



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**REPRESENTAÇÕES DE DOENÇA NA DEPRESSÃO E O
SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA:
O PAPEL MEDIADOR DO AUTO ESTIGMA**

VERA FERNANDES CARDOSO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR DAVID DIAS NETO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

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

Agradecimentos

Ao meu orientador e professor David Dias Neto, agradeço imenso todo o apoio, paciência e confiança depositados em mim, que foram, sem sombra de dúvidas, imprescindíveis para a realização deste trabalho. Muito obrigada pela compreensão e toda a sabedoria que me transmitiu neste processo difícil.

O meu mais profundo agradecimento ao meu Fernando, obrigada por me amares, apoiares incondicionalmente e nunca deixares de acreditar em mim. Obrigada por todas as vezes em que me ouviste desabafar e chorar. Obrigada por me fazeres rir e sentir melhor. Obrigada pela paciência, pela força e por estares lá nos momentos mais difíceis deste percurso. Uma das pessoas mais importantes da minha vida, obrigada por transformares este ano difícil num ano de esperança e sonhos para o futuro. Sem ti não teria conseguido. Amo-te meu amor.

Aos meus queridos pais, obrigada pelo amor e força incondicional, fundamentais ao meu crescimento e percurso pessoal. Obrigada por me inculcarem os melhores valores. Obrigada pelos ensinamentos e lições de vida. Obrigada por estarem lá nos momentos mais complicados, pela paciência e pelo esforço que fizeram por mim. Sem vocês nada disto teria sido possível. Sem vocês não seria a pessoa que sou hoje. Agradeço-vos do fundo do coração. Amo-vos pais.

Às minhas melhores amigas e amigos, obrigada pelos desabafos, pelas horas em que me ouviram, pelo suporte incondicional e por me transmitirem segurança. Obrigada pelos conselhos e pela motivação. Obrigada por acreditarem em mim e darem mais sentido à minha vida. Obrigada pela vossa amizade. Estar-vos-ei eternamente grata. Adoro-vos.

A toda à turma do seminário de dissertação, que permitiu que se criasse um espaço seguro e de partilha, obrigada por tornarem este percurso académico mais fácil e prazeroso.

Obrigada a todas as pessoas que contribuíram para a conclusão desta grande etapa da minha vida.

Resumo

Enquadramento: As representações de doença ajudam-nos a compreender como alguém gere uma determinada condição de saúde. Algumas dessas perceções associam-se à internalização do estigma sobre a doença, o que, por sua vez, influencia significativamente a qualidade de vida destas pessoas. **Objetivos:** Como principal objetivo pretendeu-se compreender se o auto-estigma se constitui como um mediador da relação entre as perceções de doença na depressão e a qualidade de vida. Adicionalmente, propôs-se verificar se existiam diferenças significativas ao nível das perceções, da qualidade de vida e do auto-estigma entre os participantes que recorrem vs. não recorrem a intervenção/medicação. **Método:** Participaram do estudo 156 indivíduos deprimidos, com e sem recurso a intervenção psicológica ou medicação psiquiátrica. Os participantes foram avaliados ao nível das suas perceções sobre a depressão, qualidade de vida, auto-estigma e sintomatologia depressiva. **Resultados:** O auto-estigma apresentou-se como um bom mediador da relação entre a perceção de Controlo do Tratamento e a qualidade de vida. Indivíduos que recorrem a intervenção psicológica percebem que a sua depressão durará menos tempo comparativamente a quem não recorre. Por sua vez, indivíduos que recorrem a medicação psiquiátrica apresentam uma maior preocupação, compreensão e resposta emocional em relação à depressão comparativamente a quem não recorre. **Conclusão:** Uma maior perceção de controlo do tratamento ajuda a proteger os indivíduos contra a internalização do estigma face à depressão, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Para futuras pesquisas, ressalta-se a importância do estudo do papel da sintomatologia depressiva e do impacto do tratamento nas perceções de doença.

Palavras-chave: Representações de Doença; Auto-Estigma; Qualidade de Vida; Depressão; Saúde Mental

Abstract

Background: Illness representations can help us understand how someone copes with a certain health condition. Some of these perceptions are related to self-stigma regarding illness, which in turn significantly influences the quality of life of these people. **Aims:** The main goal of this study was to understand whether self-stigma could be considered a good mediator of the relationship between illness perceptions and quality of life in depression. Additionally, we explored whether there were any significant differences regarding illness perceptions and the level of quality of life and self-stigma between participants who receive vs. don't receive intervention/medication. **Method:** 156 depressed people participated in this study, with some of them receiving psychological intervention or psychiatric medication. All participants were assessed on their perceptions of depression, quality of life, self-stigma and depressive symptoms. **Results:** Self-stigma showed to be a good mediator of the relationship between the perception of Treatment Control and quality of life. Participants who receive psychological intervention believe that their depression will be shorter in time compared to those who do not receive intervention. In turn, participants who take psychiatric medication show a greater concern, understanding and emotional response regarding their depression compared to those who do not take medication. **Conclusion:** A better perception of treatment control helps protect people against internalized stigma towards depression, which leads to a better quality of life. Future research may further explore the role of depressive symptoms and the impact of treatment on illness perceptions.

Keywords: Illness Representations; Self-Stigma; Quality of Life; Depression; Mental Health

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento Teórico	2
Representações de doença.....	2
Representações de Depressão e a sua relação com a qualidade de vida	6
O estigma internalizado e a sua relação com as representações de doença e a qualidade de vida na depressão	9
O presente estudo	11
Método	13
Participantes	13
Instrumentos	13
Procedimento.....	16
Resultados	16
Uso de Intervenção Psicológica - diferenças nas Perceções sobre a doença, Auto-estigma e Qualidade de Vida.....	16
Uso de Medicação Psiquiátrica - diferenças nas Perceções sobre a doença, Auto-estigma e Qualidade de Vida.....	18
Associações entre as variáveis em estudo	19
Análises de Mediação.....	21
Discussão.....	26
Conclusão	33
Referências	35
ANEXOS.....	42
Anexo A - Consentimento Informado	42
Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico.....	43
Anexo C - Mínimo, Máximo, Média, Desvio-padrão, Assimetria, Curtose e Consistência Interna (α) das Variáveis em Estudo	46

Lista de Tabelas

Tabela 1 - <i>Níveis da Qualidade de Vida, do Auto-estigma e de cada Perceção sobre a doença por cada grupo de Intervenção Psicológica (não recorre vs. recorre)</i>	17
Tabela 2 - <i>Níveis da Qualidade de Vida, do Auto-estigma e de cada Perceção sobre a doença por cada grupo de Medicação Psiquiátrica (não recorre vs. recorre)</i>	18
Tabela 3 - <i>Coefficientes de Correlação Pearson entre as variáveis em estudo</i>	19
Tabela 4 - <i>Modelo de Mediação Simples (perceção de Controlo do tratamento sem vs. com controlo da Sintomatologia Depressiva)</i>	22
Tabela 5 - <i>Modelo de Mediação Simples (perceção de Identidade sem vs. com controlo da Sintomatologia Depressiva)</i>	24

Lista de Figuras

Figura 1 - <i>Diagrama do Modelo de Mediação Simples (percepção de Controlo do tratamento com controlo da Sintomatologia Depressiva)</i>	23
Figura 2 - <i>Diagrama do Modelo de Mediação Simples (percepção de Identidade com controlo da Sintomatologia Depressiva)</i>	25

Introdução

A identificação, processamento e resposta a estímulos que sinalizem uma potencial ameaça à saúde, são processos fundamentais e necessários, não apenas para a manutenção do funcionamento geral do indivíduo, mas também para a sua sobrevivência. Recentemente, um elevado leque de investigação tem sido conduzido no intuito de explorar quais os mecanismos ligados à reação e adaptação à doença em condições do foro psicológico, sendo fundamental adquirir mais conhecimento acerca das representações que surgem associadas às perturbações mentais (Hagger & Orbell, 2022). Estas representações são crenças que influenciam as respostas de *coping* e os comportamentos que são adotados na gestão de uma determinada condição, tendo, posteriormente, impacto em diferentes áreas da vida da pessoa afetada (Baines & Wittkowski, 2013; Diefenbach & Leventhal, 1996). A mais recente investigação aponta para uma relação significativa entre diferentes perceções de doença e vários resultados. Verifica-se, por exemplo, associações com a severidade de sintomas, a qualidade de vida, funcionamento psicossocial, nível de recuperação e intenção de procura de ajuda (Averous et al., 2020; Cannon et al., 2022). Adicionalmente, têm sido explorados processos mediadores destas relações, como por exemplo o *coping* (Averous et al., 2020; Hagger & Orbell, 2022).

Apesar do grande avanço que tem existido na investigação sobre as representações de doença na área da saúde mental, algumas perturbações como a depressão - uma das condições mais prevalentes a nível mundial (Mavroeides & Koutra, 2021) - continuam a ser maioritariamente estudadas em contexto de outras doenças, nomeadamente de carácter físico (Jennings et al., 2022; Purewal & Fisher, 2018). Segundo a investigação na área, indivíduos deprimidos apresentam um risco bastante elevado de internalização de estigma, o que se traduz posteriormente numa diminuição da sua qualidade de vida (Garg & Kaur, 2020; Shimotsu & Horikawa, 2016). Apesar da importância do auto-estigma, existem poucos estudos que relacionem esta variável com as perceções de doença na depressão. Além disso, tendo em conta o impacto da depressão na qualidade de vida (Cho et al., 2019; Saragoussi et al., 2018), não foi encontrada literatura que explorasse possíveis mediadores desta relação.

De acordo com Baines e Wittkowski (2013), as representações de doença não se mantêm constantes ao longo do tempo, existindo fatores que influenciam essa mudança, como por exemplo a psicoterapia e a severidade da sintomatologia. Os autores propõem o estudo da influência de intervenções que se destinem a desafiar perceções de doença específicas, com o intuito de compreender como é que as mesmas afetam a recuperação e diferentes resultados clínicos.

Posto isto, o tema principal desta dissertação consiste na investigação do papel do auto-estigma na relação com as percepções de doença e a sua posterior influência na qualidade de vida em indivíduos deprimidos. Adicionalmente, será explorado se a depressão é percebida de forma diferente tendo em conta o uso de intervenção psicológica e medicação psiquiátrica. O entendimento dos processos subjacentes às percepções de doença pode vir a auxiliar os profissionais de saúde a fazer previsões sobre a forma como a doença é gerida. O que por sua vez, permite que sejam desenvolvidas intervenções úteis na redução de *outcomes* negativos, aumentando, conseqüentemente, o nível de qualidade de vida de quem sofre com esta perturbação.

Enquadramento Teórico

Representações de doença

As representações de doença permitem-nos compreender a forma como cada indivíduo vivencia uma determinada doença, seja esta física ou mental. Conforme descrito na literatura, são desenvolvidas crenças acerca de uma determinada doença, que, por sua vez, influenciam a expressão emocional da mesma e os comportamentos e atitudes que são adotados na sua gestão – por exemplo, decisões acerca do tratamento mais adequado (Baines & Wittkowski, 2013; Diefenbach & Leventhal, 1996; Hagger & Orbell, 2022; Weinman et al., 1996; Wong et al., 2018). Estas representações são também consideradas como únicas para cada pessoa, independentemente de nos referimos a indivíduos com a mesma doença (Bear et al., 2021; Petrie et al., 2008).

O modelo de autorregulação do comportamento de doença de Diefenbach e Leventhal (1996) é o mais utilizado na literatura para explicar como os indivíduos respondem à doença. De acordo com os autores, as representações de doença são compostas por percepções cognitivas e percepções emocionais, ambas operando em paralelo, mas influenciando-se mutuamente. Segundo Broadbent et al. (2006) e Hagger e Orbell (2022), as representações cognitivas incluem cinco dimensões: 1) causa percebida da doença, que consiste na atribuição de possíveis causas associadas ao desenvolvimento da doença (e.g., fatores genéticos); 2) conseqüências, que reflete crenças acerca do impacto que a doença tem no funcionamento diário do indivíduo (e.g., físico, emocional, social, financeiro); 3) identidade, que compreende rótulos acerca da doença e a identificação/interpretação de sintomas que podem ser atribuídos à mesma; 4) duração temporal da doença, que consta na duração expectável dos sintomas e curso da

doença (aguda ou crónica) e 5) controlo/cura da doença, que consiste em crenças sobre se a doença é curável ou passível de ser controlada por determinados comportamentos (e.g., tomar medicação, intervenção). As perceções emocionais representam a reação emocional despoletada pela doença e pela sua representação cognitiva. A identificação de sintomas e a sua posterior interpretação originam uma resposta emocional – e.g., medo, raiva, ansiedade (Averous et al., 2020; Diefenbach & Leventhal, 1996).

Segundo Hagger e Orbell (2022), estas representações são formadas através de experiências prévias, do contacto com sintomas de uma determinada doença ou podem decorrer de fontes externas, como por exemplo, informação obtida através de profissionais de saúde, dos *media* ou até mesmo através da interação com outros indivíduos que tenham experienciado essa mesma doença. Por conseguinte, esta informação vai sendo armazenada em memória na forma de protótipos e esquemas. As perceções de doença podem ser vistas como um modelo mental temporário, sendo influenciadas pela informação e estímulos presentes no momento da doença e pelos protótipos formulados.

