FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

DIANA MARINHA DIAS DA CRUZ

Validação da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO MACEDO

INVESTIGADORA DOUTORA ANA TELMA PEREIRA

FEVEREIRO/2019

VALIDAÇÃO DA ESCALA DE COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA E DE DOENÇA

Autora: Diana Marinha Dias da Cruz

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

dianacruz2409@gmail.com

Coorientadora: Investigadora Doutora Ana Telma Fernandes Pereira

Doutorada em Psicologia Clínica, Investigadora Auxiliar no Serviço de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pólo I, Rua Larga, 3004-504 Coimbra, Portugal

apereira@fmed.uc.pt

Orientador: Professor Doutor António João Ferreira de Macedo Santos

Médico Psiquiatra, Professor Associado com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e Diretor do Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Pólo I, Rua Larga, 3004-504 Coimbra, Portugal

amacedo@ci.uc.pt

Parte deste trabalho foi submetido para apresentação no *Posters and Oral Communications Competition* integrado na oitava edição do Congresso dos Estudantes de Medicina, *IN4MED VIII* (Anexo I). Uma vez que este evento não garante publicação (apenas para os trabalhos premiados), foi também submetido para publicação sob a forma de artigo científico na *Revista Psychologica.*

Referências:

Diana Cruz, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Diana Moura, Maria João Martins, Cristiana Marques, Maria João Soares, António Macedo. Further Validation of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. **Abstract aceite no *VIII IN4MED, Coimbra, 21 a 24 de fevereiro de 2019.***

Diana Cruz, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Diana Moura, Maria João Martins, Cristiana Marques, Maria João Soares, António Macedo. Further Validation of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. **Submetido à *Revista Psychologica.***

“Onde quer que a arte da Medicina seja amada, há também amor à humanidade.”

Hipócrates

ÍNDICE

ABREVIATURAS 7

RESUMO 8

ABSTRACT 10

INTRODUÇÃO 12

MATERIAL E MÉTODOS 14

RESULTADOS 20

DISCUSSÃO 31

CONCLUSÃO 36

AGRADECIMENTOS 37

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 38

ANEXOS 41

ANEXO I – Abstract submetido ao *VIII IN4MED* 42

ANEXO II – Aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 45

ANEXO III – Distribuição das categorias profissionais 46

ANEXO IV – Inquéritos de autorresposta 47

ABREVIATURAS

A – Amabilidade

AE – Abertura à Experiência

AFC – Análise fatorial confirmatória

AFE – Análise fatorial exploratória

C – Conscienciosidade

CD – Comportamento de Doença

CFI – *Comparative Fit Index*

CPA – Comportamento de Procura de Ajuda

DP – Desvio padrão

E – Extroversão

ECPAD – Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença

ESP – Escala de Stresse Percebido

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

g.l. – Graus de Liberdade

IC – Intervalo de Confiança

M – Média

Mplus – Programa de modelagem estatística

N – Neuroticismo

NEO-FFI-20 – *NEO Five-Factor Inventory-20* (Versão reduzida do NEO-PI-R, Inventário de Personalidade NEO Revisto)

PS – Preocupação com a Saúde

RMSEA – *Root Mean Square Error of Aproximation*

SF – Saúde Física

SP – Saúde Psicológica

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SRMR – *Standardized Root Mean Square Residual*

TLI – *Tucker-Lewis Index*

X^2 – Qui-quadrado

RESUMO

Introdução: O comportamento de procura de ajuda (CPA) define-se como a decisão de agir, em relação a uma perturbação (física e/ou emocional) percebida pelo indivíduo. Decorre de múltiplos fatores, como sociodemográficos, culturais e psicológicos, nomeadamente traços de personalidade. Devido à falta de um instrumento para avaliar o CPA, foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento denominado Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD).

Objetivos: Analisar as propriedades psicométricas da ECPAD, nomeadamente: fidelidade, validade de construto, validade convergente-divergente através do padrão de relações com traços de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade e Abertura à Experiência), bem como perceção de stresse e perceção de saúde.

Materiais e métodos: Duas amostras de conveniência compostas por 513 e 318 participantes (60.6% e 58.8% mulheres), com idade média 43.63±10.298 e 43.65±14.056, que preencheram a versão preliminar da ECPAD e outros questionários de autorresposta validados para a população portuguesa: NEO-FFI-20, Escala de Stresse Percebido-10 e Perceção de Saúde. Utilizaram-se os programas *SPSS* e *Mplus*.

Resultados: A análise paralela indicou uma estrutura de quatro fatores. Relativamente à AFE, depois de retirados os dois itens que apresentavam *crossloadings*, obtiveram-se os seguintes índices de ajustamento: $X^2/g.l.$=2.597 (p<.01); *RMSEA*=.079, 90%IC=.063-.096 (p<.05); *CFI*=.900; *TLI*=.795; *SRMR*=.044. Os índices de ajustamento da AFC de primeira ordem, foram: $X^2/g.l.$=1.573 (p<.01); *RMSEA*=.042, 90%IC=.028-.056 (p<.05); *CFI*=.909; *TLI*=.883; *SRMR*=.059. Para a AFC de segunda ordem: $X^2/g.l.$=2.599 (p<.01); *RMSEA*=.043, 90%IC=.028-.056 (p<.05); *CFI*=.906; TLI=.882; *SRMR*=.062. Os fatores foram denominados de Comportamento de Procura de Ajuda (CPA), Preocupação com a Saúde (PS), Comportamento de Doença (CD) e Adesão. Os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) foram de .707 para o total e de .536 a .776 para as dimensões. Apesar de apresentarem baixa magnitude, as correlações de Pearson da ECPAD-15 foram significativas (p<.05) com Extroversão (-.109) e Conscienciosidade (.100), bem como com perceção de stresse (.176), de saúde física (-.163) e de saúde psicológica (-.189). Nas dimensões, o CPA

correlacionou-se significativamente com Conscienciosidade, Abertura à Experiência e perceção de stresse (≅.150); a PS com Neuroticismo, Extroversão e perceção de saúde física (≅.120); o CD apresentou correlações moderadas com estes dois traços (≅.200) e com as perceções de stresse e saúde (≅.300); a Adesão apenas se correlacionou com a Conscienciosidade (.124). As mulheres apresentaram pontuações médias superiores na escala e nas suas dimensões, exceto no CD; não se verificaram diferenças significativas por grupo etário.

Discussão: A ECPAD-15 avalia quatro dimensões, CPA, PS, CD e Adesão com boa validade convergente e razoável fidelidade. O padrão de correlações entre a ECPAD e as suas dimensões confirma a sua validade convergente-divergente.

Conclusão: A ECPAD é um instrumento válido e fidedigno, sendo uma escala útil e adequada para fins clínicos e de investigação.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento de Doença; Comportamento de Procura de Ajuda; Estudo Psicométrico; Análise Fatorial Exploratória; Análise Fatorial Confirmatória; Fidelidade; Validade.

ABSTRACT

Introduction: Help-seeking behaviour (HSB) is a planned illness behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional due to a perceived disturbance (physical and/or emotional). It is influenced by multiple factors, such as sociodemographic, cultural and psychological. The lack of an instrument to assess this construct led us to develop a self-reported questionnaire entitled Illness and Help-Seeking Behaviour Scale (IHSBS).

Objectives: To investigate the psychometric properties of the IHSBS, namely: reliability; construct validity; convergent-divergent validity through the pattern of relations with personality traits (Neuroticism, Extroversion, Consciousness, Kindness and Openness to Experience), as well as perceived stress and perceived health.

Material and Methods: Two general population samples composed of 513 and 318 participants (60.6% and 58.8% women; mean age 43.63±10.298 and 43.65±14.056) completed the preliminary version of the IHSBS and other Portuguese validated questionnaires: NEO-FFI-20, Perceived Stress Scale-10 and Health Perception. SPSS and Mplus software were used.

