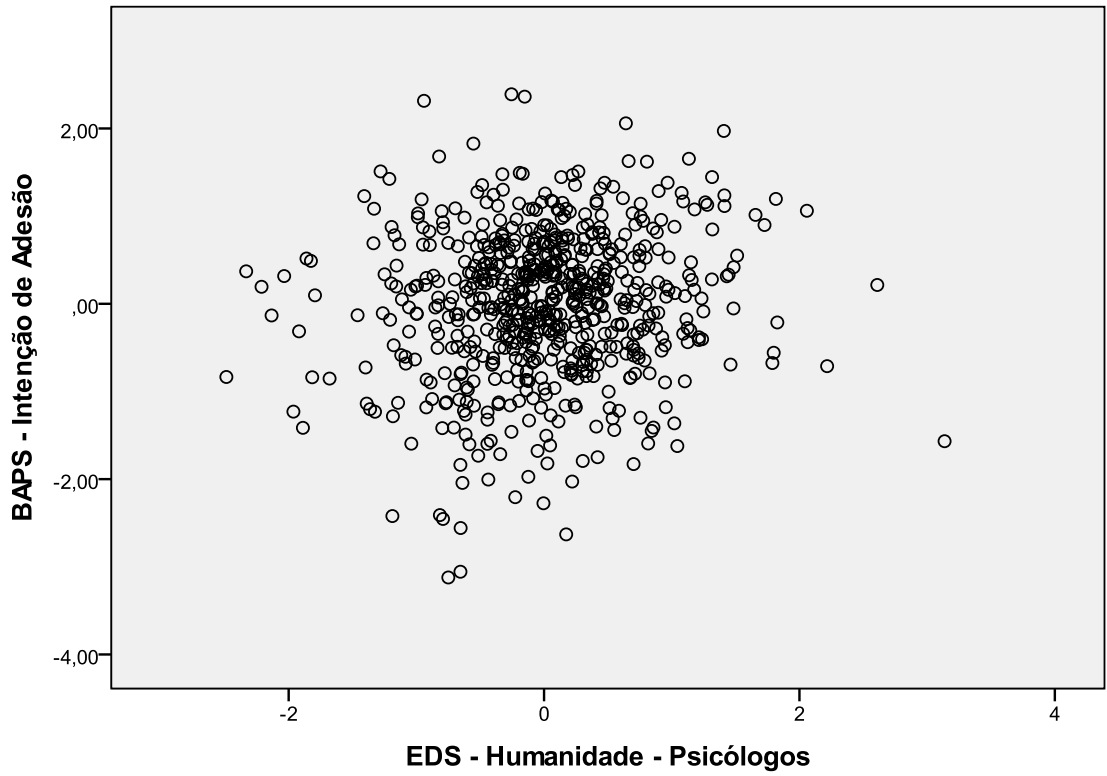
**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