Diefenbach e Leventhal (1996), Hagger e Orbell (2022) e Nogueira et al. (2016) consideram que a resposta à doença consiste de três fases. Inicialmente, são geradas as perceções cognitivas e emocionais face à ameaça da doença (interpretação e atribuição de significado de acordo com pistas internas ou externas). Posteriormente, são ativados mecanismos de *coping* ou procedimentos de ação de forma a responder à mesma, tendo em consideração as representações criadas anteriormente. Por fim, é realizada uma avaliação das estratégias adotadas, permitindo ao indivíduo compreender se estas estão a ser eficazes na gestão e na adaptação à doença.

Com o intuito de explorar os mecanismos subjacentes ao funcionamento das representações de doença, e que possíveis *outcomes* (resultados) podem resultar das mesmas, foi desenvolvido o questionário de perceção da doença (IPQ) por Weinman et al. (1996). Este instrumento de avaliação é constituído por cinco escalas que avaliam as cinco dimensões relativas às perceções cognitivas descritas anteriormente. Contudo, devido às limitações (e.g., não media a componente emocional), Moss-Morris et al. (2002) criou uma versão revista do questionário de perceção da doença (IPQ-R), estendendo a escala original ao adicionar novas dimensões. A dimensão “controlo/cura da doença” foi repartida em controlo pessoal (crenças sobre a capacidade da pessoa lidar com a doença) e controlo do tratamento (crenças acerca da capacidade do tratamento em controlar a doença). Além disso, foi adicionada uma dimensão que avalia a compreensão da doença, uma dimensão que avalia a duração temporal cíclica da

doença e uma dimensão que comporta as representações emocionais. Porém, apresenta-se como um questionário bastante extenso. Deste modo, e por último, Broadbent et al. (2006), desenvolveu o questionário de percepção da doença versão breve (Brief-IPQ), uma versão reduzida do IPQ-R, composta por 9 itens que avaliam as representações cognitivas (5 itens), as representações emocionais (2 itens), as representações sobre a “causa percebida” da doença (1 item) e as representações sobre a “compreensão da doença” (1 item). Recorrendo ao uso destes instrumentos, estudos empíricos têm demonstrado várias associações entre percepções e diferentes resultados - e.g., evolução da doença, funcionamento social e físico, bem-estar psicológico e qualidade de vida (Averous et al., 2020; Baines & Wittkowski, 2013; Neto et al., 2022). Ao longo do tempo começou-se a perceber que existem processos de mediação subjacentes que contribuem para essas relações. Alguns exemplos são os mecanismos de *coping* (Averous et al., 2020; Carlisle et al., 2005; Hagger & Orbell, 2022), a percepção de risco (Neto et al., 2022), o auto-estigma (Chan & Mak, 2016) e a auto-estima (Timkova et al., 2021).

Originalmente, o modelo de Diefenbach e Leventhal (1996) foi criado com a intenção de estudar estas relações numa determinada doença física (Baines & Wittkowski, 2013). A relação entre as percepções de doença e a saúde mental era maioritariamente estudada em pacientes com condições de saúde física. Os estudos conduzidos por Costa et al. (2016), Dempster et al. (2015), Jennings et al. (2022) e Stafford et al. (2009) demonstram, por exemplo, uma relação significativa entre as representações de várias doenças (e.g., dor crónica, doença arterial, cancro, doenças inflamatórias) e o desenvolvimento de ansiedade ou depressão. Posteriormente, começou-se a explorar a utilidade de aplicar este modelo no contexto das perturbações psicológicas, iniciando-se assim um leque de estudos sobre as mesmas. Lobban et al. (2004), um dos primeiros estudos desenvolvidos na área, concluiu que as percepções de doença apresentavam um impacto significativo ao nível da qualidade de vida e dos mecanismos de *coping* adotados em indivíduos com esquizofrenia. Watson et al. (2006), verificou ainda uma associação significativa entre as representações de doença em indivíduos com perturbação psicótica e o nível de sintomatologia depressiva/ansiosa e de autoestima.

Mais tarde, Baines e Wittkowski (2013) realizaram uma revisão sistemática da literatura com estudos que incluíam, por exemplo, amostras de indivíduos com psicose, perturbação bipolar, perturbações alimentares, perturbação depressiva major e adolescentes com perturbações de humor. De uma forma geral, as perturbações mentais são percecionadas como causadoras de muitas consequências negativas e como sendo de natureza crónica ou cíclica. Verificou-se ainda a existência de uma relação significativa entre as várias percepções

de doença, mecanismos de *coping* e diferentes *outcomes* de saúde. Por exemplo, percepções de maior duração, mais controlo e maior grau de consequências negativas associavam-se à adoção de estratégias de *coping* mais ativas e a mais comportamentos de procura de ajuda. Além disso, a percepção de que a doença e os seus sintomas conseguem ser controlados pelo tratamento estava relacionada com uma maior adesão ao mesmo. Por fim, adolescentes que apresentavam um nível de compreensão maior acerca da sua condição estavam mais disponíveis a procurar ajuda de um profissional de saúde (Baines & Wittkowski, 2013). Em concordância com estes resultados, um estudo desenvolvido por Wong et al. (2019), concluiu que percepções de maior duração, maior controlo e melhor compreensão da doença também levavam à adoção de estilos de *coping* mais ativos em adolescentes com perturbação de hiperatividade/défice de atenção.

Um outro estudo realizado por Goyal et al. (2020), verificou que as representações de doença se relacionavam com o ajustamento social, a intenção de procura de ajuda, o grau de autoeficácia e o nível de estigma internalizado em indivíduos com diversos diagnósticos psiquiátricos. Por exemplo, um elevado nível de autoeficácia associava-se a percepções de doença de menor duração, menor resposta emocional, melhor compreensão, menos consequências e menos experiência de sintomas. Por outro lado, percepções de pouco controlo (pessoal e do tratamento), mais consequências, mais experiência de sintomas e maior resposta emocional relacionavam-se com um pior ajustamento à doença.

Numa revisão mais recente, conduzida por Averous et al. (2020), observou-se a influência das representações de doença (e.g., em perturbações de humor, perturbações alimentares, perturbação de *stress* pós-traumático, perturbações psicóticas e défice de atenção) no ajustamento psicossocial e em *outcomes* clínicos relacionados com o tratamento. Maioritariamente, constatou-se que representações negativas correspondem a piores *outcomes*. Em adultos, as percepções de doença encontravam-se associadas à adesão ao tratamento (medicação e/ou intervenção psicológica), à sintomatologia depressiva e ansiosa, à qualidade de vida, à autoestima, ao nível de *insight*, à recuperação, ao estigma, ao *coping* e ao funcionamento geral do indivíduo.

Por fim, os resultados da meta-análise de Cannon et al. (2022), em indivíduos diagnosticados com diferentes perturbações mentais, sugerem que representações consideradas negativas (e.g., muitos sintomas, maior duração, muitas consequências graves e uma resposta emocional forte) associam-se a um grau mais severo de sintomatologia da doença, a um pior nível de qualidade de vida e a menos adesão ao tratamento. Por outro lado, representações consideradas protetoras (e.g., perceber maior controlo pessoal e do tratamento e perceber

ter uma maior compreensão sobre a doença) conduzem a um melhor ajustamento à doença. Algumas destas conclusões contradizem os resultados observados na revisão de Baines e Wittkowski (2013) e no estudo de Wong et al. (2019), onde por exemplo percepções de maior duração e mais consequências, consideradas percepções negativas, influenciavam de forma positiva os mecanismos de *coping* adotados e aumentavam a intenção de procura de ajuda.

De acordo com Baines e Wittkowski (2013) e Hagger e Orbell (2022), estas percepções encontram-se em constante mudança, sobretudo quando o paciente não apresenta um entendimento claro sobre a sua doença. Os resultados encontrados no estudo de Bear et al. (2021) sugerem que as percepções de doença são moldadas pelo conhecimento e experiência de uma pessoa e pelo discurso daqueles próximos a ela, variando assim entre pessoas com a mesma perturbação. Para além disso, ocorrem flutuações dessas percepções ao longo do tempo através da obtenção de novas informações e experiências, incluindo a psicoterapia e vários outros tipos de tratamentos. O estudo de Rungruangsiripan et al. (2011), por exemplo, mostrou como a aliança terapêutica e os efeitos secundários da medicação psiquiátrica influenciavam as representações de doença na esquizofrenia. Enquanto Etain et al. (2018), verificou uma mudança e melhoria nas representações de doença após a realização de psicoterapia educacional em pacientes com perturbação bipolar.

Representações de Depressão e a sua relação com a qualidade de vida

Recentemente, tem se verificado uma ênfase na investigação sobre as percepções de doença na área de saúde mental. Contudo, constata-se que algumas perturbações, como por exemplo a depressão, continuam a ser maioritariamente estudadas em contexto de outras doenças. Estudos como os de Jennings et al. (2022), Purewal e Fisher (2018) e Westbrook et al. (2016), verificaram relações entre o surgimento de depressão e representações de doenças carácter físico ou crónico. A depressão é considerada uma das perturbações mentais com maior prevalência na população geral, afetando negativamente diversas áreas do funcionamento do indivíduo e resultando, muitas vezes, numa diminuição significativa da qualidade de vida (Mavroeides & Koutra, 2021). Segundo a literatura, a depressão evoca reações emocionais negativas e movimentos de rejeição social por parte de pessoas sem o diagnóstico. A discrepância entre as percepções de indivíduos deprimidos e indivíduos não deprimidos gera um pior ajustamento psicossocial e diminui a qualidade das relações interpessoais de quem sofre com a perturbação, reduzindo, por sua vez, a sua intenção de procura de ajuda (Vollmann et al., 2020). No estudo de Vollmann et al. (2020), indivíduos sem depressão subestimam o impacto

emocional da mesma, minimizando, em parte, a seriedade da condição. Por outro lado, indivíduos deprimidos, percebem a depressão como sendo indutora de reações emocionais negativas fortes e como sendo pouco controlável pelo tratamento.

Dos estudos incluídos na revisão de Baines e Wittkowski (2013) sobre a depressão, verificou-se que a maioria dos participantes percecionavam a sua doença como tendo muitos sintomas e consequências negativas, porém como sendo controlável e de natureza cíclica. Além disso, foram observadas associações entre estas percepções de doença e o grau de severidade da mesma, adesão ao tratamento e intenção de procura de ajuda. Na revisão de Averous et al. (2020), foram encontradas associações entre as percepções sobre a depressão e o ajustamento psicossocial, *coping*, adesão ao tratamento e nível de compromisso à psicoterapia.

Bear et al. (2021) desenvolveu um estudo qualitativo, aplicando o modelo de Diefenbach e Leventhal (1996), de forma a compreender as percepções de adolescentes e jovens adultos em relação à depressão. Maioritariamente, os resultados mostram que a depressão é percebida como tendo muitos sintomas e uma duração prolongada, apresentando um grande impacto no funcionamento geral e em várias áreas da vida destes indivíduos. Relativamente à origem da depressão, algumas das causas mais identificadas foram fatores relacionados com experiências adversas e traumáticas na infância e com a personalidade. Alguns dos participantes também relataram como a sensação de controlo sobre a depressão vai surgindo ao longo do tempo, sendo que o *locus* de controlo interno ou externo tinha um papel importante no desenvolvimento desta percepção.

A revisão mais recente de Mavroeides e Koutra (2021) analisou 11 estudos de forma a explorar relações entre representações sobre a depressão e diferentes resultados. Em conformidade com as conclusões de Cannon et al. (2022), percepções de maior controlo (pessoal e de tratamento) e de menos consequências estavam associadas a sintomatologia mais ligeira e a um melhor funcionamento psicossocial. Por outro lado, percepções de que a depressão durará mais tempo e que apresenta muitos sintomas correlacionavam-se com sintomatologia depressiva severa, mais ansiedade e com o prolongamento da duração de tratamento. As percepções de controlo, consequências, duração e identidade mostraram-se como as mais consistentes nas relações com os diferentes *outcomes*. Contrariamente aos resultados observados em estudos sobre outras perturbações mentais, na maioria dos casos não foram encontradas associações significativas com as representações emocionais. Os autores sugerem que na depressão é comum existir uma reduzida reatividade emocional perante estímulos positivos ou negativos. Isto, por sua vez, inibe a reação emocional dos pacientes em relação ao

seu próprio diagnóstico, contribuindo assim para uma fraca associação com resultados clínicos. No entanto, estudos como os de Lu et al. (2014) e Vollmann et al. (2020) apresentam conclusões divergentes, em que participantes deprimidos mostraram ter uma reação emocional forte face à depressão. Além disso, Lu et al. (2014) observou ainda que representações emocionais negativas encontravam-se correlacionadas com mais sintomas depressivos, ansiedade e *stress* percebido. A ruminação mal adaptativa (considerada uma resposta de *coping*) mostrou-se também como mediadora da relação entre as representações emocionais e os *outcomes* estudados.