Results: Parallel analysis indicated a four-factor structure. EFA: after removing two items presenting crossloadings, good adjustment indices were obtained: $X^2/d.f.$=2.597 (p<.01); *RMSEA*=.079, 90%CI=.063-.096 (p<.05); *CFI*=.900; *TLI*=.795; *SRMR*=.044. The first-order CFA adjustment indexes were: $X^2/d.f.$=1.573 (p<.01); *RMSEA*=.042, 90%CI=.028-.056 (p<.05); *CFI*=.909; *TLI*=.883; *SRMR*=.059. For the CFA of the second order: $X^2/d.f.$=2.599 (p<.01); *RMSEA*=0.043, 90%CI=.028-.056 (p<.05); *CFI*=.906; *TLI*=.882; *SRMR*=.062. The factors were called Help-Seeking Behaviour (HSB), Health Concerns (HC), Illness Behaviour (IB), Adherence. The coefficients of internal consistency (Cronbach's alpha) were from .707 for the total and from .536 to .776 for the dimensions. Despite their low magnitude, Pearson's correlations with IHSBS-15 were significant (p<.05) with Extroversion (-.109) and Conscientiousness (.100), as well as with stress perceptions (.176), physical health (-.163) and psychological health (-.189). As for dimensions, HSB was significantly correlated with Conscientiousness, Openness to Experience and perceived stress (≅.150); HC with

Neuroticism, Extroversion and physical health perception (≅.120); IB presented moderate correlations with these two traits (≅.200) and with the perceptions of stress and health (≅.300); Adherence only correlated with Conscientiousness (.124). Women presented higher mean scores in total IHSBS and their dimensions, except IB; no statistical differences were found between age groups.

Discussion: The IHSBS-15 evaluates four dimensions, HSB, HC, IB, and Adherence with good construct validity and reasonable fidelity. The pattern of correlations found between IHSBS (total and dimensions) and the other variables, confirm its convergent-divergent validity.

Conclusion: The IHSBS is a valid and reliable instrument and it is a useful and appropriate scale for clinical and research purposes.

KEY-WORDS: Illness Behaviour; Help-Seeking Behaviour; Psychometric Study; Exploratory Factor Analysis; Confirmatory Factor Analysis; Reliability; Validity.

INTRODUÇÃO

O Comportamento de Doença (CD) refere-se ao modo como o indivíduo perceciona, avalia e age em relação aos sintomas que experiencia [1]. Este último conceito, isto é, a ação tomada em relação aos sintomas, inclui o Comportamento de Procura de Ajuda (CPA). Este define-se como sendo a decisão de agir, em relação a uma perturbação (física e/ou emocional) sentida pelo indivíduo. Assim, o CPA pode determinar o diagnóstico e o tratamento atempados, influenciando positiva ou negativamente o prognóstico das doenças [2].

O CPA resulta de uma convergência de múltiplos fatores, além dos sociodemográficos (de que são exemplos o género, a etnia, a área de residência, os recursos financeiros e os aspetos culturais), os psicológicos, como a regulação emocional e cognitiva, que, por sua vez, são influenciadas pela personalidade [3-4]. Esta influencia o modo como a pessoa interpreta e experiencia os sintomas, nomeadamente o grau de ameaça que envolvem e as suas estratégias para lidar com eles (*coping),* afetando a sua perceção de stresse e o processo de tomada de decisão e, assim, a própria progressão e impacto da doença [5].

Com efeito, traços de personalidade gerais como o neuroticismo e a conscienciosidade têm sido associados ao CPA [3-4]. O neuroticismo não é apenas o traço mais consistentemente associado a doença, mas também ao comportamento de doença, com correlações elevadas com queixas somáticas [6], uso de serviços de saúde, ansiedade em relação à saúde, hipocondria e catastrofização de sintomas [7].

Nesta perspetiva, se os sintomas ocorrem num contexto de stresse psicossocial, este último contribui para potenciar o CPA, isto é, a perceção de stresse diminui a resiliência do indivíduo e a sua capacidade para lidar com múltiplos fatores de stresse, incluindo os sintomas de doença [8].

Outros traços de personalidade como o otimismo, o pessimismo, o perfeccionismo (principalmente o perfeccionismo socialmente prescrito) e a auto-ocultação também influenciam as dimensões do CPA e do CD por diversas vias, quer através de combinações destes traços, quer potenciando o papel da perceção de saúde [9].

É necessário continuar a investigar as complexas relações entre personalidade e comportamento de saúde e de doença para poder intervir a este nível, nomeadamente para que o profissional de saúde possa ter em conta a personalidade da pessoa que tem diante de

si, de modo a personalizar a forma e o conteúdo da comunicação clínica em função daquilo que a torna única [10].

Devido à relevância deste construto para a psicologia médica, foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento para a avaliação do comportamento de procura de ajuda e de doença. Na literatura internacional não existia nenhum instrumento que permitisse avaliar, em simultâneo, esses construtos, tanto na população geral, como em amostras clínicas.

O objetivo deste trabalho consiste em estudar as propriedades psicométricas da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD) [11], através de análises de validade (de constructo e divergente-convergente) e fidelidade, em amostras da população geral, considerando apenas indivíduos com idade superior a 30 anos.

Mais especificamente, pretendemos: 1) investigar a estrutura dimensional através de análise fatorial exploratória e índices de ajustamento do modelo; 2) confirmar a estrutura dimensional através de análise fatorial confirmatória com os dados de outra amostra; 3) analisar a fidelidade (consistência interna); 4) analisar a validade convergente-divergente através do padrão de relações com traços de personalidade do modelo BIG FIVE [12] (Neuroticismo, Extroversão, Conscienciosidade, Amabilidade e Abertura à Experiência), bem como perceção de stresse e perceção de saúde; 5) obter pontuações normativas (baseadas na média e desvio padrão) por sexo e por idade.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho insere-se num projeto de investigação, "*Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica"*, que teve aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (referência: CE-076/2017 – Anexo II).

Procedimentos

A ECPAD foi desenvolvida para avaliar o comportamento de procura de ajuda e de doença. Para o desenvolvimento dos itens da escala de validação, foi seguido um conjunto de procedimentos teóricos e analíticos, estruturados e sequenciais.

Relativamente aos teóricos, fez-se um levantamento de informação relevante acerca dos constructos que se pretendia avaliar e procedeu-se à formulação de itens cujo conteúdo remetesse para esses aspetos.

No que concerne aos procedimentos analíticos qualitativos, foi feita apreciação da sua validade de conteúdo por especialistas na área e por um pequeno grupo de indivíduos com características da população-alvo, através do método da "reflexão falada", o que levou a ligeiras reformulações dos itens.

Finalmente, para os procedimentos analíticos quantitativos, foi recolhido um conjunto alargado de itens e fez-se a administração a uma vasta amostra para a análise quantitativa das respostas. Depois, selecionaram-se dos itens para a versão pré-final, com base em diversos indicadores psicométricos dos mesmos [13].

A versão preliminar ficou composta por 17 itens, a responder numa escala *Likert* de cinco pontos, desde "Discordo fortemente" (1 ponto) a "Concordo fortemente" (5 pontos).

No primeiro estudo psicométrico deste instrumento, com base nas respostas de uma amostra de conveniência da população geral (n=550, 60.6% sexo feminino; idade média de 43.63±10.298), recolhida no âmbito de um trabalho de investigação que fez parte integrante do programa da unidade curricular de Comunicação e Técnicas Relacionais em Saúde do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária (ano letivo 2014/2015), a escala total revelou boa consistência interna (alfa de Cronbach, α=.76) [11].

Com a realização de um segundo estudo psicométrico, também com uma amostra da comunidade (n=355, 58.8% sexo feminino; idade média de 33.63±10.565 anos), recrutada pelos alunos daquela unidade curricular (ano letivo 2016/2017), verificou-se que a estrutura fatorial da escala (dimensões avaliadas) não apresentava a invariância desejável, o que comprometia a validade de construto do instrumento e, portanto, justificava-se a necessidade de continuar a tentar apurar quais os itens e as dimensões que permitem a avaliação do CPAD com validade e fidelidade.

Para esse fim, utilizámos alguns dos dados previamente recolhidos (amostra A), para realizar uma análise fatorial exploratória que conferisse índices de ajustamento (as análises prévias, realizadas com recurso ao SPSS, não forneciam essa informação) e recolhemos dados junto de outra amostra de conveniência, que nos permitisse realizar também uma análise fatorial confirmatória (amostra B).

Os participantes foram informados acerca do propósito do estudo e aceitaram contribuir voluntariamente, dando o seu consentimento informado e tendo sido garantida a confidencialidade dos dados.

Participantes

Amostra A

Os participantes (n=513) foram recrutados da população geral, representando uma amostra de conveniência recolhida com a colaboração dos alunos do 3º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC do ano letivo 2014/2015, entre março e abril de 2015.

A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa (n=441; 86.0%), sendo que mesmo os que não nasceram em Portugal tinham um bom domínio da língua portuguesa. Dos participantes, 60.6% (n=311) eram do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, 32.2% (n=161) eram solteiros, 60.8% (n=312) encontravam-se casados/unidos de facto e 5.4% (n=27) estavam divorciados/separados de facto.

A idade média foi de 43.63 (±10.298) anos, variando de 30 a 78 anos (Tabela 1). Também os níveis de escolaridade estavam todos representados, com predomínio dos ensinos secundário e superior (Tabela 2).