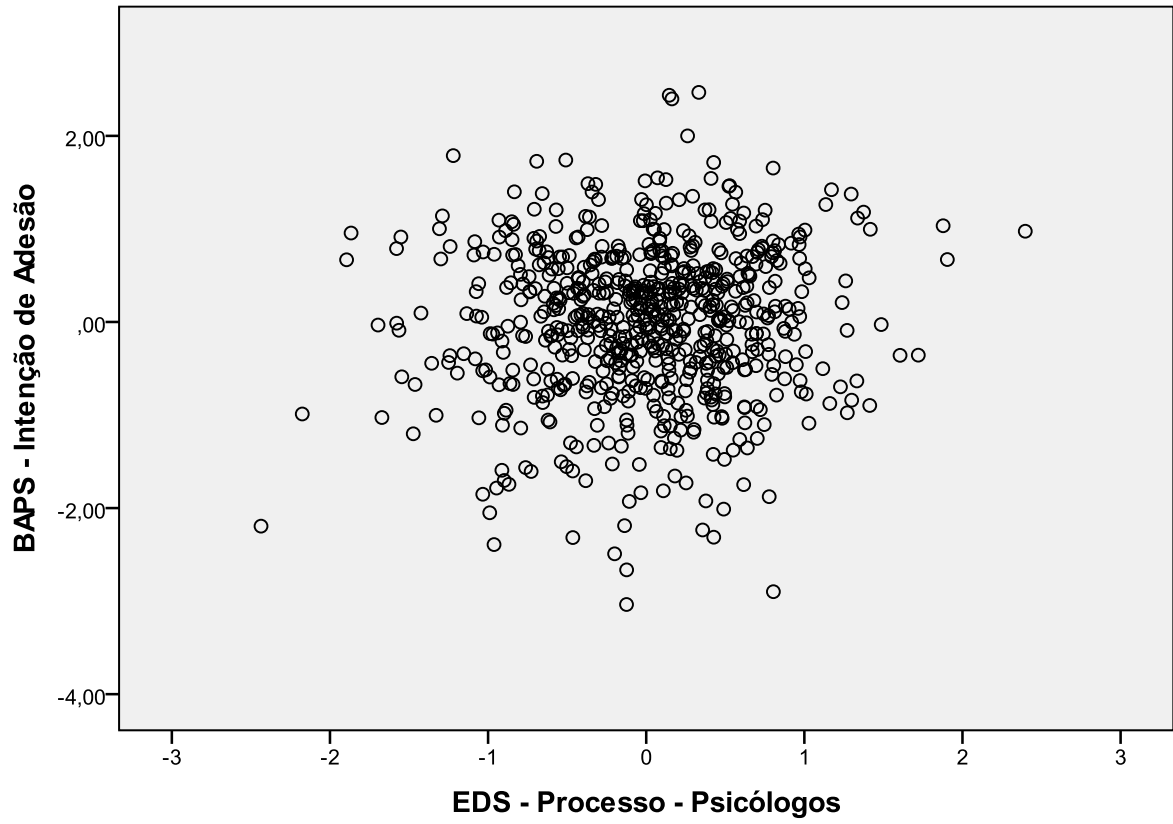
**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



### Partial Regression Plot

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



## 10.93 Anexo P2 – RLM: Preditores da Intenção de Adesão

### Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
BAPS - Intenção de Adesão	4,1630	1,31308	689
BAPS - Tolerância ao Estigma	5,2979	,66416	689
BAPS - Competência do Psicólogo	4,2874	1,17939	689
EDS - Humanidade - Psicólogos	4,94	1,312	689

### Correlations

		BAPS - Intenção de Adesão	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	EDS - Humanidade - Psicólogos
Pearson Correlation	BAPS - Intenção de Adesão	1,000	,302	,750	,532
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,302	1,000	,284	,155
	BAPS - Competência do Psicólogo	,750	,284	1,000	,501
	EDS - Humanidade - Psicólogos	,532	,155	,501	1,000
Sig. (1-tailed)	BAPS - Intenção de Adesão	.	,000	,000	,000
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,000	.	,000	,000
	BAPS - Competência do Psicólogo	,000	,000	.	,000
	EDS - Humanidade - Psicólogos	,000	,000	,000	.
N	BAPS - Intenção de Adesão	689	689	689	689
	BAPS - Tolerância ao Estigma	689	689	689	689
	BAPS - Competência do Psicólogo	689	689	689	689
	EDS - Humanidade - Psicólogos	689	689	689	689

### Variables Entered/Removed<sup>b</sup>

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma	.	Enter
2	EDS - Humanidade - Psicólogos <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Model Summary<sup>c</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,756 <sup>a</sup>	,571	,570	,86108	,571	456,939	2	686	,000	
2	,777 <sup>b</sup>	,603	,602	,82877	,032	55,523	1	685	,000	2,039

a. Predictors: (Constant), BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Predictors: (Constant), BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma, EDS - Humanidade - Psicólogos

c. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**ANOVA<sup>c</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	677,601	2	338,801	456,939	,000 <sup>a</sup>
	Residual	508,640	686	,741		
	Total	1186,241	688			
2	Regression	715,738	3	238,579	347,345	,000 <sup>b</sup>
	Residual	470,503	685	,687		
	Total	1186,241	688			

a. Predictors: (Constant), BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Predictors: (Constant), BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma, EDS - Humanidade - Psicólogos

c. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	-,302	,268		-1,127	,260	-,829	,224					
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,192	,052	,097	3,722	,000	,091	,293	,302	,141	,093	,919	1,088
	BAPS - Competência do Psicólogo	,804	,029	,722	27,710	,000	,747	,861	,750	,727	,693	,919	1,088
2	(Constant)	-,804	,267		-3,016	,003	-1,328	-,281					
	BAPS - Tolerância ao Estigma	,186	,050	,094	3,748	,000	,089	,283	,302	,142	,090	,919	1,088
	BAPS - Competência do Psicólogo	,690	,032	,620	21,629	,000	,627	,752	,750	,637	,520	,706	1,417
	EDS - Humanidade - Psicólogos	,207	,028	,207	7,451	,000	,153	,262	,532	,274	,179	,749	1,335