Os estudos mencionados comprovam a influência das representações de doença na depressão em resultados distintos com a exceção da qualidade de vida. A literatura relativa a outras perturbações mentais indica que percepções de doença negativas (e.g., maior duração da doença, consequências severas, pouco controlo sobre a doença) estão significativamente relacionadas com uma baixa qualidade de vida (Averous et al., 2020). Em indivíduos deprimidos, o índice de qualidade de vida é significativamente mais baixo comparativamente com o da população em geral, existindo fatores que contribuem diretamente para a sua redução, como por exemplo, a severidade da sintomatologia, apoio social recebido e efeitos secundários da medicação (Cho et al., 2019; Garg & Kaur, 2020; Holubova et al., 2016). Saragoussi et al. (2018), realizou um estudo longitudinal de forma a compreender o progresso da depressão e qual o seu impacto na qualidade de vida destes indivíduos, concluindo que existiam variações na qualidade de vida ao longo de vários momentos associados a determinados fatores (e.g., severidade da depressão e percepção de sintomas cognitivos). Estes resultados suportam a ideia de que o índice de qualidade de vida pode servir como medida de avaliação do processo de recuperação da doença.

Apesar do impacto da depressão na qualidade de vida, pouca atenção tem sido dada à possível relação com as representações de doença. Dos escassos estudos que existem, Abo-Rass et al. (2020) pretendeu compreender o contributo das representações de doença na qualidade de vida em indivíduos árabes com depressão. Os resultados mostraram como percepções cognitivas e emocionais mais negativas se associavam a um nível mais baixo de qualidade de vida. Por sua vez, as percepções cognitivas da doença evidenciaram ser o fator mais significativo para explicar a variância na qualidade de vida destes participantes, corroborando em parte os resultados observados na revisão de Mavroeides e Koutra (2021), relativamente à fraca associação entre percepções emocionais e outros *outcomes*. No entanto, os autores do estudo apresentam o uso de um índice global para avaliar as percepções de doença como uma limitação,

uma vez que os impede de compreender quais as dimensões que apresentam a associação significativa com a qualidade de vida. Vários estudos sobre outras perturbações mentais verificaram associações entre percepções cognitivas diferentes (e.g., controlo do tratamento) e a qualidade de vida (Averous et al, 2020).

Posto isto, Abo-Rass et al. (2021) realizaram um segundo estudo no intuito de colmatar a limitação da investigação anterior. Os participantes reportaram ter percepções particularmente negativas em relação à depressão, nomeadamente como sendo uma condição que dura muito tempo e como tendo muito sintomas e consequências adversas. Contudo, perceberam a depressão como sendo moderadamente controlável, apresentando também uma moderada compreensão da mesma. Os resultados mostraram que quanto maior a percepção de sintomas, consequências e duração, mais baixo era o nível de qualidade de vida. Paralelamente, quanto maior a percepção de controlo (pessoal e de tratamento) e compreensão da doença, maior era o nível de qualidade de vida. As percepções de identidade, consequências e compreensão apresentaram-se como os determinantes mais significativos para a explicação da variância da qualidade de vida.

O estigma internalizado e a sua relação com as representações de doença e a qualidade de vida na depressão

Para além do contributo que as representações de doença têm na qualidade de vida, a literatura aponta para a existência de variáveis mediadoras dessa relação, como por exemplo os estilos de *coping* (Averous et al., 2020). Todavia, no que diz respeito à população de indivíduos com depressão, não existe investigação que estude possíveis mediadores da mesma. Segundo Garg e Kaur (2020) e Shimotsu e Horikawa (2016), o estigma internalizado (auto-estigma) apresenta-se com uma elevada prevalência em indivíduos deprimidos. A internalização do estigma é um processo pelo qual uma pessoa acredita nos preconceitos e estereótipos concebidos pelos outros acerca de uma determinada perturbação mental (e.g., pessoas com depressão são perigosas, fracas ou incompetentes). Ou seja, incorporam estas crenças e percepções negativas no seu auto-conceito, que é por sua vez alterado, levando à baixa-autoestima e baixa autoeficácia (Corrigan & Rao, 2012; Drapalski et al., 2013).

Um nível alto de auto-estigma apresenta várias consequências negativas, conduzindo à utilização de estilos de *coping* desadaptativos (e.g., comportamento evitante), a mais sentimentos de desesperança, culpa e vergonha, pior autoestima e auto-eficácia, e auto depreciação. Além disso, existe uma associação significativa entre níveis mais elevados de

auto-estigma e a intensificação da sintomatologia depressiva, uma pior adesão terapêutica e menos intenção de procura de ajuda, o que por sua vez tem um forte impacto ao nível da qualidade de vida destes indivíduos (Drapalski et al., 2013; Garg & Kaur, 2020; Livingston & Boyd, 2010; Picco et al., 2016; Shimotsu & Horikawa, 2016). Dado o papel importante do auto-estigma na área da saúde mental, alguns estudos (Hansson et al., 2017; Shimotsu et al., 2014) têm sido realizados de forma a compreender se intervenções psicológicas ajudam a diminuir os níveis de estigma internalizado. Os resultados são promissores, apontando para uma redução significativa do estigma e de sintomas depressivos. De qualquer modo, a literatura revela que níveis mais elevados de auto-estigma associam-se significativamente a uma pior qualidade de vida em indivíduos deprimidos (Garg & Kaur, 2022; Holubova et al., 2016; Yen et al., 2009).

De acordo com Lucksted e Drapalski (2015), apresentar um esquema de crenças negativas em relação à depressão pode facilitar a internalização do estigma associado à mesma. Um dos objetivos do estudo de Moses (2010), foi compreender se existia uma associação entre o auto-estigma e perceções de doença em adolescentes com perturbação mental (incluindo a depressão). Os resultados demonstraram que perceções de pouco controlo e maior duração da doença correlacionavam-se com níveis mais elevados de auto-estigma.

No estudo de Chan e Mak (2016), um dos seus objetivos principais passava por investigar a influência das representações de doença no auto-estigma, em indivíduos que estivessem a recuperar de uma perturbação mental – tendo o diagnóstico de depressão sido incluído na amostra. Em consistência com os resultados de Moses (2010), verificou-se que indivíduos com uma perceção de maior controlo pessoal sobre a sua doença apresentavam um nível mais baixo de auto-estigma - fator protetor. Além disso, os participantes que apresentavam a perceção de que a sua doença afetava severamente a sua vida (muitas consequências) tinham uma maior tendência para internalizar os estereótipos e preconceitos relativos à sua perturbação. Contrariamente aos resultados observados na revisão de Mavroeides e Koutra (2021), no que diz respeito às representações emocionais, a dimensão “resposta emocional” confirmou ser o maior preditor da internalização de estigma, ou seja, indivíduos que percecionassem a sua doença como sendo indutora de uma resposta emocional negativa muito forte, encontravam-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de auto-estigma. Porém, é importante realçar que no estudo de Chan e Mak (2016) foi realizada uma análise global sem existir uma distinção clara entre as diferentes perturbações que foram incluídas no estudo.

Há semelhança do estudo anterior, Goyal et al. (2020) explorou a relação entre as perceções de doença e o auto-estigma em pessoas com várias perturbações mentais. Da análise

efetuada, constatou-se que todas as dimensões do Brief-IPQ, exceto a dimensão da preocupação com a doença, encontravam-se significativamente relacionadas com o estigma internalizado. Um nível mais baixo de auto-estigma estava associado a uma menor percepção de consequências, a uma maior percepção de controlo (pessoal e de tratamento), uma menor percepção de duração da doença, a menos sintomas experienciados, a uma menor resposta emocional negativa e a uma melhor compreensão sobre a doença.

Posto isto, os resultados destes estudos sugerem uma tendência para que as representações de doença mais negativas face à depressão facilitem a internalização do estigma. O auto-estigma leva à adoção de estratégias de *coping* desadequadas, o que por sua vez diminui a qualidade de vida em indivíduos deprimidos. As conclusões observadas através da análise da literatura sobre esta temática sustentam a ideia de que o auto-estigma poderá apresentar-se como mediador da relação entre percepções de doença e a qualidade de vida em indivíduos deprimidos. No entanto, nenhum estudo até à data explorou essa hipótese. O estudo de Chan e Mak (2016) é o que mais se assemelha a esta proposta de investigação, confirmando o papel do auto-estigma como mediador da relação entre percepções de doença e o nível de recuperação da mesma. Percecionar a doença como sendo pouco controlável, geradora de muitas consequências e como sendo indutora de reações emocionais negativas facilita a internalização do estigma, levando, conseqüentemente, a uma pior recuperação clínica e pessoal, uma vez que são experienciados mais sintomas e mais sentimentos negativos e preconceitos face à doença.

O presente estudo

As percepções de doença na depressão associam-se e influenciam diferentes indicadores de saúde, porém pouca atenção tem sido dada relativamente à relação entre representações de doença e a qualidade de vida em indivíduos com depressão. Além disso, deparamo-nos com uma escassez de investigação no que diz respeito aos possíveis mecanismos mediadores subjacentes a essa relação. Tendo em conta a literatura, considera-se que representações negativas face à depressão poderão vir a facilitar a internalização do estigma (Chan & Mak, 2016), sendo que o auto-estigma, por sua vez, apresenta várias consequências negativas na vida da pessoa afetada - desde uma percepção de *self* negativa, à adoção de estratégias de *coping* desadaptativas. Alguns estudos verificaram, por exemplo, como um nível elevado de estigma internalizado se associava a uma pior qualidade de vida em indivíduos deprimidos (Garg & Kaur, 2020; Holubova et al., 2016). Assim, os resultados destes estudos sustentam a crença de

que o auto-estigma poderá atuar como mediador da relação entre percepções de doença e a qualidade de vida. No entanto, não existe investigação que teste este processo de mediação.

De forma a ampliar o conhecimento do papel do auto-estigma na relação com as percepções de doença mental, o objetivo principal do presente estudo prende-se por explorar se o auto-estigma se constitui como mediador da relação entre percepções de doença e a qualidade de vida em indivíduos que percecionem estar deprimidos. Optou-se por realizar o estudo com uma amostra comunitária, incluindo indivíduos que sentem ter depressão sem estarem diagnosticados por um profissional de saúde – levanta-se a hipótese de que mesmo sem um diagnóstico, podem ser formadas representações face à sintomatologia sentida, e existir internalização de estigma e diferenças significativas na qualidade de vida destas pessoas.

Além disso, as percepções de doença nem sempre se mantêm estáveis ao longo do tempo. Alguns estudos sobre outras perturbações verificaram que o recurso a intervenção psicológica ou a medicação psiquiátrica poderá vir a alterar essas mesmas representações e a contribuir para a redução do nível de estigma internalizado (Baines & Wittkowski, 2013; Hansson et al., 2017). A própria intenção de procura por tratamento e o seu uso e adesão estão associados a diferentes percepções sobre a doença (Averous et al., 2020). Assim, torna-se interessante explorar também que possíveis diferenças podem existir ao nível destas percepções entre grupos que recorrem vs. não recorrem a intervenção psicológica e a medicação psiquiátrica. Adicionalmente, é de notar que a literatura verifica uma associação significativa entre a severidade da sintomatologia depressiva e as percepções de doença, o auto-estigma e a qualidade de vida (Averous et al. 2020; Livingston & Boyd, 2010; Saragoussi et al., 2018). Assim, deve ser uma variável a ter em consideração e a ser controlada para o presente estudo.

Posto isto, foram delineados os seguintes objetivos de estudo:

Objetivo 1: verificar se os indivíduos que recorrem vs. não recorrem a intervenção psicológica apresentam diferenças significativas ao nível das percepções de doença, do auto-estigma e da qualidade de vida.

Objetivo 2: verificar se os indivíduos que recorrem vs. não recorrem a medicação psiquiátrica apresentam diferenças significativas ao nível das percepções de doença, do auto-estigma e da qualidade de vida.

Objetivo 3: verificar se existem associações significativas entre as percepções de doença e o auto-estigma, a sintomatologia depressiva e a qualidade de vida.

Objetivo 4: explorar se o auto-estigma se constitui como um mediador da relação entre as percepções de doença e a qualidade de vida.

O nível de severidade da sintomatologia depressiva será controlado estatisticamente para o objetivo 4, uma vez que o mesmo pode ter influência ao nível das percepções de doença, do auto-estigma e da qualidade de vida.

Método

Participantes

O presente estudo é constituído por um total de 156 participantes, tratando-se de uma amostra comunitária e de conveniência. A população alvo inclui adultos (com idade igual ou superior a 18 anos) que sejam residentes em Portugal e refiram ter depressão (com ou sem diagnóstico). Como critério de exclusão foi estabelecido o não possuir literacia ou fluência na língua portuguesa. A amostra é essencialmente composta por participantes de nacionalidade portuguesa (96.8%) e do sexo feminino (N=123, 78.8%), com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos ($M = 46.26$; $DP = 15.261$). A maioria encontra-se casado/em união de facto (44.9%) ou solteiro (30.1%), e ativamente a exercer atividade profissional (63.5%). Ao nível do grau de escolaridade, 82 (52.6%) completaram o ensino superior e 43 (27.6%) completaram o ensino secundário ou um curso profissional. Relativamente ao distrito de residência 120 (76.9%) encontram-se a viver em Lisboa.