Tabela 1: Classes etárias.

Classe etária	N (%)
30-39	222 (43.3)
40-49	143 (27.9)
50-59	117 (22.8)
60-69	23 (4.5)
>70	8 (1.6)

Tabela 2: Graus de escolaridade.

Grau de escolaridade	N (%)
1ª ciclo EB	43 (8.8)
2º ciclo EB	34 (7.0)
3º ciclo EB	71 (14.5)
Secundário	152 (31.1)
Licenciatura	151 (30.9)
Mestrado/Doutoramento	37 (7.6)

As categorias profissionais mais representadas, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, retirada do *site* do Instituto Nacional de Estatística (dados: ISSN 1647-1695, ISBN 978-989-25-0010-2, Depósito Legal 288627/09; Tabela 1 do Anexo III), foram técnicos e profissões de nível intermédio, com 30.2% e trabalhadores não qualificados, com 18.9%.

A distribuição relativa à saúde física e psicológica, avaliada com o Questionário de Perceção de Saúde-2 [14] encontra-se na Tabela 3, onde se pode verificar que a proporção de participantes com má e muito má saúde física e psicológica foi muito reduzida (8.8% e 6.9%, respetivamente).

Tabela 3: Saúde física e saúde psicológica.

	Saúde física N (%)	Saúde psicológica N (%)
Muito má	5 (1.0%)	11 (2.2%)
Má	40 (7.8%)	24 (4.7%)
Nem boa nem má	136 (26.7%)	128 (25.1%)
Boa	276 (53.8%)	295 (58.0%)
Muito boa	52 (10.1%)	51 (10.0%)

Amostra B

A fim de procedermos à análise fatorial confirmatória, recrutamos participantes adultos (n=318) da população geral, representando uma amostra de conveniência recolhida com a colaboração dos alunos do 3º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMUC do ano letivo 2017/2018, entre março e abril de 2018.

A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa (n=290; 85.9%), mas mesmo os que não nasceram em Portugal tinham um bom domínio da língua portuguesa. Dos participantes, 58.8% (n=187) eram do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, 24.5% (n=77) eram solteiros, 65.6% (n=206) encontravam-se casados/unidos de facto, 4.8% (n=15) estavam divorciados/separados de facto e 4.8% (n=15) eram viúvos.

A idade média foi de 43.65 (±14.056) anos, variando de 30 a 81 anos (Tabela 4). Os níveis de escolaridade estavam todos representados, com predomínio do ensino secundário (Tabela 5).

Tabela 4: Classes etárias.

Classe etária	N (%)
30-39	146 (45.9)
40-49	95 (29.9)
50-59	41 (12.9)
60-69	19 (6.0)
70-79	9 (2.8)
>80	8 (2.5)

Tabela 5: Graus de escolaridade.

Grau de escolaridade	N (%)
1ª ciclo EB	29 (9.2)
2º ciclo EB	28 (8.9)
3º ciclo EB	57 (18.2)
Secundário	91 (29.9)
Licenciatura	73 (23.2)
Mestrado/Doutoramento	36 (11.4)

Quanto às categorias profissionais mais representadas, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (dados: ISSN 1647-1695, ISBN 978-989-25-0010-2, Depósito Legal: 288627/09; Tabela 2 do Anexo III), verificou-se que as mais representadas eram especialistas das atividades intelectuais e científicas, com 23.6% e pessoal administrativo, com 16.3%.

A distribuição relativa à saúde física e psicológica, avaliada com o Questionário de Perceção de Saúde-2 [14] encontra-se na Tabela 6, onde se observa uma baixa proporção de participantes com muito má saúde física (15.3%) e psicológica (12.7%).

Tabela 6: Saúde física e saúde psicológica.

	Saúde física N (%)	**Saúde psicológica N (%)**
Muito má	10 (3.2)	7 (2.2)
Má	38 (12.1)	33 (10.5)
Nem boa nem má	128 (40.8)	119 (37.9)
Boa	125 (39.8)	130 (41.4)
Muito boa	11 (3.5)	22 (7.0)

Instrumentos

Foi administrado um inquérito aos participantes contendo a versão preliminar da ECPAD e outros questionários de autorresposta (Anexo IV) validados para a população portuguesa.

Ambas as amostras, A e B, preencheram a **versão portuguesa experimental da Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença – ECPAD** [15] – Composta por 17 itens, a responder numa escala *Likert* de cinco pontos, desde “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos).

A amostra A respondeu também aos instrumentos apresentados seguidamente, todos com boas propriedades psicométricas (validade e fidelidade).

- **NEO-FFI-20** [16] – Versão portuguesa do NEO-FFI, constituído originalmente por 60 itens, por sua vez, versão reduzida do NEO-PI-R [17] que avalia a personalidade, nomeadamente os BIG FIVE [12]. É composta por 20 itens a responder numa escala *Likert* de cinco pontos, desde “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos). Nesta amostra, os coeficientes alfa de Cronbach (α) dos BIG-FIVE foram

os seguintes: Neuroticismo: .702; Extroversão: .701; Conscienciosidade: .467; Abertura à experiência: .613; Amabilidade: .661.

- **Escala de Stresse Percebido-10** [18] – Avaliação da perceção de stresse, constituída por dez itens para responder através de uma escala de frequência, que vai desde "Nunca" (0 pontos) a "Muitas vezes" (4 pontos). O α nesta amostra foi de .713.

- **Perceção de Saúde** [14] – Avaliação da saúde física e psicológica através de dois itens, um para cada uma ("Em geral, como tem sido a sua saúde física?" e "Em geral, como tem sido a sua saúde psicológica?"), para responder segundo uma escala de cinco pontos que vai desde "Muito má" (1 ponto) a "Muito boa" (5 pontos).

Análise estatística

Para a análise fatorial exploratória, com os dados da amostra A, utilizámos o programa estatístico *Mplus*, versão 7 [19]. Optámos pela rotação oblíqua, pois seria de esperar que os fatores se correlacionassem. Para a seleção do número de fatores, guiámo-nos pelos resultados da análise paralela. Para a análise fatorial confirmatória, com os dados da amostra B, também utilizámos o *Mplus*, versão 7 [19].

Para as restantes análises, incluindo a descrição sociodemográfica da amostra, foi utilizado o programa estatístico *SPSS*, versão 23 [20]. A consistência interna foi analisada através dos coeficientes alfa de Cronbach. A distribuição das variáveis (normal) e o tamanho da amostra/dos grupos permitiram o uso de testes paramétricos [21]. Assim, para comparação das pontuações médias por sexo, foi utilizado o teste *t* de *Student* para amostras independentes e para as correlações entre os fatores e entre os fatores e outras variáveis avaliadas, os coeficientes de correlação de Pearson. Para classificar a magnitude dos coeficientes das correlações de Pearson, seguimos o critério de Cohen [22]: até .20, baixa, aproximadamente .30, moderada, e superior ou igual a .50, elevada.

RESULTADOS

Análise Fatorial Exploratória

A análise paralela sugeriu uma estrutura de quatro fatores. Para a estrutura de quatro fatores, de acordo com os valores de referência de Hu & Bentler [23] (Tabela 7), obtivemos bons índices de ajustamento (Tabela 8).

Tabela 7: Valores de referência segundo Hu & Bentler [23].

RMSEA	*CFI*	*TLI*	*SRMR*
≥.60	≥.85	≥.85	≤.08

Tabela 8: Índices de ajustamento do modelo de quatro fatores (n=513).

$X^2_{(74)}$	$X^2/g.l.$	*RMSEA*	*RMSEA* (90%IC)	*CFI*	*TLI*	*SRMR*
177.174*	2.394	.074	.060 - .088**	.889	.796	.044

Nota. *p<.01; **p<.05

A Tabela 9 corresponde à matriz fatorial obtida e respetivos pesos nos quatro fatores, na análise fatorial exploratória da versão de 17 itens.

Tabela 9: Matriz fatorial e respetivos pesos nos quatro fatores na versão de 17 itens.