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Excluded Variables<sup>b</sup>**

Model		Beta In	t	Sig.	Partial Correlation	Collinearity Statistics		
						Tolerance	VIF	Minimum Tolerance
1	EDS - Humanidade - Psicólogos	,207 <sup>a</sup>	7,451	,000	,274	,749	1,335	,706

a. Predictors in the Model: (Constant), BAPS - Competência do Psicólogo, BAPS - Tolerância ao Estigma

b. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Collinearity Diagnostics<sup>a</sup>**

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	BAPS - Tolerância ao Estigma	BAPS - Competência do Psicólogo	EDS - Humanidade - Psicólogos
1	1	2,948	1,000	,00	,00	,01	
	2	,044	8,202	,06	,05	,99	
	3	,008	19,540	,94	,95	,01	
2	1	3,910	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,049	8,965	,07	,07	,26	,25
	3	,034	10,699	,00	,00	,72	,72
	4	,008	22,727	,93	,92	,02	,02

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

**Casewise Diagnostics<sup>a</sup>**

Case Number	Std. Residual	BAPS - Intenção de Adesão	Predicted Value	Residual
155	-3,234	2,00	4,6801	-2,68013
244	-2,007	2,17	3,8303	-1,66360
337	-2,944	3,00	5,4397	-2,43968
343	-3,589	1,83	4,8074	-2,97405
370	-2,328	3,17	5,0960	-1,92934
384	-2,222	1,33	3,1746	-1,84124
413	2,120	5,67	3,9096	1,75702
443	-2,703	1,00	3,2406	-2,24057
450	-2,141	3,00	4,7744	-1,77435
455	-2,688	2,83	5,0612	-2,22784
466	-2,940	1,00	3,4363	-2,43635
471	-2,124	1,67	3,4272	-1,76054
484	-2,805	2,00	4,3249	-2,32487
488	-2,998	1,33	3,8180	-2,48462
528	2,108	4,33	2,5863	1,74701
543	-2,326	2,83	4,7609	-1,92756
583	2,862	4,83	2,4616	2,37174
609	2,012	6,00	4,3328	1,66721
622	2,008	5,33	3,6688	1,66458
633	2,897	5,33	2,9325	2,40088
655	2,189	5,67	3,8522	1,81445
656	-2,299	1,83	3,7391	-1,90574
663	-2,816	1,33	3,6675	-2,33412
705	2,389	5,83	3,8534	1,97997
710	-2,192	1,00	2,8169	-1,81694
716	3,027	5,17	2,6579	2,50872
718	-2,576	1,83	3,9679	-2,13455
719	-2,028	1,67	3,3476	-1,68093
720	-2,090	2,83	4,5651	-1,73178
760	-2,212	1,17	3,0003	-1,83358
774	-2,369	2,83	4,7970	-1,96362
797	-2,598	2,33	4,4864	-2,15305
808	-2,584	2,00	4,1415	-2,14148
834	-3,609	1,00	3,9911	-2,99106