Uma parte significativa da amostra reportou ter tido intervenção psicológica (75%) e recorrido a medicação psiquiátrica (82.1%) no passado. Atualmente, apenas 61 (39.1%) recorrem a intervenção psicológica e 92 (59%) recorrem a medicação psiquiátrica. Adicionalmente, 57 (36.5%) participantes reportam sentir estar com depressão sem ter um diagnóstico oficial da doença.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico

No presente estudo, o questionário sociodemográfico pretendeu recolher dados pessoais acerca dos participantes, como o sexo, a idade, o estado civil, o grau de escolaridade, a região de residência, a nacionalidade e a ocupação atual. Além disso, desenvolveram-se algumas questões de resposta fechada (Sim/Não/Prefiro não responder), de forma a compreender se os participantes já tinham recorrido ou recorrem atualmente a

intervenção/medicação (e.g., “*Encontra-se atualmente a recorrer a intervenção psicológica*”). Por fim, incluíram-se ainda as perguntas “*Está atualmente diagnosticado/a com depressão por um/a profissional de saúde?*” e “*Sente estar com depressão, independentemente de estar ou não diagnosticada por um/a profissional de saúde?*”, com o propósito de caracterizar e incluir no estudo as perceções de pessoas que sintam estar deprimidas sem um diagnóstico oficial.

O índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8

De forma a avaliar o nível de qualidade de vida foi utilizado o índice EUROHIS-QOL-8 desenvolvido por Schmidt et al. (2006), que se caracteriza por uma medida breve adaptada do instrumento WHOQOL-100 e WHOQOL-Bref da organização mundial de saúde. A versão usada no presente estudo foi a de Pereira et al. (2011), validada para Portugal. A escala é constituída por 8 itens, comportando a mesma estrutura que o WHOQOL-Bref e estando agrupada em 4 domínios (psicológico, físico, social e ambiental). Cada domínio é representado por 2 itens. A resposta a cada item é fornecida numa escala tipo Likert de 5 pontos, por exemplo, de 1 (muito má) a 5 (muito boa). O resultado final é calculado através do somatório dos oito itens, obtendo-se um índice global. Uma melhor perceção de qualidade de vida equivale a um *score* total mais alto. Relativamente às capacidades psicométricas, o instrumento validado para a população portuguesa possui uma boa consistência interna com a escala total a apresentar um *Alfa de Cronbach* de 0.83. Para o presente estudo, também se verificou uma boa consistência interna do instrumento ($\alpha = 0.77$).

O questionário de crenças sobre a doença – versão breve (Brief-IPQ)

As representações de doença relativamente à depressão foram avaliadas através do Brief-IPQ de Broadbent et al. (2006), uma versão reduzida do IPQ-R composta por 9 itens. Cada item corresponde a uma dimensão distinta da perceção de doença. As representações cognitivas da doença englobam 5 itens (consequências, duração, controlo pessoal, controlo do tratamento e identidade). A preocupação e resposta emocional constituem as representações emocionais. Além disso, um item avalia a compreensão da doença (perceção meta-cognitiva) e outro item avalia a causa percebida da doença (item excluído do presente estudo devido à natureza aberta da resposta). Adicionalmente, uma vez que a palavra “doença” da escala original pode ser substituída pelo nome de uma doença específica, neste estudo a palavra foi substituída por “depressão”. Todos os itens, com exceção do item que mede a dimensão “causa percebida”, são respondidos numa escala linear contínua de 10 pontos, por exemplo, de 0 (não

afeta nada) a 10 (afeta gravemente). Os itens que medem a percepção do controlo pessoal, do controlo do tratamento e da compreensão da doença apresentam um *score* invertido. Cada item deve ser analisado de forma independente, sendo que uma pontuação mais elevada corresponde a uma visão mais ameaçadora e negativa da doença. A validade discriminativa do Brief-IPQ é assegurada por conseguir distinguir diferentes doenças, tendo já vários estudos (Figueiras et al., 2010; Machado et al., 2019; Oliveira e Pereira, 2012) feito uso desta escala em Portugal e verificado boas capacidades psicométricas.

O questionário sobre a saúde do paciente – 9 (PHQ-9)

De modo a avaliar a sintomatologia depressiva dos participantes foi usado o PHQ-9 criado por Kroenke et al. (2001). Neste estudo usou-se a versão traduzida e validada por Lamela et al. (2020). O PHQ-9 é constituído por 9 itens, sendo que cada item corresponde a um sintoma do critério A do diagnóstico da perturbação depressiva major descrita no DSM-V (APA, 2013). Os itens estão agrupados por duas subescalas: a somática (3 itens) e a cognitivo-afetiva (5 itens). A resposta é dada numa escala tipo Likert de 4 pontos, de 0 (nunca) a 3 (em quase todos os dias). Para a análise dos resultados, calcula-se um *score* total mediante a soma dos 9 itens. Através deste total obtemos o grau de severidade da sintomatologia depressiva, onde um valor mais alto corresponde a um grau de severidade maior. O questionário adaptado apresenta altos níveis de confiabilidade ($\alpha = 0.86$). Para o presente estudo, também se verificou uma boa consistência interna do instrumento ($\alpha = 0.88$).

A escala do Estigma Internalizado em pessoas com doença mental (ISMI)

O ISMI, desenvolvido por Ritsher et al. (2003), mede o auto-estigma percebido em indivíduos que sofrem com perturbações do foro psicológico. No presente estudo será utilizada a versão adaptada e validada para Portugal de Oliveira et al. (2015). O ISMI é uma escala constituída por 28 itens agrupados em cinco dimensões: afastamento social (8 itens), adesão aos estereótipos (5 itens), alienação (7 itens), experiência de discriminação (5 itens) e resistência ao estigma (3 itens). Cada item é respondido numa escala tipo Likert de 4 pontos, de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo totalmente). Os 3 itens correspondentes à subescala “resistência ao estigma” possuem uma pontuação invertida. Pode ser gerado um índice global através da soma dos itens respondidos e a sua posterior divisão pelo mesmo número de itens. Uma pontuação mais elevada representa um maior nível de auto-estigma. A escala total

adaptada apresenta boas capacidades psicométricas ($\alpha = 0.85$). Para a análise do presente estudo, os resultados também indicaram uma boa consistência interna ($\alpha = 0.93$).

Procedimento

Inicialmente, começou-se por enviar pedidos de autorização aos autores originais e das versões portuguesas das quatro escalas necessárias para o estudo. Após aprovação, deu-se início à criação do protocolo na plataforma LimeSurvey, tendo sido posteriormente realizado um teste piloto composto por 10 participantes com o intuito de obter feedback em relação aos questionários (e.g., duração, clareza e apresentação das perguntas). Após terem sido realizadas as alterações necessárias de acordo com a informação mais relevante, o estudo foi divulgado através das redes sociais e através do contacto direto com organizações, clínicas de psicologia e associações de apoio à depressão. Todos os participantes tinham acesso à informação de que o estudo era de carácter voluntário e que os questionários seriam respondidos de forma anónima e via online. Em primeiro lugar era apresentada a carta sobre o consentimento informado, seguindo-se o questionário sociodemográfico e algumas questões sobre saúde mental. Posteriormente, eram apresentados, de forma aleatória, os questionários EUROHIS-QOL-8, Brief-IPQ, PHQ-9 e o ISMI.

O período da recolha de dados foi de aproximadamente 3 meses, decorrendo entre os meses de Abril e Junho de 2023. Todos os dados foram tratados estatisticamente com o auxílio do *software IBM SPSS v.29*. De forma a testar os possíveis efeitos de mediação propostos recorreu-se ao programa *PROCESS v4.2* componente ao *SPSS* desenvolvido por Hayes (2012).

Resultados

Uso de Intervenção Psicológica - diferenças nas Perceções sobre a doença, Auto-estigma e Qualidade de Vida

Com o objetivo de verificar a existência de diferenças significativas tanto ao nível de cada Perceção sobre a doença, como ao nível do Auto-estigma e da Qualidade de Vida, entre os participantes que recorrem vs. os que não recorrem a Intervenção Psicológica, foram realizados testes *T-Student* para amostras independentes. Os resultados estão reportados na tabela seguinte (Tabela 1).

Tabela 1 - Níveis da *Qualidade de Vida*, do *Auto-estigma* e de cada *Percepção sobre a doença* por cada grupo de *Intervenção Psicológica* (não recorre vs. recorre)

Variáveis (N=154)	Não recorre a Intervenção Psicológica (N=93)		Recorre a Intervenção Psicológica (N=61)		Comparação de Grupos
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Qualidade de Vida	23.82	4.17	24.31	4.76	$t(152) = -.68; p = .497; d = -.11$
Auto-estigma	2.21	.46	2.22	.47	$t(152) = -.22; p = .827; d = -.04$
Consequências	9.03	1.31	8.64	1.57	$t(152) = 1.68; p = .095; d = .28$
Duração	7.91	1.67	7.25	1.36	$t(152) = 2.60; p = .010; d = .43$
Controlo Pessoal	6.60	2.62	5.93	2.36	$t(152) = 1.61; p = .110; d = .27$
Controlo do tratamento	2.15	2.32	1.66	1.83	$t(146.879) = 1.48; p = .142; d = .23$
Identidade	6.76	2.05	6.85	2.13	$t(152) = -.26; p = .796; d = -.04$
Preocupação	6.53	2.23	7.26	2.34	$t(152) = -1.96; p = .052; d = -.32$
Compreensão	5.47	2.69	5.08	2.45	$t(152) = .92; p = .361; d = .15$
Resposta Emocional	9.12	1.33	9.26	1.25	$t(152) = -.67; p = .503; d = -.11$

Nota: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *t* = *T-Student*; *d* = *D* de Cohen

Através dos resultados apresentados na Tabela 1 é possível confirmar que apenas existem diferenças significativas ao nível da percepção *Duração* da doença. Verifica-se que quem não recorre a *Intervenção Psicológica* apresenta piores percepções a este sentido, ou seja, percebem que a depressão durará mais tempo ($M = 7.91$; $DP = 1.67$) em comparação com os participantes que recorrem a *Intervenção Psicológica* ($M = 7.25$; $DP = 1.36$).

Adicionalmente, é possível conferir que a diferença entre os níveis médios da percepção *Preocupação* sobre a doença apresenta um *p-value* ligeiramente superior ($p = .052$) ao considerado significativo. Assim, sugere-se que exista uma tendência para quem não recorre a

Intervenção Psicológica a apresentar uma menor preocupação sobre a depressão ($M = 6.53$; $DP = 2.23$) comparativamente com quem recorre a Intervenção Psicológica ($M = 7.26$; $DP = 2.34$).

Uso de Medicação Psiquiátrica - diferenças nas Perceções sobre a doença, Auto-estigma e Qualidade de Vida

Com o objetivo de verificar diferenças significativas ao nível de cada Perceção sobre a doença, como ao nível do Auto-estigma, tal como ao nível da Qualidade de Vida, entre os participantes que recorrem vs. os que não recorrem a Medicação Psiquiátrica, foram realizados testes *T-Student* para amostras independentes, cujos resultados são descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Níveis da Qualidade de Vida, do Auto-estigma e de cada Perceção sobre a doença por cada grupo de Medicação Psiquiátrica (não recorre vs. recorre)

Variáveis (N=156)	Não recorre a Medicação Psiquiátrica (N=64)		Recorre a Medicação Psiquiátrica (N=92)		Comparação de Grupos
	M	DP	M	DP	
Qualidade de Vida	23.84	4.38	24.04	4.44	$t(154) = -.28$; $p = .782$; $d = -.05$
Auto-estigma	2.19	.43	2.24	.48	$t(154) = -.57$; $p = .568$; $d = -.09$
Consequências	8.72	1.66	8.99	1.24	$t(109.818) = -1.17$; $p = .270$; $d = -.19$
Duração	7.41	1.81	7.82	.138	$t(111.946) = -1.53$; $p = .130$; $d = -.26$
Controlo Pessoal	5.98	2.60	6.66	2.49	$t(154) = -1.65$; $p = .102$; $d = -.27$
Controlo do tratamento	2.03	2.18	1.88	2.11	$t(154) = .43$; $p = .665$; $d = .07$
Identidade	6.58	1.97	6.98	2.13	$t(154) = -1.19$; $p = .235$; $d = -.19$
Preocupação	6.25	2.36	7.26	2.17	$t(154) = -2.76$; $p = .006$; $d = -.45$
Compreensão	5.81	2.37	4.95	2.71	$t(154) = 2.07$; $p = .040$; $d = .34$

Resposta Emocional	8.84	1.57	9.42	1.01	$t(98.879) = -2.61; p = .010; d = -.46$
---------------------------	------	------	------	------	---

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; t = *T-Student*; d = *D* de Cohen

É possível concluir que as últimas três Percepções sobre a doença (Preocupação, Compreensão e Resposta Emocional) da Tabela 2, são as únicas percepções a apresentarem diferenças significativas entre os participantes que não recorrem vs. os que recorrem a Medicação Psiquiátrica.

Ao nível da percepção Preocupação sobre a doença, as diferenças encontradas indicam que quem não recorre a Medicação Psiquiátrica apresenta um menor nível de preocupação em relação à depressão ($M = 6.25; DP = 2.36$) em comparação com quem recorre a Medicação Psiquiátrica ($M = 7.26; DP = 2.17$). Ao nível da percepção Compreensão sobre a doença, os resultados apontam para que os participantes que não recorrem a Medicação Psiquiátrica percebem compreender menos a depressão ($M = 5.81; DP = 2.37$) comparativamente com os que recorrem a Medicação Psiquiátrica ($M = 4.95; DP = 2.71$). Por fim, ao nível da percepção Resposta emocional, os resultados mostram que os participantes que não recorrem a Medicação Psiquiátrica percebem que a depressão os afeta menos emocionalmente ($M = 8.84; DP = 1.57$) em comparação com os participantes que recorrem a Medicação Psiquiátrica ($M = 9.42; DP = 1.01$).