Itens	F1	F2	F3	F4
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	**.867***	.019	-.037	-.011
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	.065	**.564***	.005	.137
3. Quando ando mais "nervoso" ou "em baixo" não dou importância e espero que passe.	.096	**.740***	.071	.032
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	**.531***	.174*	.175	.007
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos que as outras pessoas.	.079	.012	**.718***	-.053
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a "deixar andar".	.108	**.463***	-.085	.103
7. Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade.	-.048	.031	**.856***	.073
8. Tenho tendência a sentir-me mais "nervoso" ou "em baixo" do que as outras pessoas.	.002	-.009	**.818***	-.041
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	**.382***	.027	-.040	.032
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	**.418***	.096	.075	-.061
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.144	.021	.068	**.405***
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	-.005	.234	-.147	**.618***
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.007	-.045	.075	**.811***
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	-.066	.170	-.179	**.483***
15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	.222	-.441*	-.035	**.384***
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p. ex. médico, amigos, livros, internet…).	**.308**	-.200	.098	.294
17. Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex: mamografia, nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex: colesterol elevado).	.286	-.143	.077	.092

Nota. **F1** = Fator 1, Comportamento de Procura de Ajuda; **F2** = Fator 2, Preocupação com a Saúde; **F3** = Fator 3, Comportamento de Doença; **F4** = Fator 4, Adesão.

*p<.05

O item 15 (“No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.”) foi excluído devido a *crossloadings*, isto é, apresentava carga fatorial superior a .40 nos fatores 2 e 3. O item 17 [“Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex: mamografia, nas mulheres após 40 anos”) ou para seguimento de algum problema físico (ex: colesterol elevado)”] foi excluído, pois não apresentou peso fatorial significativo em nenhum fator.

Retirando estes dois itens, verificou-se uma melhoria do ajustamento do modelo, conforme os índices apresentados na Tabela 10.

Tabela 10: Índices de ajustamento do modelo de 4 fatores (n=513).

$X^2_{(51)}$	X^2/g.l.	RMSEA	RMSEA (90%IC)	CFI	TLI	SRMR
132.429*	2.597	.079	.063 - .096**	.900	.795	.044

Nota. *p<.01; **p<.05

De seguida, procedemos à análise fatorial exploratória da versão sem os itens 15 e 17, correspondendo a Tabela 11 à matriz fatorial obtida e respetivos pesos nos quatro fatores.

Tabela 11: Matriz fatorial e respetivos pesos nos quatro fatores na versão sem os itens 15 e 17.

Itens	F1	F2	F3	F4
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	**.951***	-.008	-.030	.006
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	.004	**.589***	-.004	.086
3. Quando ando mais "nervoso" ou "em baixo" não dou importância e espero que passe.	.014	**.814***	.055	-.046
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	**.439***	**.187***	**.216***	.051
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos que as outras pessoas.	.094	-.013	**.722***	-.041
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a "deixar andar".	.053	**.478***	-.089	.070
7. Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade.	-.052	.033	**.852***	.069
8. Tenho tendência a sentir-me mais "nervoso" ou "em baixo" do que as outras pessoas.	-.008	.008	**.820***	-.047
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	**.319***	.063	-.011	.055
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	**.380***	.094	.100	-.031
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.156	-.015	.072	**.424***
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	-.001	.196	-.161	**.601***
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.017	-.071	.070	**.824***
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	-.039	.148	-.203	**.448***
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p. ex. médico, amigos, livros, internet…).	.227	-.123	.127	**.308***

Nota. **F1** = Fator 1, Comportamento de Procura de Ajuda; **F2** = Fator 2, Preocupação com a Saúde; **F3** = Fator 3, Comportamento de Doença; **F4** = Fator 4, Adesão.

*p<.05

Análise Fatorial Confirmatória

A estrutura final, com dois itens correlacionados, apresenta bons índices de ajustamento, como apresentado na Tabela 12.

Tabela 12: Índices de ajustamento do modelo de quatro fatores (n=318).

$X^2_{(82)}$	X^2/g.l.	RMSEA	RMSEA (90%IC)	CFI	TLI	SRMR
129.031*	1.573	.042	.028 - .056**	.909	.883	.059

Nota. *p<.01; **p<.05

Os itens correlacionados são o 1 ("Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.") e o 9 ("Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima."), pertencentes ao fator CPA, e o 12 ("Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.") e o 14 ("Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária."), ambos da Adesão.

O modelo de AFC de segunda ordem também resultou em bons índices de ajustamento, como apresentado na Tabela 13.

Tabela 13: Índices de ajustamento do modelo de AFC de segunda ordem (n=318).

$X^2_{(51)}$	X^2/g.l.	RMSEA	RMSEA (90%IC)	CFI	TLI	SRMR
132.544*	2.599	.043	.028 - .056*	.906	.882	.062

Nota. *p<.01; **p<.05

Fidelidade (Consistência Interna)

O coeficiente α de consistência interna do total de quinze itens foi de .707.

O poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global [13], dado pelas correlações entre cada item e o total corrigido (excluindo o item), assim como os coeficientes α excluindo um a um os itens, calculados por fatores e no total dos 15 itens, indicam-se na Tabela 14. Observa-se que todos os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o alfa global.

Quando calculados por fatores, os coeficientes das correlações entre cada item e o total corrigido variam de .189 (item 11 – "Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina") a .647 (item 7 – "Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade."). Os coeficientes α excluindo um a um os itens variam de .297 (item 1 – "Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.") a .742 (item 5 – "Tenho a tendência a sentir mais sintomas físicos que as outras pessoas").

No total dos 15 itens, os coeficientes das correlações entre cada item e o total corrigido variam de .182 (item 7 – "Considero que a minha saúde física é pior do que a das pessoas da minha idade.") e .445 (item 4 – "Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso."). Os coeficientes α excluindo um a um os itens variam de .677 (item 1 – "Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente."; e item 4 – "Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.") a .706 (item 7 – "Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade.").

Tabela 14: Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes alfa de Cronbach excluindo o item, por fatores.

	Cálculo por fator		Cálculo por total	
Itens	**Correlação Item-Total Corrigido**	**Alfa excluindo o item**	**Correlação Item-Total Corrigido**	**Alfa excluindo o item**
Fator 1 – Comportamento de Procura de Ajuda (α=.536)				
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	.493	.297	.431	.677
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	.229	.539	.445	.677
9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	.299	.484	.305	.693
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	.283	.498	.282	.695
Fator 2 – Preocupação com a Saúde (α=.612)				
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças	.377	.584	.328	.690
3. Quando ando mais "nervoso" ou "em baixo" não dou importância e espero que passe.	.478	.434	.340	.689
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a "deixar andar".	.414	.521	.420	.679
Fator 3 – Comportamento de Doença (α=.776)				
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos que as outras pessoas.	.572	.742	.342	.688
7. Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade.	.647	.660	.182	.706
8. Tenho tendência a sentir-me mais "nervoso" ou "em baixo" do que as outras pessoas.	.618	.690	.210	.704
Fator 4 – Adesão (α=.574)				
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	.189	.606	.299	.694
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	.433	.456	.228	.702
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	.436	.471	.302	.693
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	.456	.445	.298	.694
16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p. ex. médico, amigos, livros, internet…).	.196	.589	.251	.699

Validade Convergente-Divergente

Os coeficientes de correlação de Pearson entre as pontuações totais e fatoriais, bem como entre estas e os outros construtos avaliados apresentam-se respetivamente nas tabelas 15 e 16.

Verificamos que a ECPAD se correlaciona com elevada magnitude com todos os seus fatores (Tabela 15), sendo a correlação com o CPA a maior (.759), seguida da Adesão (.675), PS (.656) e, por último, CD (.459). Constatamos, igualmente, que quase todos os fatores se correlacionam positivamente entre si, com moderada magnitude, sendo o CPA e a Adesão a correlação maior, seguida da correlação entre o CPA e a PS. Excetuam-se a PS e o CD, cuja magnitude da correlação é baixa, e o CD e a Adesão, que não apresentam uma correlação significativa.

Tabela 15: Coeficientes de correlação de Pearson entre as pontuações total e dimensionais da ECPAD-15.

	ECPAD-15	F1	F2	F3	F4
ECPAD-15	1				
F1 CPA	**.759****	1			
F2 PS	**.656****	**.358****	1		
F3 CD	**.459****	**.215****	**.111***	1	
F4 Adesão	**.675****	**.369****	**.277****	-.065	1

Nota. **F1** = Fator 1, Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); **F2** = Fator 2, Preocupação com a Saúde (PS); **F3** = Fator 3, Comportamento de Doença (CD); **F4** = Fator 4, Adesão.
*p<.05; **p<.01

Observam-se, também, correlações significativas de baixa magnitude da ECPAD-15, em sentido inverso, com a Extroversão e perceções de saúde física e saúde psicológica e, em sentido direto, com a Conscienciosidade e a perceção de stresse (Tabela 16).