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

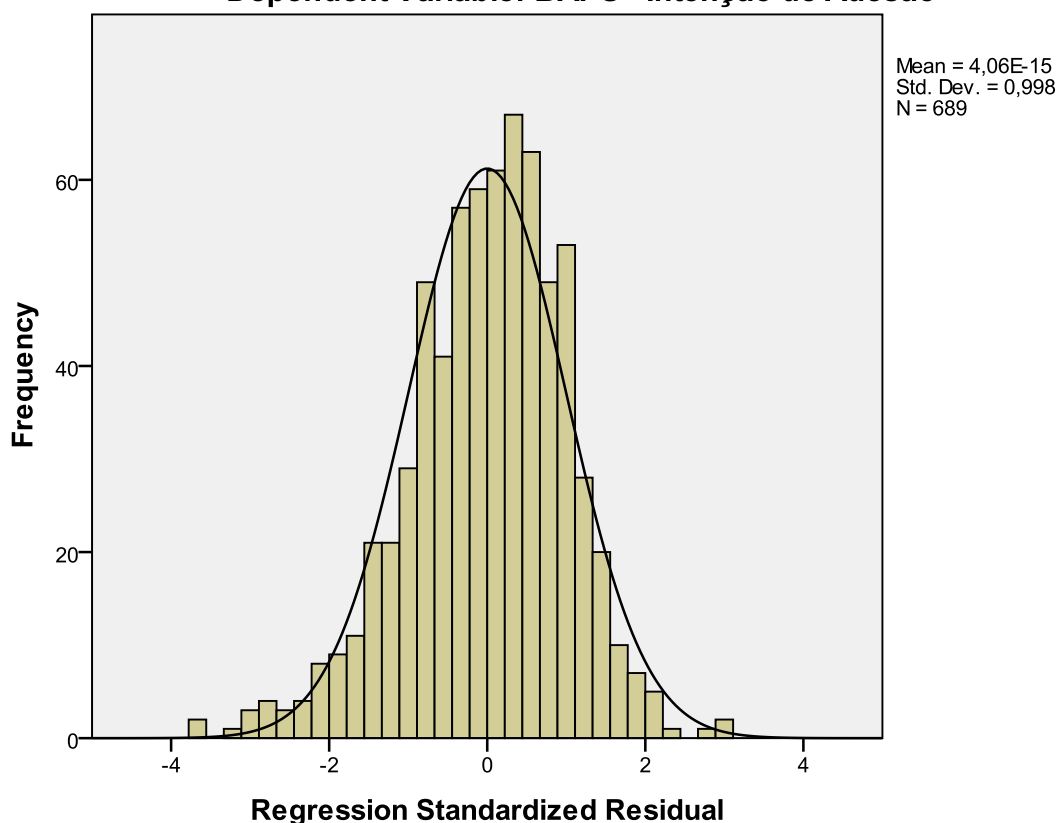
### Residuals Statistics<sup>a</sup>

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,2035	5,9014	4,1630	1,01996	689
Std. Predicted Value	-2,902	1,704	,000	1,000	689
Standard Error of Predicted Value	,032	,204	,060	,019	689
Adjusted Predicted Value	1,2078	5,9062	4,1630	1,01980	689
Residual	-2,99106	2,50872	,00000	,82696	689
Std. Residual	-3,609	3,027	,000	,998	689
Stud. Residual	-3,622	3,041	,000	1,001	689
Deleted Residual	-3,01204	2,53242	,00000	,83217	689
Stud. Deleted Residual	-3,654	3,060	,000	1,003	689
Mahal. Distance	,010	40,524	2,996	3,084	689
Cook's Distance	,000	,043	,002	,004	689
Centered Leverage Value	,000	,059	,004	,004	689

a. Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão

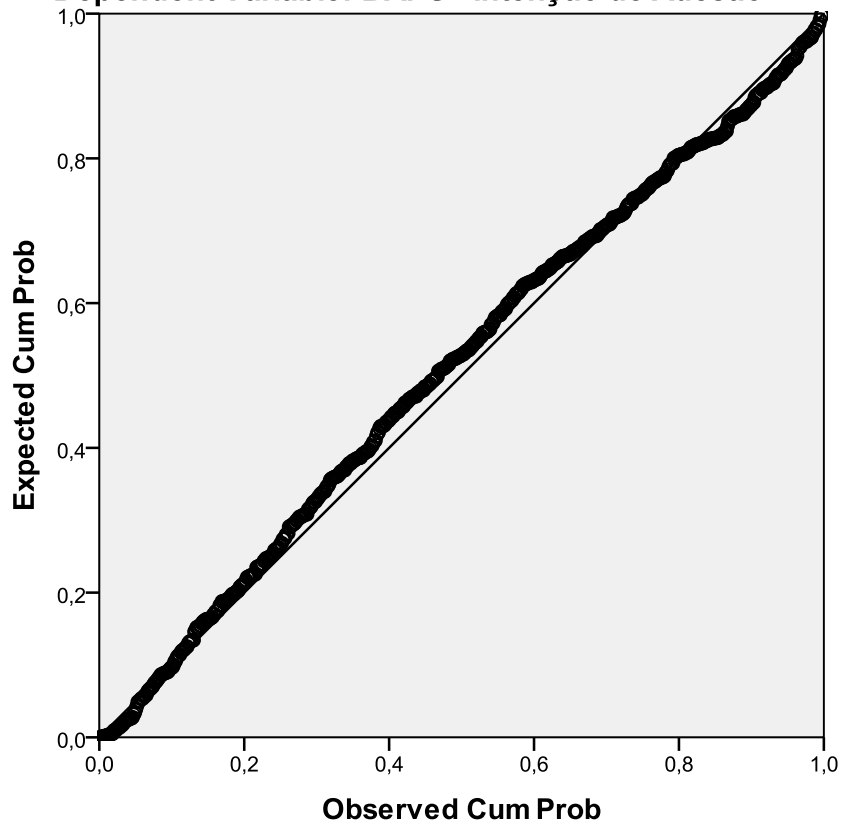
### Histogram

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



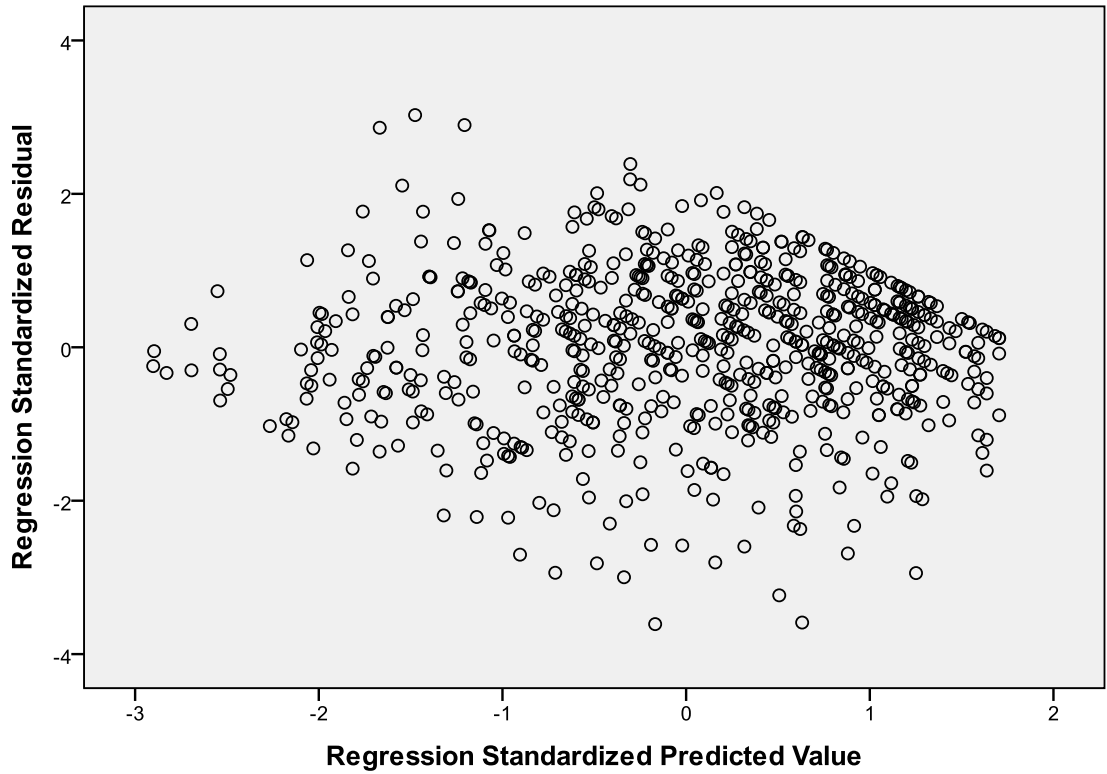
**Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



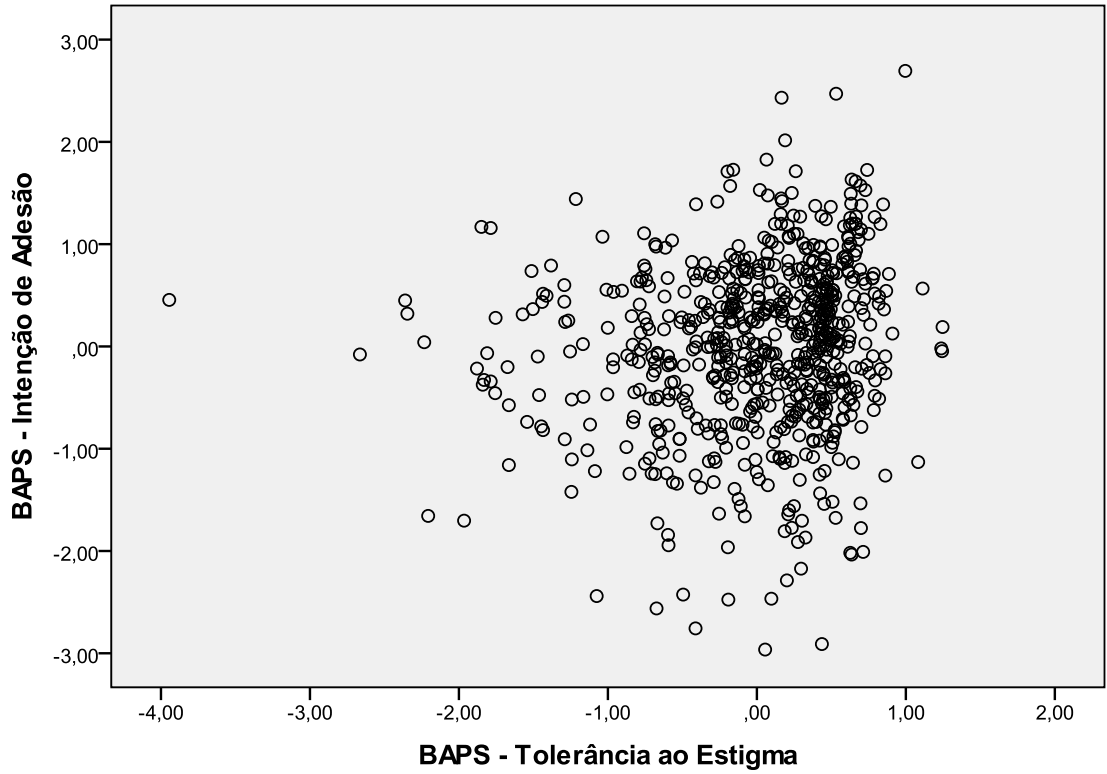
### Scatterplot

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



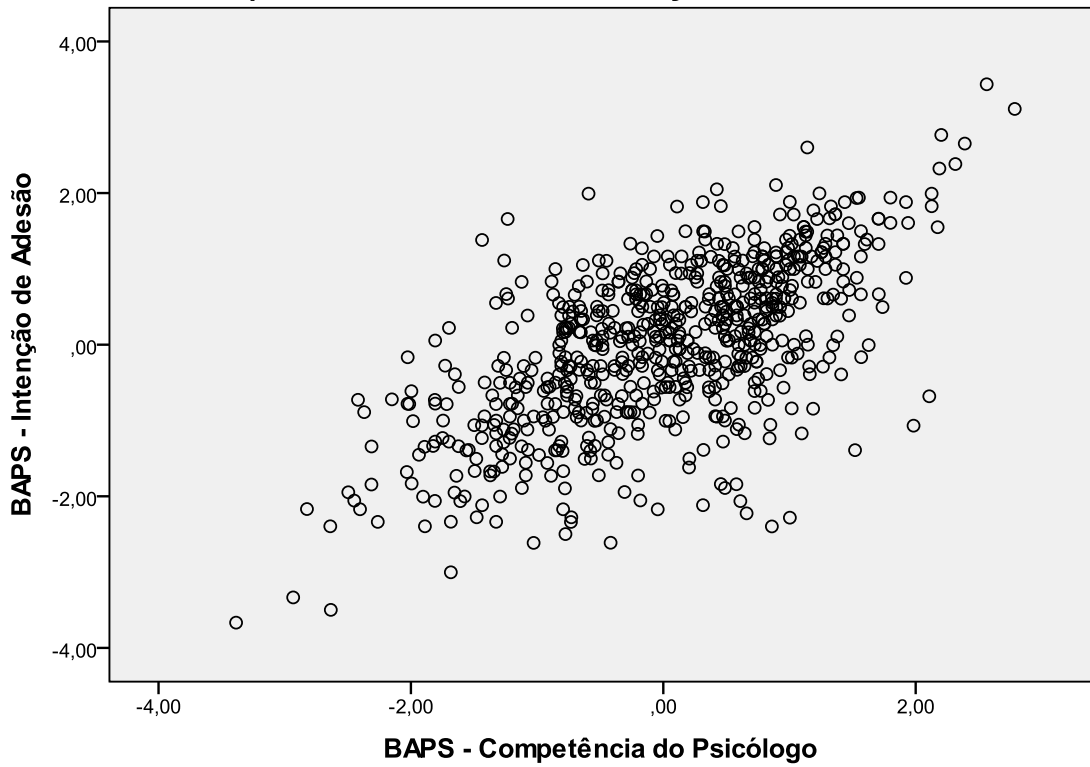
### Partial Regression Plot

Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão



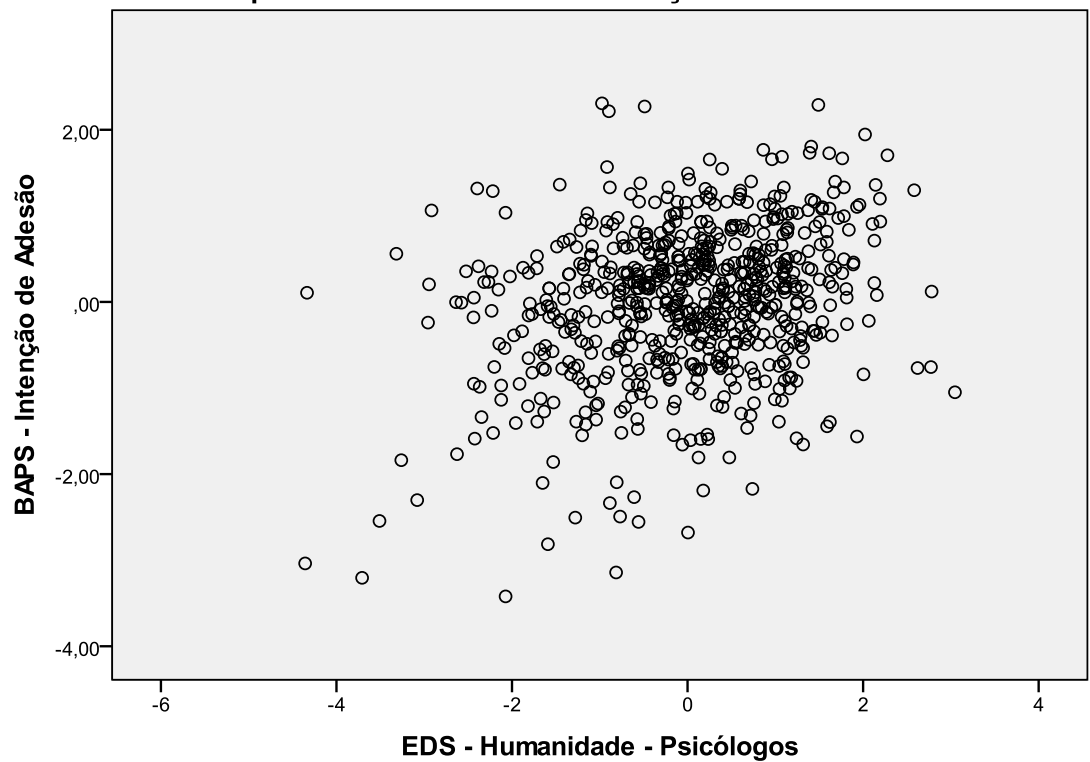
**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



**Partial Regression Plot**

**Dependent Variable: BAPS - Intenção de Adesão**



**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Standardized Residual	689	93,5%	48	6,5%	737	100,0%

**Descriptives**

			Statistic	Std. Error
Standardized Residual	Mean		,0000000	,03801381
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	-,0746370	
		Upper Bound	,0746370	
	5% Trimmed Mean		,0292715	
	Median		,0718606	
	Variance		,996	
	Std. Deviation		,99781739	
	Minimum		-3,60901	
	Maximum		3,02703	
	Range		6,63604	
	Interquartile Range		1,30300	
	Skewness		-,455	,093
	Kurtosis		,622	,186

**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,042	689	,005	,986	689	,000

a. Lilliefors Significance Correction

#### **10.94 Anexo Q – Potenciais Novos Itens para o Fator Humanidade da BAPS**

- 1) A sinceridade dos psicólogos motiva-me a consultá-los.
- 2) Não consultaria um psicólogo porque eles não são confiáveis.
- 3) É confortante ir a uma consulta de psicologia porque os psicólogos são calorosos.
- 4) Os psicólogos são muito humanos e isso incentiva-me a consultá-los.

A pontuação do item #2 teria de ser invertida.