Associações entre as variáveis em estudo

As correlações entre as diferentes variáveis em estudo, através do coeficiente de correlação de *Pearson* (r), são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Coeficientes de Correlação *Pearson* entre as variáveis em estudo

Variáveis (N=156)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Qualidade de Vida	-										
2. Sintomatologia Depressiva	-.49**	-									
3. Auto-estigma	-.45**	.26**	-								
4. Consequências	-.05	.02	-.03	-							

5. Duração	-.13	.08	.10	.32**	-						
6. Controlo Pessoal	-.09	.11	.02	.27**	.12	-					
7. Controlo do Tratamento	-.30**	.18*	.33**	-.27**	-.05	-.01	-				
8. Identidade	-.15	.14	.14	.25**	.12	.06	-.13	-			
9. Preocupação	-.01	-.16*	-.00	.24**	.08	.10	-.08	.44**	-		
10. Compreensão	-.09	.13	.00	.10	-.05	.33**	.06	-.07	-.33**	-	
11. Resposta Emocional	.03	.01	-.10	.52**	.20*	.15	-.27**	.33**	.23**	.08	-

** Nível de significância < 0,01

* Nível de significância < 0,05

Os resultados da Tabela 3 permitem concluir que a Qualidade de Vida apresenta uma correlação significativa (moderada) e negativa com a Sintomatologia Depressiva e com o Auto-estigma, indicando que quanto maior for o nível destas últimas, menor será o nível de Qualidade de Vida sentida pelo participante. Já ao nível das perceções sobre a doença, apenas a perceção Controlo do Tratamento apresenta uma associação significativa (fraca) e negativa com a Qualidade de Vida, verificando-se que quanto menos controlo do tratamento for percecionado, menor será o nível de Qualidade de Vida (relembrando que uma pontuação mais elevada na perceção Controlo do Tratamento = a uma pior perceção sobre a depressão).

É de salientar que a perceção Identidade apresentou uma correlação negativa com a Qualidade de Vida com um *p value* ligeiramente superior ao nível de significância ($p = .061$). Deste modo, sugere-se que exista uma tendência para que quanto mais sintomas graves forem percecionados, menor será a Qualidade de Vida sentida pelo participante.

Além disso, é possível afirmar que ao nível da Sintomatologia Depressiva também existe uma correlação significativa (fraca) e positiva com o Auto-estigma, sugerindo que quanto maior esta for, maior será o auto-estigma reportado pelo participante, ou vice-versa. Igualmente é possível concluir que a Sintomatologia Depressiva apresenta uma correlação significativa (fraca) e positiva com a perceção de Controlo do Tratamento, observando-se que quanto maior for o grau de sintomatologia depressiva do participante, menos controlo do tratamento na depressão este mesmo perceciona existir. Por sua vez, a Sintomatologia Depressiva apresenta

uma correlação significativa (fraca) e negativa com a percepção Preocupação, indicando que quanto maior o grau de sintomatologia depressiva, menos preocupação sobre a depressão é percebida. A percepção de Identidade apresenta novamente uma correlação positiva com a Sintomatologia Depressiva, marginalmente acima do que seria significativo ($p = .083$). Não obstante, sugere-se uma possível tendência para que os participantes com maiores níveis de sintomatologia depressiva, terem uma percepção de maior gravidade e mais sintomas depressivos.

Por fim, podemos verificar que o Auto-estigma apresenta apenas uma associação significativa (fraca) e positiva com a percepção Controlo do Tratamento, indicando que quanto menor for a percepção de controlo do tratamento sobre a depressão por parte do participante, maior será o seu nível de Auto-estigma. De igual modo, é de referir que a percepção Identidade volta a estar associada positivamente com o Auto-estigma, com um *p value* marginalmente acima do nível de significância ($p = .083$), sugerindo que existe uma tendência para os participantes que percebem uma maior gravidade e quantidade de sintomas, sentirem um maior nível de auto-estigma.

Posto isto, é de notar que se decidiu realizar posteriormente um modelo de mediação incluindo a percepção Identidade, uma vez que os resultados mostravam uma tendência para a significância desta percepção no modelo se, por exemplo, a dimensão da amostra fosse maior, sendo também pertinente discutir estes resultados para futuras pesquisas.

Análises de Mediação

Consoante os resultados advindos das relações entre as variáveis em estudo posteriormente verificadas, foram testados quatro modelos de mediação simples utilizando o programa *PROCESS v4.1* integrante ao *SPSS*.

Mediação do Auto-estigma sobre a Qualidade de Vida em função da percepção do Controlo do Tratamento (com controlo da Sintomatologia Depressiva)

Sendo que a percepção Controlo do Tratamento apresentou associações significativas ($p \leq .050$) com a variável Auto-estigma (possível mediadora no modelo), com a Qualidade de Vida (variável critério do modelo) e até mesmo com a Sintomatologia Depressiva, que em um modelo será controlada (covariável), foram realizados dois modelos de mediação simples (Tabela 4).

Tabela 4 - Modelo de Mediação Simples (percepção de Controlo do tratamento sem vs. com controlo da Sintomatologia Depressiva)

<i>Sem controlo da SD</i>	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%		<i>R</i> ²
					LI	LS	
Efeito Total	-0.30	.16	-3.95	<.001	-.94	-.31	.09
Efeito Direto	-.17	.16	-2.30	.023	-.66	-.05	.23
CT → AE	.33	.02	4.34	<.001	.04	.10	.11
AE → QV	-.39	.71	-5.25	<.001	-5.15	-2.34	-
Efeito de mediação	-.13	.07	-	-	-.42	-.14	-
<i>Com controlo da SD</i>							
Efeito Total	-.22	.14	-3.23	.002	-.75	-.18	.29
Efeito Direto	-.13	.14	-1.94	.054	-.56	.00	.37
CT → AE	.29	.02	3.88	<.001	.03	.10	.15
AE → QV	-.31	.66	-4.41	<.001	-4.25	-1.62	-
SD → QV	-.38	.05	-5.72	<.001	-.39	-.19	-
Efeito de mediação	-.09	.06	-	-	-.15	-.04	-

Nota: CT = Controlo do Tratamento; AE = Auto-estigma; QV = Qualidade de Vida; SD = Sintomatologia Depressiva
 Nota: *b* = coeficiente estandardizado
 Nota: Bootstrap resampling = 5.000

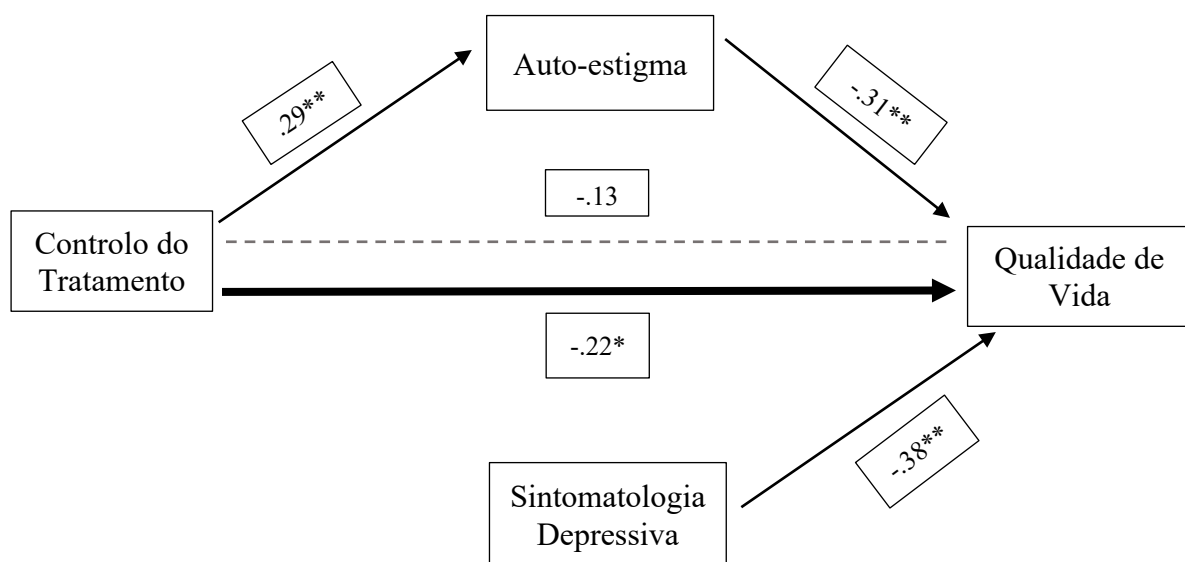
Através da Tabela 4 é possível concluir que a percepção de Controlo do Tratamento sobre a doença influencia diretamente a Qualidade de Vida, tal como indiretamente via Auto-estigma (efeito de mediação parcial) de forma significativa, IC 95% =]-.421; -.137[, sem o controlo dos níveis de Sintomatologia Depressiva. Por outro lado, através do modelo com o controlo da Sintomatologia Depressiva, verifica-se que a percepção de Controlo do Tratamento

sobre a doença passa a influenciar apenas de forma indireta a Qualidade de Vida (efeito de mediação total). É possível observar ainda um aumento significativo da variância total explicativa da Qualidade de Vida sentida pelos participantes (28.6%), em comparação com o modelo anterior sem o controlo da Sintomatologia Depressiva (9.2%).

Esta influência indireta apresenta-se de forma positiva sobre o auto-estigma, indicando que quanto maior for a percepção de que o tratamento ajuda pouco ou nada a depressão, maior será o nível de auto-estigma, que, por sua vez, apresenta um impacto negativo sobre a qualidade de vida, indicando que quanto mais este for sentido pelos participantes, menor será a qualidade de vida sentida pelos mesmos. Estes resultados comprovam assim que a percepção Controlo do Tratamento tem uma influência significativa indireta sobre a Qualidade de Vida, sendo o Auto-estigma uma importante mediadora dessa relação e a Sintomatologia Depressiva uma variável que significativamente influencia bastante toda esta relação.

Em resumo, o diagrama seguinte (Figura 1) ilustra os resultados referidos anteriormente do modelo de mediação simples com o controlo da Sintomatologia Depressiva.

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Mediação Simples (percepção de Controlo do tratamento com controlo da Sintomatologia Depressiva)



** Nível de significância < 0,01
 * Nível de significância < 0,05

Mediação do Auto-estigma sobre a Qualidade de Vida em função da percepção da Identidade (com controlo da Sintomatologia Depressiva)

Adicionalmente, realizou-se duas análises de mediação simples com o Auto-estigma como mediadora da relação da Qualidade de Vida em função da percepção Identidade, com (vs. sem) controlo da Sintomatologia Depressiva (Tabela 5).

Tabela 5 - Modelo de Mediação Simples (percepção de Identidade sem vs. com controlo da Sintomatologia Depressiva)

	<i>b</i>	SE	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%		<i>R</i> ²
					LI	LS	
<i>Sem controlo da SD</i>							
Efeito Total	-.15	.17	-1.89	.061	-.66	.01	.02
Efeito Direto	-.09	.15	-1.23	.220	-.50	.12	.21
ID → AE	.14	.02	1.75	.083	-.00	.07	.02
AE → QV	-.44	.69	-6.06	<.001	-5.53	-2.81	-
Efeito de mediação	-.06	.09	-	-	-.31	.03	-
<i>Com controlo da SD</i>							
Efeito Total	-.08	.15	-1.19	.237	-.48	.12	.24
Efeito Direto	-.05	.14	-.72	.471	-.38	.18	.35
ID → AE	.11	.02	1.35	.180	-.01	.06	.08
AE → QV	-.34	.64	-5.07	<.001	-4.54	-.2	-
SD → QV	-.39	.06	-5.77	<.001	-.39	-.19	-
Efeito de mediação	-.04	.07	-	-	-.22	.04	-

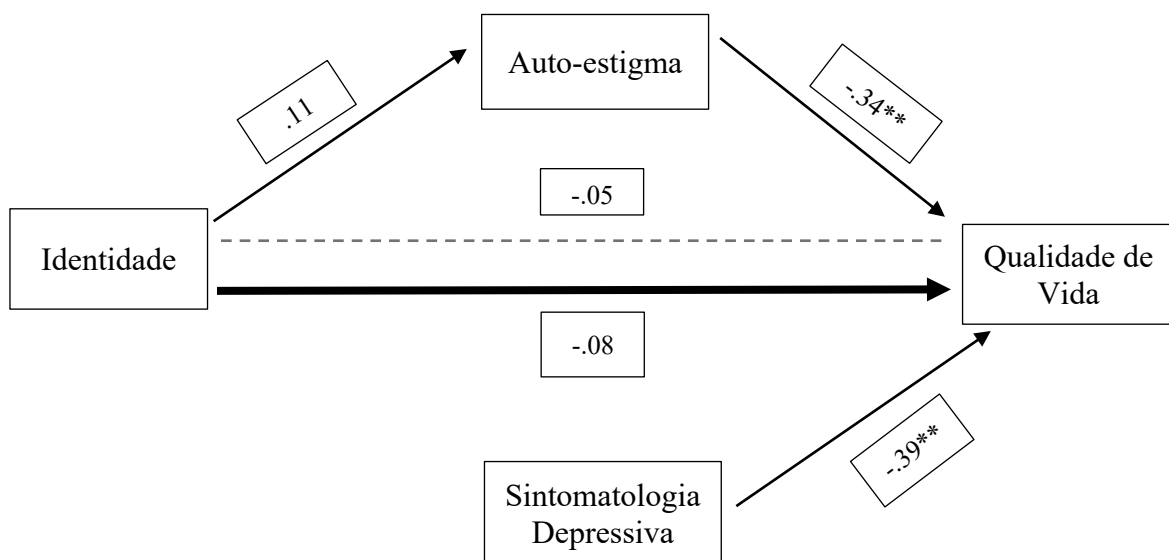
Nota: ID = Identidade; AE = Auto-estigma; QV = Qualidade de Vida; SD = Sintomatologia Depressiva
 Nota: *b* = coeficiente estandardizado
 Nota: Bootstrap resampling = 5.000

Através dos resultados reportados na Tabela 5 é possível verificar que não existe qualquer efeito significativo da percepção de Identidade ao nível da Qualidade de Vida. No entanto, observa-se uma tendência para a influência ($p = .061$) da percepção de Identidade ao nível da Qualidade de Vida de forma indireta via Auto-estigma (possível efeito de mediação total), sem controlar os níveis de Sintomatologia Depressiva. Por sua vez, os resultados do modelo com o controlo da Sintomatologia Depressiva permitem concluir que essa tendência deixa de existir por completo. Quando a Sintomatologia Depressiva é controlada, a percepção da quantidade de sintomas graves deixa de ser um fator importante para explicar a qualidade de vida sentida pelos participantes.