Nas suas dimensões, o CPA correlaciona-se com baixa magnitude, em sentido direto, com a Conscienciosidade e a perceção de stresse, e, em sentido inverso, com a Abertura à Experiência. A PS correlaciona-se com baixa magnitude e sentido direto com o Neuroticismo e, em sentido inverso, com a Extroversão e a perceção de saúde física. O CD apresenta correlações moderadas em sentido direto com o Neuroticismo e a perceção de stresse e, em sentido inverso, em moderada magnitude com as perceções de saúde física e psicológica e em baixa magnitude com a Extroversão e a Abertura à Experiência. A Adesão apenas se correlaciona significativamente, com baixa magnitude e em sentido direto, com a Conscienciosidade.

Relativamente às correlações dos BIG-FIVE [12] entre si e destes com as escalas ESP-10, SF e SP, as mais significativas, de elevada magnitude foram, em sentido direto, a perceção de saúde física com a saúde psicológica e, em sentido inverso, o Neuroticismo com a Extroversão. Seguem-se as correlações da saúde psicológica com o Neuroticismo, em sentido inverso, e com a Extroversão, em sentido direto, ambas de moderada magnitude, bem como a correlação entre a Conscienciosidade e a Extroversão. Salientam-se, por último, as correlações de moderada magnitude, em sentido direto, entre a Saúde Psicológica e a Conscienciosidade, a Saúde Física com a Extroversão, o stresse percebido com o Neuroticismo e, em sentido inverso, entre a Conscienciosidade e a Saúde Física com o Neuroticismo, e a Saúde Psicológica com o stresse percebido.

Tabela 16: Coeficientes de correlação de Pearson entre as pontuações na ECPAD-15, os BIG-FIVE, a perceção de stresse e a perceção de saúde.

	N	**E**	**C**	**A**	**AE**	**ESP-10**	**SF**	**SP**
ECPAD-15	.085	**-.109**	**.100**	-.039	-.052	**.176****	**-.163****	**-.189****
CPA	-.073	.018	**.100**	-.059	**-.133***	**.156***	-.006	-.039
PS	**.111**	**-.122***	.030	-.037	.087	.088	**-.105**	-.092
CD	**.240**	**-.145**	-.013	-.038	**-.138**	**.208**	**-.342**	**-.343**
Adesão	-.034	-.041	**.124**	.023	.041	.020	.003	-.036
Neuroticismo	1							
Extroversão	**-.521****	1						
Conscienciosidade	**-.288****	**.427****	1					
Amabilidade	-.036	.056	.007	1				
Abertura à Experiência	-.009	.096	.032	.033	1			
Escala de Stresse Percebido-10	**.202****	**-.139***	.013	-.095	-.055	1		
Saúde Física	**-.192****	**.296****	**.137***	.005	**.141***	-.047	1	
Saúde Psicológica	**-.433****	**.434****	**.298****	.087	.052	**-.189****	**.577****	1

Nota. **ECPAD-15** = Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença; **CPA** = Comportamento de Procura de Ajuda; **PS** = Preocupação com a Saúde; **CD** = Comportamento de Doença; **N** = Neuroticismo**;** **E** = Extroversão; **C** = Conscienciosidade; **A** = Amabilidade; **AE** = Abertura à Experiência; **ESP-10** = Escala de Stresse Percebido-10; **SF** = Saúde Física; **SP** = Saúde Psicológica.

*p<.05; **p<.01

Pontuações Médias da ECPAD-15

Para a comparação das pontuações médias da ECPAD-15 por sexo e por grupo etário, utilizámos as respostas de ambas as amostras, A e B.

Comparações por sexo

Na Tabela 17 apresentam-se os valores das comparações entre as pontuações médias dos sexos feminino e masculino na ECPAD-15 e respetivos fatores. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no fator CPA, seguido do fator Adesão, bem como no fator PS e na ECPAD-15. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no fator CD.

O sexo feminino apresentou médias superiores na ECPAD-15 e em todos os seus fatores.

Tabela 17: Teste *t* de *Student* de amostras independentes comparando as pontuações médias por sexo na ECPAD-15 e respetivos fatores.

	Masculino N=333 (40.07%)		**Feminino N=498 (59.93%)**		***t (g.l.)***	***p***
	M	***DP***	***M***	***DP***		
F1 CPA	12.55	2.79	13.32	2.57	-4.001 (671)	<.001
F2 PS	8.79	2.26	9.25	2.43	-2.454 (561)	.014
F3 CD	7.04	2.60	7.21	2.86	-.892 (756)	.373
F4 Adesão	16.44	2.46	17.09	2.62	-3.203 (556)	.001
ECPAD-15	44.16	6.39	45.28	5.85	-1.999 (402)	.046

Nota. **F1** = Fator 1, Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); **F2** = Fator 2, Preocupação com a Saúde (PS); **F3** = Fator 3, Comportamento de Doença (CD); **F4** = Fator 4, Adesão; ***M*** = Média; ***DP*** = Desvio Padrão.

Comparações por grupos etários

Para esta análise, dividimos a amostra total (A+B) em dois grupos, com idades inferiores e iguais (n=573, 68.83%) e superiores (n=259, 31.17%) a 40 anos.

A Tabela 18 mostra que não se verificaram diferenças significativas, nem no total da escala, nem nas suas dimensões.

Tabela 18: Teste *t* de *Student* de amostras independentes comparando as pontuações médias por grupos etários na ECPAD-15 e respetivos fatores.

	Inferiores/iguais a 40 anos N=573 (68.83%)		**Superiores a 40 anos N= 259 (31.17%)**		***t (g.l.)***	***p***
	M	***DP***	***M***	***DP***		
F1 CPA	12.98	2.65	13.08	2.74	-.474 (484)	.636
F2 PS	9.08	2.34	9.06	2.45	.107 (370)	.915
F3 CD	7.14	2.78	7.16	2.70	-.099 (513)	.921
F4 Adesão	16.95	2.46	16.58	2.80	1.651 (344)	.100
ECPAD-15	44.96	6.07	44.53	6.13	.723 (270)	.471

Nota. **F1** = Fator 1, Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); **F2** = Fator 2, Preocupação com a Saúde (PS); **F3** = Fator 3, Comportamento de Doença (CD); **F4** = Fator 4, Adesão; ***M*** = Média; ***DP*** = Desvio Padrão.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado no âmbito do projeto "*Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica"*, desenvolvido pelo Instituto de Psicologia Médica da FMUC. O desenvolvimento da ECPAD surge com base na necessidade de um instrumento que permita avaliar tanto o comportamento de doença, como o comportamento de procura de ajuda, com ênfase neste, dada a importância destes construtos, quer para a psicologia médica, quer para o diagnóstico, tratamento e prognóstico das doenças [2].

Para iniciar o processo de validação deste instrumento, estipulámos como objetivo deste trabalho estudar a estrutura fatorial e analisar as propriedades psicométricas da ECPAD numa amostra da população geral, com vista à sua utilização para fins clínicos e de investigação.

A análise fatorial exploratória revelou bons índices de ajustamento [23]. Apesar disso, observaram-se *crossloadings* (o item 15 apresentava carga fatorial nos fatores 2 e 3) e um item (17) sem peso fatorial significativo em nenhum dos fatores, pelo que foram excluídos, para que se pudesse obter o melhor ajustamento possível. Retirando estes dois itens, verificou-se uma melhoria do ajustamento do modelo, bem como nos pesos fatoriais de cada um dos 15 itens.

Relativamente à análise fatorial confirmatória, efetuada com outra amostra, obtivemos bons índices de ajustamento [23], após correlacionar dois pares de itens (itens 1 e 9; 12 e 14) dos mesmos fatores. O modelo de AFC de segunda ordem também resultou em bons índices de ajustamento [23]. Os fatores foram denominados de Comportamento de Procura de Ajuda, Preocupação com a Saúde, Comportamento de Doença e Adesão.

No que concerne à fidelidade da escala, esta foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Obtivemos um alfa de consistência interna do total de quinze itens considerado muito bom [24], o que aponta para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens, nas suas dimensões. Avaliando a contribuição de cada item para a consistência interna dos fatores, constatamos que, em caso de exclusão, fariam diminuir o alfa global. Além disso, todos itens podem ser considerados "bons" itens, pois todos se correlacionam acima de .20 com o total (quando este não contém o item) [25]. Mais ainda, a maioria dos itens cumpre o critério mais exigente, com coeficientes de correlação com o total corrigido iguais ou superiores a .30 [24] e, inclusivamente, todos apresentam correlações elevadas, superiores a .50 [22], quando calculadas as correlações por total de itens. Os

coeficientes dos fatores também foram elevados, considerados muito bons. Contudo, uma vez que, em alguns fatores, o coeficiente é inferior a .70, devemos considerar a escala de razoável fidelidade [26]. Não obstante, estes resultados demonstram que os itens do instrumento medem de forma consistente o fator a que pertencem.