É possível também constatar que houve um aumento significativo da variância total explicativa dos níveis de Qualidade de Vida (24.3%), em comparação com o modelo anterior sem o controlo da Sintomatologia Depressiva (2.3%). Estes dados indicam assim que a Sintomatologia Depressiva se apresenta como uma variável extremamente importante e significativa para explicar a variância nos níveis de qualidade de vida dos participantes.

Resumidamente o diagrama seguinte (Figura 2) ilustra estes resultados.

Figura 2 - Diagrama do Modelo de Mediação Simples (percepção de Identidade com controlo da Sintomatologia Depressiva)



** Nível de significância < 0,01
 * Nível de significância < 0,05

Discussão

Com base no modelo de autorregulação do comportamento de doença de Diefenbach e Leventhal (1996), o presente estudo teve como principal objetivo analisar se o auto-estigma se constituía como um possível mediador da relação entre diferentes percepções de doença e a qualidade de vida em indivíduos deprimidos. Os resultados são promissores, indicando que o auto-estigma pode ser visto como um bom mediador desta relação, mas apenas para a percepção do Controlo do Tratamento. Além disso, verificou-se ainda diferenças ao nível de algumas percepções de doença entre indivíduos que recorrem vs. não recorrem a intervenção psicológica e medicação psiquiátrica.

No geral, os participantes apresentam, em média, um nível baixo a moderado de estigma internalizado, assim como um grau moderado de sintomas depressivos. De igual modo, os participantes percecionam ter um nível moderado de qualidade de vida. Ao nível das percepções de doença, destacam-se as percepções de Consequências, Controlo do Tratamento e Resposta Emocional. Há semelhança da investigação nesta área (Abo-Rass et al., 2021; Baines & Wittkowski, 2013; Bear et al., 2021), os participantes percecionam que a depressão é causadora de muitas consequências graves. Já ao nível da percepção Resposta Emocional, e como expectável pela literatura (Lu et al., 2014; Vollmann et al., 2020), os participantes sentem que a sua depressão os afeta bastante emocionalmente. Por fim, foi também percecionado que o tratamento ajuda muito no controlo da depressão. Estes resultados vão de encontro aos resultados reportados por Baines e Wittkowski (2013), mas contradizem os estudos de Abo-Rass et al. (2021) e Vollmann et al. (2020), que concluíram que indivíduos deprimidos apresentavam uma baixa percepção de controlo.

Os resultados do presente estudo poderão derivar do número elevado de participantes que já recorreram ou recorrem a intervenção psicológica e/ou a medicação psiquiátrica, colocando-se a hipótese de que ao existir um historial de procura de ajuda, é expectável que haja uma melhor percepção do controlo do tratamento. De acordo com a investigação na área, as percepções de doença não são fixas e tendem a flutuar com a experiência (Baines & Wittkowski, 2013). No estudo de Bear et al. (2021), a maioria dos participantes com depressão referiram como as suas percepções face ao tratamento foram mudando ao longo do curso da doença, corroborando assim a nossa hipótese.

Em resposta ao primeiro objetivo, verificou-se que os participantes que recorrem a intervenção psicológica percecionam que a sua depressão durará menos tempo em comparação com quem não recorre a intervenção. A literatura que explora os efeitos da psicoterapia nas

percepções de doença na área da saúde mental é extremamente escassa, especialmente no que concerne à depressão que é maioritariamente estudada em comorbilidade com outras doenças ou perturbações mentais. Um estudo conduzido por Shan et al. (2022) investigou os efeitos da terapia cognitiva-comportamental em pacientes com fibrilação arterial e depressão. Os resultados encontrados corroboram a nossa descoberta, verificando-se que o grupo que recebeu psicoterapia apresentou uma melhoria ao nível das percepções de doença, nomeadamente, apresentaram uma menor percepção de duração da doença. De forma contrária, os resultados encontrados no estudo de O'Mahen (2009) sugerem que o uso de tratamento (e.g., psicoterapia) está associado a uma percepção de maior duração da depressão. De igual modo, o estudo de Bear et al. (2021) concluiu que, após tratamento, alguns participantes começaram a percecionar a depressão como uma doença crónica.

Posto isto, colocam-se algumas possíveis explicações perante estas inconsistências. Conforme descrito pela APA (2013), a depressão pode apresentar-se na forma de um episódio único ou recorrente, ou ser considerada crónica (Distímia). Neste sentido, levanta-se a hipótese de que quem apresentar uma perturbação depressiva persistente, irá querer recorrer a terapia de forma a minimizar os seus sintomas. Contudo, independentemente dessa intervenção, a sintomatologia poderá não desaparecer por completo, levando assim a uma maior percepção de duração da depressão. Não obstante, os participantes da nossa amostra apresentaram uma percepção de controlo do tratamento muito positiva, sugerindo que a intervenção recebida está a ser eficaz ou que a recuperação é percecionada como mais facilmente alcançável. Adicionalmente, o grau de sintomatologia depressiva percecionado não é elevado - na revisão de Mavroeides e Koutra (2021), uma percepção de maior duração da depressão associava-se a uma sintomatologia depressiva mais severa. Todos estes fatores combinados podem indicar que a depressão é vista, pelos participantes que fazem uso de intervenção, como menos duradoura.

Para além da percepção de Duração sobre a doença, verificou-se uma tendência para que quem recorre a intervenção psicológica, apresentasse uma maior preocupação em relação à depressão. Apesar de não existir significância estatística, pensa-se que, por exemplo, se a dimensão da amostra fosse superior, estes resultados seriam significativos, e, portanto, torna-se pertinente discuti-los. Posto isto, e em contraste com o nosso resultado, o estudo de Shan et al. (2022) verificou que indivíduos que receberam terapia apresentavam uma menor preocupação em relação à doença. Contudo, a nossa amostra de participantes encontra-se atualmente a recorrer a intervenção psicológica, não tendo terminado o processo terapêutico.

Assim, é compreensível que quem recorra a psicoterapia apresente sentimentos de maior preocupação em relação à depressão, estando, por isso, no processo de receber ajuda.

Perante estes resultados, admitem-se algumas limitações que podem ter influenciado a não existência de outras diferenças significativas em relação às restantes perceções de doença, assim como ao nível da qualidade de vida e do auto-estigma. Em primeiro lugar, não há conhecimento sobre há quanto tempo os participantes iniciaram a terapia, e o tamanho da amostra é reduzido. Além disso, cada indivíduo reage à intervenção psicológica de forma diferente (Bear et al., 2021) e pessoas do mesmo grupo (com ou sem terapia) podem apresentar muitas diferenças entre si – por exemplo, quadros clínicos distintos, um historial de intervenção ou até o contacto com outras pessoas com depressão, que podem vir a influenciar as perceções de doença. Diferentes graus de severidade de sintomas podem também ter um impacto distinto nas representações face à depressão (Mavroeides & Koutra, 2021), e na forma como a intervenção é conduzida. Não obstante, são resultados promissores que indicam que existem, de facto, algumas diferenças em certas perceções de doença. Considera-se assim importante conduzir mais estudos comparativos, e de forma mais aprofundada, tanto para compreender a eficácia dos tratamentos, como para perceber quais as perceções que levam as pessoas a não desistir dos mesmos. No entanto, sugere-se a possibilidade de ser usado um instrumento diferente para avaliar as perceções de doença ou de se realizar uma adaptação do Brief-IPQ para indivíduos com depressão. Marcus et al. (2014), por exemplo, desenvolveram para o seu estudo uma escala adaptada do questionário IPQ de forma a prever a eficácia de intervenção psicológica em indivíduos com psicose.

Face ao segundo objetivo, também apenas algumas perceções sobre a doença apresentaram diferenças significativas entre os grupos estudados. Há semelhança do que se verificou no objetivo anterior, os participantes que recorrem a medicação psiquiátrica apresentam mais preocupação em relação à depressão em comparação com quem não recorre. De igual modo, quem recorre a medicação apresenta a perceção de que a depressão os afeta mais emocionalmente comparativamente a quem não recorre a medicação. Estes resultados divergem das conclusões retiradas por Averous et al. (2018) e Oflaz et al. (2015) acerca de outras perturbações mentais, que confirmaram como *scores* mais elevados nas representações emocionais se associavam a um maior risco de *drop-out* do tratamento e a menos adesão medicamentosa, respetivamente. No entanto, seguindo a mesma linha de pensamento do objetivo anterior, presume-se que níveis elevados de preocupação e resposta emocional levem os participantes a quererem iniciar medicação para controlar a sua depressão. Na revisão de

Baines e Wittkowski (2013), por exemplo, algumas percepções consideradas negativas associavam-se a um aumento da procura de ajuda. Por fim, verificou-se que quem recorre a medicação psiquiátrica compreende melhor a depressão. De acordo com a investigação na área da saúde mental (Averous et al., 2020; Baines & Wittkowski, 2013; Cannon et al., 2022), uma melhor compreensão da doença leva a atitudes mais positivas para com o tratamento. Além disso, levanta-se a possibilidade de que quem nunca experienciou nenhum tipo de tratamento, não compreenderá tão bem a sua doença, uma vez que não terá tido contacto com profissionais de saúde com conhecimento na área.

No presente estudo apenas foi usada uma parte da amostra, a que recorre atualmente a intervenção psicológica e medicação psiquiátrica, não existindo uma distinção entre quem já tinha ou não realizado algum tipo de intervenção no passado. Futuras pesquisas devem ter em consideração estes aspetos e utilizar grupos que estejam no mesmo nível do seu percurso de tratamento.

No que diz respeito ao terceiro objetivo, observaram-se algumas correlações significativas. De forma consistente com a literatura (Cho et al., 2019; Garg & Kaur, 2022; Holubova et al., 2016), os resultados mostraram como um nível mais baixo de qualidade de vida se associava a um nível mais elevado de auto-estigma e de sintomatologia depressiva. Por sua vez, um nível mais alto de estigma internalizado correlacionava-se com um maior grau de sintomatologia depressiva. A depressão e o auto-estigma estão fortemente relacionados, sendo que uma intensificação da sintomatologia depressiva pode levar a mais internalização do estigma, assim como o próprio estigma intensifica os sintomas da depressão, ambos consequentemente contribuindo para uma pior qualidade de vida (Garg & Kaur, 2022).

Ao nível das percepções de doença, o Controlo do Tratamento foi a única percepção que apresentou associações significativas com as restantes variáveis. Em concordância com a investigação de Abo-Rass et al. (2021), e como esperado, verificou-se como uma percepção de maior controlo do tratamento sobre a depressão se associava a uma melhor percepção de qualidade de vida. Na revisão de Averous et al. (2020), o controlo do tratamento também se apresentou como uma variável importante na relação com a qualidade de vida num vasto espectro de perturbações mentais. Por sua vez, e em conformidade com a revisão sistemática de Mavroeides e Koutra (2021), observou-se também que perceber que o tratamento ajuda muito no controlo da depressão, se associava a um menor grau de sintomatologia depressiva. Por fim, confirmou-se ainda que uma percepção de maior controlo do tratamento sobre a depressão relacionava-se com uma menor propensão para internalizar o estigma - resultados

semelhantes aos encontrados por Chan e Mak (2016) e Goyal et al. (2020). No geral, uma percepção de maior controlo do tratamento relaciona-se com um melhor ajustamento à doença, apresentando-se na literatura como uma das percepções mais consistentes na relação com diferentes *outcomes* na depressão (Baines; Cannon et al, 2022; Goyal et al., 2020; Mavroeides & Koutra, 2021). Todos estes resultados corroboraram e permitiram que se avançasse com a hipótese do modelo de mediação em função da percepção do Controlo do Tratamento.

Adicionalmente, apesar de não existir uma correlação estatisticamente significativa, foram verificadas relações relevantes entre a percepção de Identidade e as restantes variáveis em estudo. Estes resultados convergem com os da restante literatura, verificando-se que perceber mais sintomas graves se associa a mais sintomatologia depressiva (Baines & Wittkowski, 2013; Mavroeides & Koutra 2021), a uma pior percepção de qualidade de vida (Abo-Rass et al., 2021) e a um maior nível de auto-estigma (Chan & Mak, 2016). A investigação propõe como a identidade também é uma das percepções mais constantes na literatura em associação com diferentes *outcomes* na depressão (Mavroeides & Koutra, 2021), tendo sido identificada como um dos determinantes que melhor explica a qualidade de vida no estudo de Abo-Rass et al. (2021). Assim, e apesar do *p value* destas associações estarem marginalmente acima do nível de significância, ponderou-se a hipótese de poder eventualmente existir um efeito significativo da identidade na qualidade de vida (caso o tamanho da amostra fosse superior), e, portanto, decidiu-se avançar com essa mesma percepção para a análise do modelo de mediação.

Posto isto, acreditava-se que existiriam mais associações significativas com outras representações de doença, como por exemplo a percepção de Consequências ou de Compreensão, uma vez que as mesmas se encontram bastante presentes na literatura sobre a depressão (Mavroeides & Koutra, 2021). No entanto, algumas interpretações que se fazem relativamente à não existência de outras relações significativas são, em primeiro lugar, porque as percepções de doença são diferentes para cada indivíduo e podiam estar demasiado díspares nesta amostra (amostra pequena). Em segundo lugar, existem também algumas incongruências na literatura em relação a que tipo de percepções e em que grau (positivo ou negativo) afetam o ajustamento à doença, que se pode traduzir tanto ao nível da qualidade de vida, como ao nível do auto-estigma e da sintomatologia depressiva. Por fim, é preciso ter em consideração o tipo de perturbação. A literatura propõe que as mesmas percepções de doença, em diferentes perturbações, resultam em *outcomes* distintos (Averous et al., 2020; Baines & Wittkowski, 2013). Por fim, a depressão altera a cognição dos indivíduos, sendo difícil distinguir o que são

sintomas advindos da perturbação, e o que são as próprias representações de doença, propondo-se assim novamente o uso de escalas próprias que estejam validadas para indivíduos com perturbações mentais, ou mais especificamente, para a depressão (Averous et al. 2020).

Todavia, o facto da percepção de Controlo do Tratamento ser a única percepção a apresentar relações significativas com as restantes variáveis em estudo não é surpresa. É importante ter em consideração o contexto da amostra, e os participantes têm um historial de uso de intervenção/medicação, tanto no passado como no presente. Assim, acredita-se que esta percepção tenha, de facto, um impacto significativo sobre o auto-estigma e a qualidade de vida.

No último objetivo, foi analisado o efeito mediador do Auto-estigma sobre a Qualidade de Vida em função da percepção do Controlo do Tratamento (com e sem recurso ao controlo da Sintomatologia Depressiva). No que concerne ao primeiro modelo (sem o controlo da sintomatologia), e como a literatura sugere, o Controlo do Tratamento apresenta um impacto direto sobre a qualidade de vida, ou seja, uma pior percepção de controlo do tratamento contribui para a diminuição da qualidade de vida dos participantes. Além disso, o controlo do tratamento também influencia indiretamente a qualidade de vida através do auto-estigma. Em concordância com os resultados de Chan e Mak (2016) e Moses (2010), perceber que o tratamento ajuda muito no controlo da depressão atua como um fator protetor contra a internalização do estigma. Supõe-se que os indivíduos ao sentirem que os efeitos negativos da sua depressão estão controlados, internalizam menos os estereótipos associados à depressão, contribuindo, por sua vez, para uma melhor percepção de qualidade de vida. O auto-estigma despoleta sentimentos de desesperança, inferioridade e desvalorização do *self*, levando, conseqüentemente, a mais sintomas clínicos e a uma pior recuperação da doença (Chan & Mak, 2016), que se reflete posteriormente na qualidade de vida do indivíduo. Deste modo, e como previsto, o auto-estigma também é um grande preditor do nível da qualidade de vida de quem sofre com depressão.

Por sua vez, no segundo modelo (com o controlo da sintomatologia depressiva), verificam-se mudanças significativas, em que o Controlo do Tratamento passou a influenciar a qualidade de vida somente através do Auto-estigma, observando-se simultaneamente um aumento significativo da variância total explicativa dos níveis de qualidade de vida. Além disso, das variáveis que contribuem para explicar a qualidade de vida, a sintomatologia depressiva demonstra-se como a mais importante. Os resultados deste estudo e a mais recente literatura apontam para uma relação significativa entre a sintomatologia depressiva com a qualidade de vida, o auto-estigma e a percepção de controlo do tratamento. No estudo de Saragoussi et al. (2018) verificou-se que ao longo do curso da depressão, as variações no nível de qualidade de

vida dos participantes estavam associadas ao grau de severidade da sua sintomatologia. Deste modo, presume-se que a sintomatologia depressiva seja extremamente relevante, tanto para a explicação direta da qualidade de vida, como para a explicação das relações para com a mesma.

Apesar de sabermos que existe uma correlação entre a severidade da sintomatologia e as percepções de doença, a existência de uma possível relação de causalidade não está bem explorada. É difícil distinguir se são as representações negativas face à depressão que contribuem para o agravamento da sintomatologia depressiva ou vice-versa, uma vez que a depressão é uma perturbação que altera, de forma negativa, o modo como o indivíduo interpreta a realidade (Baines & Wittkowski, 2013). No estudo de Chan e Mak (2016), foi testado um modelo alternativo que incluía a sintomatologia depressiva como sendo preditora das representações de doença. Os resultados propunham a influência da sintomatologia depressiva nalgumas percepções (e.g., controlo e identidade), contudo o modelo não se demonstrou estatisticamente adequado, tendo sido descartado. Deste modo, e como outros autores propõem (Averous et al., 2018; Lobban et al., 2004), destaca-se a necessidade de estudos futuros analisarem esta relação mais aprofundadamente. Adicionalmente, recomenda-se a inclusão e a avaliação à priori da severidade da sintomatologia depressiva para futuras pesquisas que queiram explorar a relação entre percepções de doença e a qualidade de vida na depressão.

Em suma, a percepção de Controlo do Tratamento apresenta uma influência significativa na internalização do estigma, colocando os indivíduos em risco de desenvolver um autoconceito negativo, que por sua vez os impede de ter uma boa qualidade de vida. Adicionalmente, conclui-se também que o auto-estigma se apresenta, estatisticamente, como um bom mediador da relação entre o controlo do tratamento e a qualidade de vida.

Para além disto, demonstrou-se ainda uma tendência para a percepção de Identidade influenciar a qualidade de vida via auto-estigma. No entanto, após o controlo da sintomatologia depressiva, a percepção de Identidade deixou de ter qualquer efeito, indicando assim que a mesma não é uma boa preditora da qualidade de vida e não serve para ser usada no modelo para explicar a variância da mesma. Ainda assim, observou-se novamente um aumento drástico da variância total explicativa dos níveis de qualidade de vida, reforçando a importância da sintomatologia depressiva. A partir destes resultados apenas se conclui que o auto-estigma e a sintomatologia depressiva são bons preditores da percepção de qualidade de vida em indivíduos deprimidos. O conceito de percepção de identidade é muito semelhante ao da severidade de sintomatologia depressiva - interpretação de sintomas. Neste sentido, e sendo a sintomatologia

depressiva uma variável tão forte, é plausível que a percepção de identidade perdesse a sua significância neste modelo.

Através do conhecimento adquirido com esta investigação e de forma a melhorar a percepção de qualidade de vida de quem sofre com depressão, é importante considerar, na prática clínica, a severidade da sintomatologia, o auto-estigma e a percepção de Controlo do Tratamento. No estudo de Marcus et al. (2014), a percepção de Controlo mostrou-se como um bom preditor da eficácia de terapia cognitivo-comportamental, sugerindo que trabalhar esta percepção numa fase inicial da intervenção psicológica, poderia ajudar a aumentar a adesão ao tratamento e a melhorar os seus posteriores *outcomes*. O ajustamento à depressão requer estratégias de coping eficazes e uma boa auto-gestão de comportamentos, de modo a reduzir as dificuldades que advêm desta condição. Posto isto, os serviços de saúde mental devem apostar na reestruturação da forma como o indivíduo percebe a eficácia do tratamento no controlo da depressão, uma vez que o mesmo oferece resistência à internalização do estigma. Sugere-se ainda a implementação de programas de prevenção que facilitem a adesão ao tratamento e aumentem a percepção da sua eficiência. Assim, os pacientes conseguem desenvolver uma compreensão mais positiva em relação à sua doença, traduzindo-se posteriormente na adoção de estilos de *coping* mais adaptativos.

Conclusão

A literatura na área da saúde mental sugere que as representações de doença se associam a diferentes variáveis e resultados, podendo a mesma percepção de doença levar a diferentes *outcomes*, uma vez que cada pessoa é única e adota estilos de *coping* diferentes. Além disso, existem fatores distintos que contribuem para a diminuição da qualidade de vida numa pessoa com depressão, tendo sido encontradas algumas relações significativas. Neste sentido, considera-se que a relação entre representações de doença e a qualidade de vida nunca deve ser estudada isoladamente, dado que existem variáveis mediadoras e de controlo que influenciam essa mesma relação. O próprio uso de intervenção contribui para a alteração destas representações de doença, sendo a sua inclusão também importante. Para estudos futuros, recomenda-se também agrupar os participantes por níveis de severidade de sintomatologia, dada a importância desta variável. Adicionalmente, é necessária, de forma urgente, a condução de mais estudos acerca da influência de intervenções nas representações de doença e do impacto dessas mesmas representações na intenção de desistir do tratamento, tanto ao nível da depressão como ao nível de outras perturbações mentais. Isto, no sentido de compreender, em termos

práticos, qual o peso das percepções de doença na recuperação de perturbações mentais, de modo a auxiliar os profissionais de saúde a desenvolver planos e estratégias adequadas aos seus pacientes. Por fim, no estudo destas relações, seria pertinente usar um instrumento mais ajustado à avaliação de percepções de doença em perturbações psicológicas.

Relativamente às limitações do presente estudo, destaca-se o uso de uma escala que avalia dimensões através de um único item (Brief-IPQ). Tendo em conta a subjetividade das percepções de doença, esta forma de avaliação pode levar a enviesamentos e conclusões erradas. Adicionalmente, este questionário pode não permitir que se consiga distinguir determinadas percepções de outras variáveis semelhantes, como por exemplo, a Sintomatologia Depressiva, que por sua vez apresenta muito mais força na relação com a qualidade de vida. Além disso, salienta-se o tamanho reduzido da amostra e as características dos grupos formados para os objetivos 1 e 2, que necessitavam de ter sido melhor trabalhadas (e.g., fazer uma distinção clara sobre quem já tinha recorrido a intervenção/medicação no passado). Por último, apesar de terem existido resultados significativos, o facto da amostra deste estudo incluir uma população não clínica (sem diagnóstico) poderá ter interferido nos resultados.

Refletindo sobre esta investigação, conclui-se que as representações de doença não contribuem assim tanto para explicar a variância no nível de qualidade de vida dos participantes, sendo o auto-estigma e a sintomatologia depressiva os fatores principais. No entanto, considera-se que o Controlo do Tratamento é uma percepção importante que deve ser trabalhada e incluída em programas e intervenções de saúde mental, com o intuito de melhorar a qualidade de vida de pessoas com depressão. A percepção de qualidade de vida é um bom indicador de avaliação do processo de recuperação da doença, sendo assim necessário continuar o seu estudo, procurando compreender quais as variáveis e que relações contribuem para a sua melhoria.