No que respeita à validade convergente-divergente, as correlações entre os fatores da ECPAD e as suas dimensões e construtos, avaliamos os mesmos através dos coeficientes de correlação de Pearson.

A ECPAD-15 correlacionou-se com elevada magnitude com todos os seus fatores, sendo maior para CPA e menor para o CD. Entre os seus fatores, salienta-se a correlação entre o CPA e a Adesão. De facto, a adesão é crucial, quer para o sucesso das terapias, quer para a segurança e efetividade das mesmas [27]. Isto remete-nos para a importância de aplicar medidas que reforcem a adesão, como a melhoria da relação médico-doente, para incentivar o CPA, quando este é menos assumido ou com mais demora do que o desejável. Além destes fatores, a correlação positiva entre o CPA e a PS vem de encontro ao esperado, uma vez que pode ser esta a motivar aquele. A Adesão correlacionou-se, também, com a PS, indo de encontro ao revisto na literatura [28]. Podemos, pois, concluir que quanto maior a preocupação com a saúde, mais se assumem comportamentos de procura de ajuda e maior a adesão aos planos propostos, incluindo tratamento e vigilância de sinais e sintomas. Isto remete-nos para a importância de conhecer a personalidade do doente, bem como os seus níveis de preocupação e ansiedade em relação à doença, quando estamos perante doentes que utilizam os serviços médicos com mais frequência do que o suposto para a sua condição de saúde. Por outro lado, PS e CD apresentaram correlação de baixa magnitude. Atentando no conteúdo dos itens de cada uma destas dimensões, podemos depreender que os da preocupação com a saúde parecem mais adaptativos, enquanto os do comportamento de doença evidenciam já algum grau de patologia. CD e Adesão não apresentaram correlação significativa, tal como esperado, uma vez que a adesão está mais associada a comportamento de saúde do que de doença [27].

Em relação às correlações da ECPAD-15 e dos seus fatores com os BIG-FIVE, o Neuroticismo não se correlacionou significativamente com a escala, contrariamente ao esperado, uma vez que é o traço de personalidade que mais tem sido associado ao comportamento de doença [28]. É possível que o resultado advenha do facto de a amostra ser constituída por pessoas recrutadas na comunidade (supostamente não doentes). Esta hipótese poderá em breve ser confirmada, já que estes questionários estão também a ser aplicados a uma amostra de doentes de diversas especialidades médicas. Por sua vez, este traço correlacionou-se com os fatores PS e CD, o que é congruente com a literatura, pois é

expectável que pessoas com elevado neuroticismo façam avaliações mais negativas e pessimistas da sua saúde, que verbalizem mais queixas de sintomas físicos e recorram mais aos serviços de saúde [10]. Nesta perspetiva, era expectável que a ECPAD-15 se correlacionasse inversamente com a Extroversão e esta com os fatores PS e CD, também inversamente, o que se verificou. Para além destas, as correlações positivas com a Conscienciosidade e, nomeadamente, deste traço de personalidade com o CPA e Adesão, estão em conformidade com a literatura existente [3]. A Amabilidade não se correlacionou com a escala nem com nenhum dos seus fatores, uma vez que, apesar de estar associada a alguns *outcomes* de saúde, como o bem-estar e a longevidade [29-30], não se tem relacionado com o comportamento de doença [28]. Por fim, a Abertura à Experiência correlacionou-se inversamente ao CPA e CD, o que contraria os achados existentes, em que, os poucos estudos que incluíram este traço, não evidenciaram relação com o comportamento de doença [28].

Relativamente aos outros construtos, a ECPAD-15 correlacionou-se significativamente com o stresse percebido e este com o CPA e o CD, o que vai de encontro ao abordado na literatura. Assim, assumindo-se que o stresse, no contexto psicossomático, contribui para potenciar o CPA [8, 31], estando, inclusive, na base deste, considera-se, por inerência, uma parte integrante do CD. Para além disso, as perceções de saúde física e psicológica correlacionaram-se inversamente com a ECPAD-15 e, sobretudo, com o CD, estando a saúde física mais correlacionada com a PS do que a saúde psicológica. Isto sugere que, quanto menor perceção de saúde física e psicológica tem a pessoa, mais manifesta comportamentos de doença. Sendo a perceção de saúde, em geral, mais influenciada pela saúde física, isto vem ao encontro dos pressupostos abordados anteriormente sobre CD. De facto, indivíduos com baixos valores de perceção de saúde usam com mais frequência serviços médicos, quando comparados com aqueles com uma atitude oposta perante a sua saúde [32]. Podemos considerar, deste modo, a perceção de saúde um alvo a desenvolver nas populações, com vista a minimizar a preocupação com a saúde e melhorar os padrões de CPA, tornando-os mais efetivos. Além disto, será interessante estudar melhor a relação entre estes constructos e a personalidade, nomeadamente quando o doente manifesta padrões excessivos de CD, tal como se verifica na Perturbação de Ansiedade de Doença e nos Sintomas Médicos Inexplicados [31].

Estes resultados sugerem que a extroversão (inversamente), a conscienciosidade, o stresse percebido e a perceção de saúde física e psicológica (inversamente) são preditores dos construtos avaliados pela ECPAD-15.

Por último, foram testadas as correlações entre os BIG-FIVE e destes com as outras escalas, em que os resultados são congruentes com os pressupostos existentes na literatura [16-17], contribuindo para a validade dos resultados das correlações destes construtos com a ECPAD-15. Exemplificando, observámos a correlação negativa de elevada magnitude do Neuroticismo com a Extroversão, moderadamente com SF e SP e Conscienciosidade e positivamente com o stresse percebido. Pelo contrário, a Extroversão correlacionou-se positivamente com a SF e SP e Conscienciosidade e negativamente com o stresse percebido. Para além disso, a ESP-10 correlacionou-se negativamente com SP, mas não com SF, o que sugere que a perceção de stresse seja potenciada pela falta de saúde psicológica. Tendo em conta este facto, e atendendo a que o CPA é potenciado pelo stresse percebido, seria interessante estudar melhor a influência da falta de saúde psicológica no CPA e no CD. E ainda, SF e SP correlacionaram-se positivamente e em elevada magnitude, como expectável, dada a interdependência destes constructos.

Finalmente, no que respeita às comparações das pontuações médias na ECPAD-15, avaliadas através do teste *t* de *Student* para a amostra total (A+B), entre os sexos feminino e masculino, constatamos diferenças significativas em todas as medidas, exceto o CD, sendo o sexo feminino a apresentar as médias superiores. Assim, as mulheres têm padrões mais elevados de CPA, PS e Adesão do que os homens. Estes resultados são congruentes com a maioria dos estudos existentes [3-4; 32]. Relativamente às comparações por idades inferiores ou iguais a 40 anos *versus* superiores a 40 anos, não foram significativas para nenhum fator, nem para o total da escala, o que não coincide com outras investigações que apontam quer para o aumento do CPA com a idade, quer para as diferenças entre indivíduos de mais de meia idade, em comparação com os de idade inferior [33]. Tendo em conta que a amostra em estudo tem idades superiores a 30 anos e que é nesta idade que se verifica a estabilização da personalidade [34], podemos especular que o facto de não se terem verificado diferenças por grupos etários, seja mais um indicador indireto do papel dos traços no comportamento de procura de ajuda e de doença.

Quanto aos vieses possíveis, poderemos ter a desejabilidade social. O protocolo não era muito extenso, pelo que poderá não ser significativo o viés das respostas ao acaso, além de que alguns itens se encontram invertidos, o que minora o viés da aquiescência. Mais ainda, podemos considerar que o facto de, em ambas as amostras, a percentagem de pessoas com má/muito má saúde física e psicológica ser muito baixa, retira a potencial influência negativa que o estado atual poderia ter nas respostas à ECPAD. Assim, apesar de não sabermos se os participantes têm, efetivamente, um diagnóstico médico ou se se encontram em seguimento numa especialidade, sabemos que, na maioria, a sua perceção é a de que têm

boa/muito boa saúde física e psicológica, o que valida a representatividade das amostras da população geral e sublinha que o instrumento pode ser aplicado com validade e fidelidade em amostras da comunidade.

Importa salientar que esta escala foi desenvolvida para a população portuguesa, podendo os seus resultados variar noutras populações, em função das diferenças culturais, étnicas e sociodemográficas, inerentes ao CPA e CD [8].