Referências

- Abo-Rass, F., Shinan-Altman, S., & Werner, P. (2020). Health-related quality of life among Israeli Arabs diagnosed with depression: the role of illness representations, self-stigma, self-esteem, and age. *Journal of Affective Disorders, 274*, 282–288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.125>
- Abo-Rass, F., Werner, P., & Shinan-Altman, S. (2021). Cognitive illness representations among Israeli Arabs diagnosed with depression and their relationship with health-related quality of life. *International Journal of Social Psychiatry, 68*(3), 582–588. <https://doi.org/10.1177/0020764021992406>
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- Averous, P., Charbonnier, E., & Dany, L. (2020). Relationship between illness representations, psychosocial adjustment, and treatment outcomes in mental disorders: a mini review. *Frontiers in psychology, 11*, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01167>
- Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A., & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry, 80*, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.003>
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of clinical psychology in medical settings, 20*(3), 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Bear, H. A., Krause, K. R., Edbrooke-Childs, J., & Wolpert, M. (2021). Understanding the illness representations of young people with anxiety and depression: A qualitative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 94*(4), 1036–1058. <https://doi.org/10.1111/papt.12345>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(6), 631–637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Cannon, M., Credé, M., Kimber, J. M., Brunkow, A., Nelson, R., & McAndrew, L. M. (2022). The common-sense model and mental illness outcomes: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 29*(4), 1186–1202. <https://doi.org/10.1002/cpp.2721>

- Carlisle, A. C. S., John, A. M. H., Fife-Schaw, C., & Lloyd, M. (2005). The self-regulatory model in women with rheumatoid arthritis: Relationships between illness representations, coping strategies, and illness outcome. *British Journal of Health Psychology*, *10*(4), 571–587. <https://doi.org/10.1348/135910705x52309>
- Chan, R. C. H., & Mak, W. W. S. (2016). Common sense model of mental illness: Understanding the impact of cognitive and emotional representations of mental illness on recovery through the mediation of self-stigma. *Psychiatry Research*, *246*, 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.013>
- Cho, Y., Lee, J. K., Kim, D. H., Park, J. H., Choi, M., Kim, H. J., Nam, M. J., Lee, K. U., Han, K., & Park, Y. G. (2019). Factors associated with quality of life in patients with depression: A nationwide population-based study. *PLOS ONE*, *14*(7), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219455>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Costa, E. C. V., Vale, S., Sobral, M., & Pereira, M. G. (2016). Illness perceptions are the main predictors of depression and anxiety symptoms in patients with chronic pain. *Psychology, Health & Medicine*, *21*(4), 483–495. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1109673>
- Dempster, M., McCorry, N. K., & Howell, D. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(6), 1–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, *5*(1), 11–38. <https://doi.org/10.1007/bf02090456>
- Drapalski, A. L., Lucksted, A., Perrin, P. B., Aakre, J. M., Brown, C. H., DeForge, B. R., & Boyd, J. E. (2013). A model of internalized stigma and its effects on people with mental illness. *Psychiatric Services*, *64*(3), 264–269. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.001322012>
- Etain, B., Scott, J., Cochet, B., Bellivier, F., Boudebessé, C., Drancourt, N., Lauer, S., Dussier, I., Yon, L., Fouques, D., Richard, J. R., Lajnef, M., Leboyer, M., & Henry, C. (2018). A study of the real-world effectiveness of group psychoeducation for bipolar disorders: Is change in illness perception a key mediator of benefit? *Journal of Affective Disorders*, *227*, 713–720. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.072>

- Figueiras, M., Marcelino, D. S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J., & Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: The role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology and Health, 25*(4), 507–517. <https://doi.org/10.1080/08870440802578961>
- Garg, R., & Kaur, H. (2020). Quality of life among patients with depression: Impact of self-stigma. *Indian Journal of Social Psychiatry, 36*(2), 125-129. https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_32_19
- Goyal, S., Sudhir, P. M., & Sharma, M. P. (2020). Illness perceptions and health beliefs in persons with common mental disorders. *Asian Journal of Psychiatry, 53*, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102366>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2022). The common sense model of illness self-regulation: a conceptual review and proposed extended model. *Health Psychology Review, 16*(3), 347–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1878050>
- Hansson, L., Lexén, A., & Holmén, J. (2017). The effectiveness of narrative enhancement and cognitive therapy: A randomized controlled study of a self-stigma intervention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(11), 1415–1423. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1385-x>
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling.
- Holubova, M., Prasko, J., Ociskova, M., Marackova, M., Grambal, A., & Slepecky, M. (2016). Self-stigma and quality of life in patients with depressive disorder: A cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 12*, 2677–2686. <https://doi.org/10.2147/ndt.s118593>
- Jennings, C. S., Astin, F., Prescott, E., Hansen, T., Chris, P. G., & De Bacquer, D. (2022). Illness perceptions and health literacy are strongly associated with health-related quality of life, anxiety, and depression in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE V cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing. https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvac105*
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine, 16*(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lamela, D., Soreira, C., Matos, P., & Morais, A. (2020). Systematic review of the factor structure and measurement invariance of the patient health questionnaire-9 (PHQ-9) and

- validation of the Portuguese version in community settings. *Journal of Affective Disorders*, 276, 220–233. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.066>
- Larkings, J. S., & Brown, P. M. (2018). Do biogenetic causal beliefs reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 928–941. <https://doi.org/10.1111/inm.12390>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2004). The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in Schizophrenia. *Psychological Medicine*, 34(7), 1165–1176. <https://doi.org/10.1017/s003329170400203x>
- Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W. N., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2014). A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.014>
- Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self-stigma regarding mental illness: Definition, impact, and relationship to societal stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 99–102. <https://doi.org/10.1037/prj0000152>
- Machado, V., Botelho, J., Ramos, C., Proença, L., Alves, R., Cavacas, M. A., & Mendes, J. J. (2019). Psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire (brief-ipq) in periodontal diseases. *Journal of Clinical Periodontology*, 46(12), 1183–1191. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13186>
- Marcus, E., Garety, P., Weinman, J., Emsley, R., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D., Kuipers, E., Fowler, D., Hardy, A., Waller, H., & Jolley, S. (2014). A pilot validation of a modified illness perceptions questionnaire designed to predict response to cognitive therapy for psychosis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(4), 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.06.003>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição. ReportNumber, Lda.
- Mavroeides, G., & Koutra, K. (2021). Illness representations in depression and their association with clinical and treatment outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100099>

- Moses, T. (2010). Adolescent mental health consumers' self-stigma: Associations with parents' and adolescents' illness perceptions and parental stigma. *Journal of Community Psychology, 38*(6), 781–798. <https://doi.org/10.1002/jcop.20395>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Neto, D. D., Figueiras, M. J., & Sebastião, R. (2022). Representations of depression and schizophrenia in the community: The role of illness and risk perceptions on help-seeking intentions. *Frontiers in Psychology, 13*, 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1011195>
- Nogueira, G. S., Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2016). Análise Fatorial Exploratória do questionário de percepção de doenças versão breve (brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(1), 161–168. <https://doi.org/10.1590/0102-37722016011871161168>
- Oflaz, S., Guveli, H., Kalelioglu, T., Akyazı, S., Yıldızhan, E., Kılıc, K. C., Basyigit, S., Ozdemiroglu, F., Akyuz, F., Gokce, E., Bag, S., Kurt, E., & Oral, E. T. (2015). Illness perception of dropout patients followed up at Bipolar Outpatient Clinic, Turkey. *Asian Journal of Psychiatry, 15*, 68–72. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.04.006>
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F. G., Pereira, E. G., Carvalho, M., & Boyd, J. E. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community Mental Health Journal, 51*(5), 606–612. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9828-x>
- Oliveira, D., & Pereira, M. G. (2012). Representações de doença, ajustamento conjugal e adesão aos auto-cuidados e controlo metabólico em diabéticos tipo 2. *Revista Interamericana de Psicologia, 46*(3), 357-364.
- O'Mahen, H. A., Flynn, H. A., Chermack, S., & Marcus, S. (2009). Illness perceptions associated with perinatal depression treatment use. *Archives of Women's Mental Health, 12*(6), 447–450. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0078-1>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123. <https://doi.org/10.14417/lp.627>
- Petrie, K. J., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health, 17*(6), 559–564. <https://doi.org/10.1080/09638230802523047>

- Picco, L., Pang, S., Lau, Y. W., Jeyagurunathan, A., Satghare, P., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Lim, S., Poh, C. L., Chong, S. A. & Subramaniam, M. (2016). Internalized stigma among psychiatric outpatients: Associations with quality of life, functioning, hope and self-esteem. *Psychiatry research*, 246, 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.041>
- Purewal, R., & Fisher, P. L. (2018). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 136, 2–17. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.11.029>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49.
- Rungruangsiripan, M., Sitthimongkol, Y., Maneesriwongul, W., Talley, S., & Vorapongsathorn, T. (2011). Mediating role of illness representation among social support, Therapeutic Alliance, experience of medication side effects, and medication adherence in persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(4), 269–283. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2010.09.002>
- Saragoussi, D., Christensen, M. C., Hammer-Helmich, L., Rive, B., Touya, M., & Haro, J. M. (2018). Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: A 2-year European cohort study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1339–1350. <https://doi.org/10.2147/ndt.s159276>
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16, 420-428. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Shan, Q., Xinxin, S., Zhijuan, X., Rongjing, D., & Minjie, Z. (2022). Effects of cognitive behavior therapy on depression, illness perception, and quality of life in atrial fibrillation patients. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.830363>
- Shimotsu, S., & Horikawa, N. (2016). Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian Journal of Psychiatry*, 24, 125–129. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.09.003>
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 211–220. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.09.005>
- Timkova, V., Mikula, P., Fedicova, M., Szilasiova, J., & Nagyova, I. (2021). Psychological well-being in people with multiple sclerosis and its association with illness perception

- and self-esteem. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 54, 1–7.
<https://doi.org/10.1016/j.msard.2021.103114>
- Vollmann, M., Scharloo, M., Salewski, C., Dienst, A., Schonauer, K., & Renner, B. (2010). Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support: Comparing depressed and never-depressed persons. *Journal of Affective Disorders*, 125, 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.075>
- Watson, P. W. B., Garety, P. A., Weinman, J., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., Freeman, D., & Kuipers, E. (2006). Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: The role of illness perceptions. *Psychological Medicine*, 36(6), 761–770. <https://doi.org/10.1017/s0033291706007458>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431–445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Westbrook, T. D., Maddocks, K., & Andersen, B. L. (2016). The relation of illness perceptions to stress, depression, and fatigue in patients with chronic lymphocytic leukaemia. *Psychology & Health*, 31(7), 1–12. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1158259>
- Wong, I. Y. T., Hawes, D. J., & Dar-Nimrod, I. (2019). Illness representations among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: Associations with quality of life, coping, and treatment adherence. *Heliyon*, 5(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02705>
- Wong, I. Y. T., Hawes, D. J., Clarke, S., Kohn, M. R., & Dar-Nimrod, I. (2018). Perceptions of ADHD Among Diagnosed Children and Their Parents: A Systematic Review Using the Common-Sense Model of Illness Representations. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(1), 57–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0245-2>
- Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Ko, C. H., & Yen, J. Y. (2009). Association between quality of life and self-stigma, insight, and adverse effects of medication in patients with depressive disorders. *Depression and Anxiety*, 26(11), 1033–1039. <https://doi.org/10.1002/da.20413>

ANEXOS

Anexo A - Consentimento Informado

Saúde Mental: Representações de depressão, auto-estigma e qualidade de vida

O presente estudo insere-se no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA – Instituto Universitário, sob orientação de Professor Doutor David Dias Neto, tendo como objetivo explorar a relação entre percepções de doença, auto-estigma e qualidade de vida na depressão, contribuindo para a investigação científica em psicologia.

Caso tenha idade igual ou superior a 18 anos, a sua participação, muito apreciada, é voluntária, anónima e confidencial, consistindo na resposta ao questionário (tempo estimado: 12 minutos). Pode retirar o consentimento e desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificação ou consequência. Os dados serão tratados de modo global, não individualizado, com garantia de confidencialidade e anonimato, para fins académicos e científicos. A investigação é de natureza académica, sem interesses a declarar ou financiamento de natureza privada.

Agradeço a colaboração e estou ao dispor para qualquer esclarecimento, através do contacto:

Vera Cardoso | vera.f.cardoso@hotmail.com

Aceito participar voluntariamente no estudo.

Anexo B - Questionário Sociodemográfico e Clínico

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino Não especificado

Nacionalidade: Portuguesa Outra

Distrito/região de residência:

Aveiro

Beja

Braga

Bragança

Castelo Branco

Coimbra

Évora

Faro

Guarda

Leiria

Lisboa

Portalegre

Porto

Região Autónoma da Madeira

Região Autónoma dos Açores

Santarém

Setúbal

Viana do Castelo

Vila Real

Viseu

Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

Escolaridade:

- Sem escolaridade
- Ensino básico - 1ª Ciclo (4ª ano)
- Ensino básico - 2º Ciclo (6ª ano)
- Ensino básico - 3º Ciclo (9ºano)
- Ensino secundário/Curso Profissional
- Ensino superior (Licenciatura/Bacharelato, Pós-graduação, Mestrado, Doutoramento)

Ocupação atual:

(Escolha a/s que mais se adequem)

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

Já recorreu a intervenção psicológica (ex. psicoterapia)?

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

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

- Sim
- Não
- Prefiro não responder

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

- Sim
- Não

Prefiro não responder

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

Sim

Não

Prefiro não responder

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

Sim

Não

Prefiro não responder

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

Sim

Não

Prefiro não responder

Anexo C - Mínimo, Máximo, Média, Desvio-padrão, Assimetria, Curtose e Consistência Interna (α) das Variáveis em Estudo

Variáveis (N=156)	Min	Máx	Média	DP	Assimetria	Curtose	Alfa de Cronbach (α)
Qualidade de Vida	12	34	23.96	4.40	-.27	-.27	.77
Sintomatologia Depressiva	3	27	12.06	5.87	.65	-.60	.88
Auto-estigma	1.04	3.29	2.22	.46	-.28	-.61	.93
Percepção de Consequências	4	10	8.88	1.43	-1.48	2.03	-
Percepção de Duração	3	10	7.65	1.58	-.51	.20	-
Percepção de Controle Pessoal	0	10	6.38	2.55	-.41	-.35	-
Percepção de Controle do Tratamento	0	10	1.94	2.13	1.27	1.30	-
Percepção de Identidade	1	10	6.81	2.07	-.41	-.01	-
Percepção de Preocupação	0	10	6.85	2.30	-.49	-.43	-
Percepção de Compreensão	0	10	5.30	2.60	.02	-.59	-
Percepção de Resposta Emocional	4	10	9.19	1.29	-2.07	4.38	-

Nota: Min = Mínimo; Máx = Máximo; DP = Desvio-Padrão