Considerando que a ECPAD é um instrumento pioneiro, cujos itens foram formulados pela equipa do Instituto de Psicologia Médica, não existem estudos com os quais se possam comparar os resultados obtidos ao nível das pontuações médias (normas). Apesar de serem de conveniência, as amostras eram vastas, pelo que podemos considerá-las representativas da população geral, nas variáveis sociodemográficas e na perceção de saúde, o que permite generalizar os principais resultados e concluir que a escala está pronta para ser utilizada na população geral. Outros preceitos metodológicos que valorizam o trabalho - a robustez do estudo e a qualidade do instrumento desenvolvido - são o facto de a AFE e a AFC terem sido realizadas com amostras distintas, ambas constituídas por indivíduos de idade superior a 30 anos, pressupondo que estes terão uma maior experiência com o CD e CPA (nomeadamente em comparação com amostras de estudantes) e mais estabilização da personalidade.

CONCLUSÃO

A Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença-15 avalia quatro dimensões – Comportamento de Procura de Ajuda, Comportamento de Doença, Preocupação com a Saúde e Adesão – com boa validade de construto, convergente-divergente e razoável fidelidade.

Conclui-se, assim, que ECPAD é uma escala útil e adequada para fins clínicos e de investigação, sendo um instrumento que pode começar a ser utilizado em amostras da população portuguesa. Será interessante e profícuo analisar o padrão de correlações das dimensões validadas da ECPAD-15 com outros traços e processos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, a todas as pessoas e às circunstâncias que contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo a confiança e oportunidade de participar neste projeto e todo o apoio prestado. À Doutora Ana Telma Pereira, um enorme agradecimento por toda a ajuda, atenção, amabilidade, dedicação e disponibilidade, em todas as horas. Agradeço também aos alunos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, bem como a todas as pessoas do Instituto de Psicologia Médica que integram o projeto no qual este trabalho se insere.

Aos meus amigos, obrigada por estarem comigo, mesmo na distância. À Rosa, pelo apoio, carinho e amizade, e à sua família, também minha.

Termino com o maior agradecimento aos meus pais, por me permitirem ter chegado até aqui, suportarem o menos bom e transformarem-no no melhor, rumo ao sucesso que ainda está para vir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 – Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine. Psychological Medicine 16.01: 1-7.

2 – Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. International journal of nursing practice, 17(3), 280-288.

3 – Shaw, C. (2001). A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. Journal of Clinical Nursing, 10(1), 15-24.

4 – Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppa, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J., & Baumeister, S. E. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(11), 1809-1817.

5 – Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behaviour. Social science & medicine, 41(9), 1207-1216.

6 – Malouff JM, Thorsteinsson EB, et al. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment 2005; 27:101-114.

7 – Costa PT, McCrae RR. (1997). Neuroticism, somatic complaints, and disease: is the bark worse than the bite? Journal of Personality, 55(2), 299-316.

8 – Macedo A, Soares MJ (2018). Perceção de saúde e doença. In Macedo A., Pereira AT, Madeira N, Psicologia na Medicina. Lisboa, LIDEL, 23: 323-342.

9 – Macedo A, Costa M et al. (2016b). Self-concealment mediates the relationship between Perfectionism and Illness and help-seeking behaviour. Poster presented at 18th European Conference on Personality; Timisoara, Romania, 17-22 July 2016.

10 – Pereira AT, Araújo A., Macedo A, Soares MJ (2018). Personalidade, saúde e doença. In Macedo A., Pereira AT, Madeira N, Psicologia na Medicina. Lisboa, LIDEL, 17: 241-260.

11 – Macedo A, Costa M et al. (2016a). Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. Poster presented at 18th European Conference on Personality; Timisoara, Romania, 19-22 July 2016.

12 – McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. American psychologist, 52(5), 509.

13 – Almeida, L.S., & Freire, T. (2001). Escalas de avaliação construção e validação. In E.M. Fernandes & L.S. Almeida (Eds.), Métodos e Técnicas da Avaliação. Contributos para a prática e investigação psicológica (pp. 108-127). Braga: Psiquilíbrios.

14 – Soares MJ, Pereira AT, Marques M, Bos S, Valente J, Nogueira V, Roque C, Madeira N, Macedo A (2013). Are lifetime self-reported health (srh), sleep difficulties, and negative affect correlates of suicidal ideation in pregnancy and postpartum? European Psychiatry 28, S1.

15 – Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale. Poster apresentado no 18th European Conference on Personality; Timisoara, Roménia, 19-23 de Julho de 2016.

16 – Dourado, J. F., Pereira, A. T., Marques, C., Azevedo, J., Nogueira, V., Macedo, A., ... & Seco, A. J. M. (2017). Confirmatory factor analysis of NEO-FFI-20 in a Portuguese sample. European Psychiatry, 41, S255.

17 – Costa PT, McCrae RR. (1992). Revised Neo Personality Inventory (NEOPI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa, FL: PAR.

18 – Amaral, A. P., Soares, M. J., Bos, S. C., Pereira, A. T., Marques, M., Valente, J., ... & Macedo, A. (2014). The perceived stress scale (PSS-10)-a Portuguese version. Clínica, 12, 187-93.

19 – Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998-2012). Mplus User's Guide. Seventh Edition. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

20 – IBM Corp. (2015). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

21 – Maroco, J. (2014). Análise Estatística com o SPSS. (6ª edição). ReportNumber, Lda.

22 – Cohen, J. (1992). A power primer. Psychological bulletin, 112(1), 155.

23 – Hu, L.-t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling, 6(1), 1-55.

24 – Kline, P. (2000). The handbook of psychological testing (2nd Ed.). London and New York: Routledge.

25 – Pasquali, L. (2003). Teoria da medida. L. Pasquali, Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação, 1, 23-51.

26 – Pasquali, L. (2017). Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Editora Vozes Limitada.

27 – Mathes et al. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews. Archives of Public Health 2014, 72:37.

28 – Williams PG (2006). Personality and Illness Behaviour. In Vollrath ME, Handbook Of Personality and Health. England, John Wiley & Sons Ltd, 7: 157-169.

29 – Löckenhoff et al. Psychol Aging. NIH Public Access Author Manuscript, September 2011, 26(3): 592-604.

30 – Hudek-Knežević, Kardum. Personality and Health Outcomes. Public Health. Croat Med J. 2009; 50: 394-402.

31 – Oliveira A, Mota D, Quartilho M (2018). Psicossomática. In Macedo A., Pereira AT, Madeira N, Psicologia na Medicina. Lisboa, LIDEL, 27: 397-410.

32 – Kaleta D, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. Cent Eur J Public Health 2009; 17 (3): 122-127.

33 – Magaard JL, Seeralan T, Schulz H, BruÈtt AL (2017). Factors associated with help-seeking behaviour among individuals with major depression: A systematic review. PLoS ONE 12(5): e0176730.

34 – Ashton MC (2013). Developmental Change and Stability of Personality. In Individual Differences and Personality. Academic Press; 4: 81-100.

ANEXOS

ANEXO I – Abstract submetido ao *VIII IN4MED*

ABSTRACT

Title
Further Validation of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale

Authors
Diana Cruz (1), Ana Telma Pereira (2), Ana Araújo (2, 3), Diana Moura (2, 3), Maria João Martins (2), Cristiana Marques (2), Maria João Soares (2), António Macedo (2, 3).

Affiliation
1 - Faculty of Medicine of the University of Coimbra
2 - Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra
3 - Coimbra Hospital and University Centre, Portugal

INTRODUCTION
Help-seeking behaviour (HSB) is a planned illness behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional due to a perceived disturbance (physical and/or emotional) (Cornally & McCarthy, 2011). It is influenced by multiple factors, such as sociodemographic, cultural and psychological (Shcomerus et al. 2013). The lack of an instrument to assess this construct led us to develop a self-reported questionnaire entitled Illness and Help-Seeking Behaviour Scale (IHSBS; Macedo et al. 2016).

OBJECTIVES
To investigate the psychometric properties of the IHSBS, namely: the dimensional structure trough exploratory factorial analysis (EFA) and confirmatory exploratory analysis (CFA), with data from different samples; reliability (internal consistency); convergent-divergent validity.

MATERIAL AND METHODS
Two general population samples composed of 513 and 318 participants (60.6% and 58.8% women; mean age 43.63±10.298 and 43.65±14.056) completed the preliminary version of the IHSBS and other validated questionnaires: NEO-FFI-20, Perceived Stress Scale-10 and Health Perception. SPSS and Mplus software were used.

RESULTS AND DISCUSSION
Parallel analysis indicated a four-factor structure. EFA: after removing two items presenting crossloadings, good adjustment indices were obtained. First-order CFA presented good adjustment indices ($X^2/d.f.$=1.573; *CFI*=.909; *TLI=.883*, *RMSEA*=.042; *p[rmsea]*≤0.01), as did the second-order CFA ($X^2/d.f.$=2.599; *CFI*=.906; *TLI=.882, RMSEA*=.043; *p[rmsea]*≤0.01). The factors were called Help-Seeking Behaviour (HSB), Health Concerns (HC), Illness Behaviour (IB), Adherence.

The Cronbach alphas (IHSBS-15 total) were good: .707 for the IHSBS-15 and >. 536 for the four factors. The significant (p<.05) correlations were: HSB with Perceived stress and Conscientiousness and inversely with Openness to Experience; HC with Neuroticism and inversely with Extroversion; IB with Neuroticism and Perceived stress and inversely with Perceived physical health, Perceived psychological health, Extroversion and Openness to Experience; Adherence with Conscientiousness.

CONCLUSION

The IHSBS evaluates four dimensions with good construct and convergent-divergent validity, and reasonable reliability. This new instrument is useful and adequate for clinical and research purposes.

References:

1 - Mechanic, D. (1986). The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. Psychological Medicine. Psychological Medicine 16.01: 1-7.

2 - Cornally, N., & McCarthy, G. (2011). Help-seeking behaviour: A concept analysis. International journal of nursing practice, 17(3), 280-288.

3 - Shaw, C. (2001). A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. Journal of Clinical Nursing, 10(1), 15-24.

4 - Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppa, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J., & Baumeister, S. E. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(11), 1809-1817.

5 - Kline, P. (2000). The handbook of psychological testing (2nd Ed.). London and New York: Routledge.

Posters In4med
para eu

18/01/2019, 20:33 (há 17 horas)

Detetar idioma > português Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês ×

Dear Diana Cruz,

We would like to thank you for your interest in the V Post N´ Speak. As we stated previously, every abstract is analyzed carefully by our Jury president. After examining your abstract, the Jury President assigned it to the **Translational Research** category.

If you have any questions, don't hesitate to contact us via email (postersin4med@nemaac.net).

We will see you in February!

Kind regards,

André Carmo and Rita Figueiró

...

Member of the VIII In4Med Organising Committee
Medical Student of the Faculty of Medicine of University of Coimbra
E-mail: postersin4med@nemaac.net / in4med@nemaac.net
Website: www.in4med.org

ANEXO II – Aprovação da Comissão de Ética e do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Refª **086-CE-2017**

Data 24/7/**2017**

C/C aos Exmos. Senhores

Investigadores e co-investigadores

Exmo. Senhor

Prof. Doutor Duarte Nuno Vieira

Director da Faculdade de Medicina de

Universidade de Coimbra

Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projeto de Investigação autónomo (refª CE-076/2017).

Investigador(a) Principal: António João Ferreira de Macedo e Santos

Co-Investigador(es): Ana Telma Fernandes Pereira, Maria João Martins, Maria João de Castro Soares, Ana Isabel Araújo e Cristiana Campos Marques

Título do Projeto: ***"Comportamento de procura de ajuda e de doença, estigma e perturbação psicológica".***

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central
Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL
Tel.: +351 239 857 706 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236
E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

ANEXO III – Distribuição das categorias profissionais

Tabela 1: Profissões (análise fatorial exploratória, amostra A).

Classificação Portuguesa das Profissões	N (%)
1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2 (0.2%)
2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas	21 (4.1%)
3 – Técnicos e profissões de nível intermédio	155 (30.2%)
4 – Pessoal administrativo	42 (8.2%)
5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	56 (10.9%)
6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	8 (1.6%)
7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	1 (0.2%)
8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	43 (8.4%)
9 – Trabalhadores não qualificados	97 (18.9%)
10 – Estudantes	12 (2.4%)
11 – Reformados	19 (3.7%)
12 – Desempregados	53 (10.4%)

Tabela 2: Profissões (análise fatorial confirmatória, amostra B).

Classificação Portuguesa das Profissões	N (%)
1 – Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	4 (1.6%)
2 – Especialistas das atividades intelectuais e científicas	58 (23.6%)
3 – Técnicos e profissões de nível intermédio	16 (6.5%)
4 – Pessoal administrativo	40 (16.3%)
5 – Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	18 (7.3%)
6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	8 (3.3%)
7 – Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	22 (8.9%)
8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	26 (10.6%)
9 – Trabalhadores não qualificados	26 (10.6%)
10 – Estudantes	0 (0%)
11 – Reformados	16 (6.5%)
12 – Desempregados	12 (4.8%)

ANEXO IV – Inquéritos de autorresposta

ECPAD-17 [15]

Para cada afirmação, faça um ***círculo*,** à volta do número que melhor corresponde ao seu grau de ***acordo*** ou ***desacordo***. Use a seguinte escala de avaliação.

1 **Discordo fortemente**	**2** **Discordo**	**3** **Nem concordo nem discordo**	**4** **Concordo**	**5** **Concordo fortemente**

1.	Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	1	2	3	4	5
2.	No geral, sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	1	2	3	4	5
3.	Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	1	2	3	4	5
4.	Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	1	2	3	4	5
5.	No geral, tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
6.	Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a ”deixar andar”.	1	2	3	4	5
7.	No geral, considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	1	2	3	4	5
8.	Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em “baixo” do que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
9.	Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	1	2	3	4	5
10.	Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	1	2	3	4	5
11.	Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	1	2	3	4	5
12.	Geralmente, quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	1	2	3	4	5
13.	Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	1	2	3	4	5
14.	Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho ser precisa.	1	2	3	4	5
15.	No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.	1	2	3	4	5
16.	Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet…).	1	2	3	4	5
17.	Costumo fazer os exames médicos aconselhados para a minha idade (ex: mamografia, nas mulheres após 40 anos) ou para seguimento de algum problema físico (ex: colesterol elevado).	1	2	3	4	5

NEO-FFI-20 [16]

Leia cada afirmação com atenção. Para cada afirmação, nas páginas seguintes, marque com uma cruz apenas a coluna que melhor corresponde à sua opinião.

	Discordo Fortemente	**Discordo**	**Neutro**	**Concordo**	**Concordo fortemente**
1. Raramente estou triste e deprimido(a).					
2. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
3. A poesia pouco ou nada me diz.					
4. Tendo a pensar o melhor das pessoas.					
5. Sou eficiente e eficaz no meu trabalho.					
6. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
7. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
8. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
9. A minha primeira reação é confiar nas pessoas.					
10. Sou uma pessoa muito competente.					
11. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
12. Sou uma pessoa muito ativa.					
13. Acho as discussões filosóficas aborrecidas.					
14. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
15. Esforço-me por ser excelente em tudo aquilo que faço.					
16. Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura.					
17. Sou dominador(a), cheio(a) de força e combativo(a).					
18. Não dou grande importância às coisas da arte e da beleza.					
19. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
20. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					

ESP – Escala de Stresse Percebido-10 [18]

As questões nesta escala dizem respeito aos seus sentimentos e pensamentos durante o **último mês**. Para cada questão, ponha um círculo, à volta do número que melhor corresponde ao número de vezes que pensou ou sentiu dessa maneira.

0	**1**	**2**	**3**	**4**
Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Bastantes vezes	Muitas vezes

1. No último mês, com que frequência se sentiu incomodado por algo que aconteceu inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. No último mês, com que frequência sentiu que era incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?	0	1	2	3	4
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e stressado(a)?	0	1	2	3	4
4. No último mês, com que frequência se sentiu confiante quanto à sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	0	1	2	3	4
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	0	1	2	3	4
6. No último mês, com que frequência achou que não conseguia lidar com todas as coisas que tinha de fazer?	0	1	2	3	4
7. No último mês, com que frequência tem sido capaz de controlar as coisas que o/a irritam na sua vida?	0	1	2	3	4
8. No último mês, com que frequência sentiu que tinha tudo sob controlo?	0	1	2	3	4
9. No último mês, com que frequência ficou irritado por causa de coisas que estavam fora do seu controlo?	0	1	2	3	4
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular de tal forma que não conseguiria superá-las?	0	1	2	3	4
Pa. Sente que tem tido o apoio e ajuda de que necessita (do marido/companheiro/namorado, família, amigos, vizinhos e/ou outros)?	0	1	2	3	4
Pr. Procure recordar-se de acontecimentos de vida/problemas ocorrido(s) no ultimo mês. Em que medida considera ter sido o causador desses acontecimentos/problemas?	0	1	2	3	4

SF-SP – Perceção de Saúde [14].

Coloque um círculo à volta da resposta apropriada.

1. Em geral, como tem sido a sua saúde física?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
2. Em geral, como tem sido a sua saúde psicológica/mental?	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa