



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA FACULDADE
DE
MEDICINA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA INÊS PROENÇA PINTO

***Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e Doença –
Validação numa Amostra Clínica***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO FERREIRA DE MACEDO

DOUTORA ANA TELMA PEREIRA

NOVEMBRO/2019

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

***ESCALA DE COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA
E DOENÇA – VALIDAÇÃO NUMA AMOSTRA CLÍNICA***

Autora: Ana Inês Proença Pinto

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

inesproencapinto@gmail.com

Orientador: Professor Doutor António João Ferreira de Macedo Santos

Professor Catedrático, 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

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

ABREVIATURAS

AFC – Análise factorial confirmatória

CD – Comportamento de Doença

CFI – *Comparative Fit Index*

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CPA – Comportamento de Procura de Ajuda

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

EPI – Inventário de personalidade de Eysenck

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

g.l. – Graus de Liberdade

IC – Intervalo de Confiança

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Mplus – Programa de modelagem estatística

OP2 - Otimismo Pessimismo 2

PS – Preocupação com a Saúde

RMSEA – *Root Mean Square Error of Aproximation*

SPSS – *Statistical Package for Social Science*

SF-SP – escala de perceção de saúde física e saúde psicológica

TLI – *Tucker-Lewis Index*

X² – Qui-quadrado



EPA 2020

28TH EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHIATRY

Madrid, Spain

28-31 March 2020

Parte deste trabalho e de outro realizado no âmbito do mesmo projeto de investigação foram submetidas ao **28th European Congress of Psychiatry (EPA 2020)**, que irá realizar-se em Madrid, Espanha, de 28 a 31 de Março de 2020.

Os abstracts, a serem aceites, serão publicados no *European Psychiatry* e podem ser consultados nos Anexos V e VI.

Referências:

Inês Proença, Nadine Almeida, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Cândida Coelho, Manuel Coroa, Diana Moura, Pedro Oliveira, Sofia Ferreira, Maria João Soares, António Macedo (2020) Illness and Help-Seeking Behaviour Scale – Validation in a clinical sample. *European Psychiatry* (submetido).

Nadine Almeida, Inês Proença, Ana Telma Pereira, Ana Araújo, Diana Moura, Sofia Ferreira, Manuel Coroa, Pedro Oliveira, Cândida Coelho, Maria João Soares, António Macedo (2020). Illness behaviour, personality and psychological distress – Mediation study in a clinical sample. *European Psychiatry* (submetido).

Índice

Resumo.....	6
Abstract	8
Introdução.....	9
Material E Métodos	11
Resultados	17
Discussão.....	27
Conclusão	32
Agradecimentos.....	33
Referências Bibliográficas	34
Anexos.....	36

RESUMO

Introdução: O Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença/CPAD refere-se ao modo como o indivíduo percebe, avalia e age em relação aos sintomas físicos e/ou emocionais que experimenta, e à reação por eles provocada. Depende de factores sociodemográficos, culturais e psicológicos, particularmente dos traços de personalidade. Devido à relevância deste conceito na psicologia da saúde, foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento para a sua avaliação, denominado Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença/ECPAD. Os primeiros estudos psicométricos deste novo instrumento, realizados com amostras da população geral, revelaram boas propriedades psicométricas, encorajando à continuação da sua validação (1).

Objetivos: Analisar as propriedades psicométricas da ECPAD numa amostra da população clínica. Pretendemos: 1) realizar uma análise factorial confirmatória/AFC e analisar os índices de ajustamento do modelo; 2) analisar a fidelidade da escala; 3) analisar a validade convergente-divergente (padrão de correlações com o neuroticismo e a extroversão); 4) analisar a validade discriminante.

Materiais e métodos: duas amostras de população clínica e não clínica, compostas respetivamente por 462 e 297 participantes (78.1% e 80.5% mulheres), com idade média de 44.49 ± 15.588 e 34.18 ± 12.559 , recrutados em várias especialidades médicas (Neurologia, Cardiologia, Oncologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Medicina Interna e Pneumologia); preencheram a ECPAD-15 e outros questionários de autorresposta validados para a população portuguesa: Inventário de Personalidade de Eysenck, Otimismo-Pessimismo-2 e Perceção de Saúde. Utilizaram-se os programas SPSS e Amos.

Resultados: A AFC revelou que o modelo composto por quatro factores e 15 itens apresentava índices de ajustamento pouco adequados. Após a remoção de quatro itens, o modelo de segunda ordem apresentou um ajustamento aceitável ($X^2/df=3.1706$; CFI=.9017; TLI=.8614, GFI=.9526, RMSEA=.0686; $p[RMSEA \leq .01] = .0686$). Os coeficientes de consistência interna (alpha de Cronbach) foram aceitáveis, considerando o número de itens: .667 para o total e de .65 para as dimensões. A ECPAD-11 (total) e a dimensão Comportamento de Ajuda correlacionaram-se, direta e moderadamente, com neuroticismo e pessimismo e indiretamente com extroversão, otimismo e perceção de saúde física e mental; a adesão correlacionou-se com otimismo e pessimismo.

Discussão: A ECPAD-11 avalia quatro dimensões, CPA, PS, CD e Adesão com boa validade e aceitável fidelidade. O padrão de correlações entre a ECPAD e as suas dimensões confirma a sua validade convergente-divergente.

Conclusão: A ECPAD-11 é uma escala útil e adequada para fins clínicos e de investigação. Futuramente, será utilizada para estudar as relações entre comportamento de doença, personalidade, estigma e perturbação psicológica em amostras de doentes.

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

ABSTRACT

Introduction

Illness Behavior and Help-seeking Behavior involves how the person perceives, analyzes and responds to an observed disturbance (physical and/or emotional) and its consequences. It relies on sociodemographic, cultural and psychological factors, specially on the personality traces. In order to study this behavior and its implication in the psychology of health care, the Illness and Help-Seeking Behavior Scale (1) was developed as a recently self-report questionnaire, that presented good psychometric properties in population-based samples.

Objectives

To investigate the psychometric properties of the IHSBS in a clinical sample: construct validity, internal consistency and convergent-divergent validity.

Material and Methods

A clinical sample composed of 462 outpatients (78.1% women; mean age=44.49±15.588), recruited in various medical specialties (Neurology, Cardiology, Oncology, Gastroenterology, Rheumatology, Internal medicine, Pneumology), completed the IHSBS-15 and other validated questionnaires: Eysenk Personality Inventory-12, Optimism-Pessimism-2 and Health Perception. SPSS and Amos software were used.

Results and Discussion

Confirmatory Factor Analysis revealed that the model composed of four-factors and 15 items found in a population-based sample present a poor fit. After removing four items, the second-order model presented an acceptable fit ($\chi^2/df=3.1706$; $CFI=.9017$; $TLI=.8614$, $GFI=.9526$, $RMSEA=.0686$; $p[RMSEA\leq.01]=.0686$). The Cronbach alphas were acceptable considering the number of items: .667 for IHSBS-11 and $\cong .65$ for the four factors. IHSBS-11 Total score and Illness Behavior dimensional score significantly, directly and moderately correlated with neuroticism and pessimism and indirectly with extroversion, optimism and physical/mental health perception; Adherence with optimism and pessimism.

Conclusion

The IHSBS-11 is a reliable and valid version to evaluate these psychological medicine constructs in clinical samples. It will be used in an ongoing research project on the relationship between illness behaviour, personality, stigma and psychological distress.

Key-words

Illness Behavior; Help-Seeking Behavior; Confirmatory Factor Analysis; Reliability; Validity.

INTRODUÇÃO

O Comportamento de Doença (CD) e Comportamento de Procura de Ajuda (CPA) referem-se ao modo como o indivíduo percebe, avalia e age em relação aos sintomas físicos e/ou emocionais que experimenta (2), por exemplo procurando ajuda para a sua explicação/alívio (3). Este comportamento pode assim influenciar o reconhecimento e prognóstico das doenças, determinando se o indivíduo recorre a um diagnóstico e tratamento adequados e qual o seu grau de adesão à terapêutica (4).

O Comportamento de Procura de Ajuda (CPA) resulta de uma convergência de múltiplos factores, sociodemográficos (nos quais se incluem o sexo, a etnia, a área de residência, e os recursos financeiros) e psicológicos, como a regulação emocional e cognitiva, que é influenciada pela personalidade (1). Esta última determina o grau de ameaça com que a pessoa experimenta os sintomas, e a sua resposta comportamental, em termos de estratégias, tomadas de decisão e stress percebido (4).

Dos traços de personalidade, o neuroticismo é o que tem sido mais investigado, sendo associado ao Comportamento de Doença (CD), como preditor de mortalidade e comorbidades, mas também ao comportamento de procura de ajuda, estando relacionado com maior recurso aos serviços de saúde, deteção precoce de sintomas e maior adesão à terapêutica (5) (6).

Outros traços de personalidade como o otimismo e o pessimismo, também influenciam as dimensões do CD e CPA por diversas vias, quer através de combinações destes traços, quer potenciando o papel da percepção de saúde (7).

A investigação das relações entre a personalidade e os comportamentos de saúde e doença é necessária e deve ser incentivada, de forma a facilitar a intervenção dos profissionais de saúde, para que possam adequar a forma e o conteúdo da comunicação clínica, tendo em conta a personalidade da pessoa que tem diante de si (5).

Devido à relevância deste conceito na psicologia da saúde, foi desenvolvido um questionário de autopreenchimento para a sua avaliação, denominado *Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (ECPAD)*. Os primeiros estudos psicométricos deste novo instrumento, realizados com amostras representativas da população geral, revelaram boas propriedades psicométricas, encorajando à continuação da sua validação (8). Assim, com uma amostra diferente, mas também vasta e igualmente da população geral, estudos subsequentes de análises factoriais exploratória e confirmatória, revelaram que a estrutura com melhor ajustamento (validade de construto) é composta por 15 itens, organizados em quatro dimensões: Comportamento de ajuda, Comportamento de doença, Percepção de saúde e Adesão.

O objetivo deste estudo é analisar as propriedades psicométricas da ECPAD numa amostra da população clínica. Pretendemos 1) realizar uma análise factorial confirmatória e analisar os índices de ajustamento do modelo; 2) analisar a fidelidade da escala; 3) analisar a validade convergente-divergente, através do padrão de correlações com o neuroticismo e a extroversão; 4) analisar a validade discriminante (comparando as pontuações totais e dimensionais entre a amostra clínica e a amostra da população geral, semelhantes quanto à distribuição das variáveis sociodemográficas).

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação em curso no Instituto de Psicologia Médica, intitulado “*Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica*”, aprovado pela Comissão de Ética e pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (referência 086-CE-2017, no Anexo II) e do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (referência CHUC-146-17, no Anexo III).

Participantes

Amostra Clínica

Os participantes da amostra clínica (n= 462) são doentes com idade superior a 18 anos de diversas especialidades médicas), que foram recrutados nos serviços de Cardiologia, Gastroenterologia, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia Médica, Pneumologia e Reumatologia principalmente do CHUC, enquanto esperavam pela sua consulta. Alguns respondentes, por via online em *Google docs*, apresentavam os mesmos critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, consentimento informado e terem tido uma consulta de especialidade há menos de seis meses), mas eram seguidos noutros hospitais. Destes, 334 preencheram o inquérito online e 128 em formato em papel (Tabela II).

Tabela I: Especialidade médica em que foram recrutados - Amostra clínica.

Especialidade	Frequência	Percentagem
Neurologia	72	15.6
Cardiologia	56	12.1
Oncologia	51	11.0
Gastroenterologia	52	11.3
Reumatologia	94	20.3
Medicina Interna	83	18.0
Pneumologia	54	11.7
Total	462	100.0

Tabela II: Situação profissional - Amostra clínica.

Situação	Frequência	Percentagem
A trabalhar	221	47,8
Baixa/atestado	50	10,8
Desempregado	48	10,4
Estudante	63	13,6
Reformado	80	17,3
Total	462	100,0

Na

Tabela I, é apresentada a distribuição pelas diferentes especialidades. Cerca de 95.7% dos inquiridos tiveram a sua última consulta há menos de 6 meses. A amostra clínica é constituída por 78.1% de indivíduos do sexo feminino. A maioria dos participantes são de nacionalidade portuguesa (n=409; 88.5%), tendo as restantes pessoas um bom domínio da língua portuguesa. No que diz respeito ao estado civil, 32.0% (n=148) eram solteiros, 53.9% (n=249) encontravam-se casados ou em união de facto, 11.7% (n=54) estavam divorciados ou separados e 1.9% (n=9) eram viúvos.

A idade média foi de 44.49 anos (± 15.588), variando entre 18 e 89 anos. Relativamente ao nível de escolaridade, todos os níveis se encontravam representados, havendo um predomínio do ensino secundário e superior (com 26.0% e 52.4%, respetivamente).

As categorias profissionais mais representadas, organizadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, conforme o site do Instituto Nacional de Estatística, foram especialistas de atividades intelectuais e científicas, com 26.4%, estudantes com 13.2% e trabalhadores não qualificados com 12.8%.

Amostra da População Geral

Os participantes da amostra da população geral (n=297) são indivíduos da comunidade que preencheram os critérios de inclusão (idade superior a 18 anos, consentimento informado, com características sociodemográficas equivalentes às da amostra clínica, que atualmente não sofrem de uma doença diagnosticada e que no último ano não tenham tido problemas médicos importantes). Dos inquiridos, 92.6% responderam ao inquérito em formato *online* e 7.4% em papel.

A maioria dos participantes era de nacionalidade portuguesa (n=265; 89.2%), sendo que mesmo os que não nasceram em Portugal tinham um bom domínio da língua portuguesa. Dos participantes, 80.5 % (n=239) eram do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, 63.0% (n=187) eram solteiros, 32.3% (n=96) encontravam-se casados/unidos de facto e 4.7% (n=14) estavam divorciados/separados de facto.

A idade média foi de 34.18 (± 12.559) anos, variando de 18 a 74 anos. Também os níveis de escolaridade estavam todos representados, com predomínio dos ensinos secundário e superior (com 20.2% e 73.7%, respetivamente).

As categorias profissionais mais representadas, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, retirada do *site* do Instituto Nacional de Estatística, foram estudantes com 37.7%, especialistas de atividades intelectuais e científicas, com 32.3%, e técnicos e profissões de nível intermédio, com 10.1%, a situação profissional é referida na

Tabela III.

Tabela III: Situação profissional - Amostra não-clínica.

Situação	Frequência	Porcentagem
A trabalhar	158	53.1
Baixa/atestado	5	1.7
Desempregado	14	4.7
Estudante	114	38.4
Reformado	6	2.0
Total	297	100,0

Comparação entre a Amostra Clínica e a Amostra Não Clínica quanto à distribuição das variáveis sociodemográficas

Teste T (comparação de médias de amostras independentes)

A idade média da amostra clínica foi significativamente superior à da amostra não-clínica [M=44.50 ± 15,59 vs. M=34,18 ± 12,56; t(719.491)=10.028, p<.001)].

A percepção de saúde física foi significativamente inferior na amostra clínica, comparando com a amostra não clínica [M=3.08 ± 0.993 vs. M=3.86 ± 0.836; t(704.593)=-11.538, p<.001)].

Já quanto à percepção de saúde psicológica as duas amostras não se distinguiram significativamente [M=3.35 ± 0.976 na amostra clínica vs. M=3.48 ± 1.024 na amostra não clínica; t(757)=-1.752, p=.080)].

Teste de Qui-Quadrado (X²) para comparação de proporções

Tabela IV: Proporção dos sexos- amostra clínica VS. não-clínica.

Sexo	Amostra Clínica	Amostra Não Clínica
	Frequência	Frequência
	Porcentagem	Porcentagem
Feminino	361	239
	78.1%	89.2%
Masculino	101	58
	21,9%	19.5%
Total	462	297
	100,0%	100.0%

A diferença nas proporções de homens e mulheres nas duas amostras – clínica e não clínica – não é significativamente diferente (X²=.594, p=.249) como é visível na Tabela IV.

Tabela V: Proporção das formas de preenchimento dos inquéritos - amostra clínica VS. não-clínica.

Formato	Amostra Clínica	Amostra Não Clínica
	Frequência	Frequência
	Percentagem	Percentagem
Papel	128	22
	27.7%	7.4%
Online	334	275
	72.3%	92.6%
Total	462	297
	100.0%	100.0%

Na amostra não-clínica foi significativamente superior a percentagem de pessoas que responderam *online* ($X^2=46.973$, $p<.001$), facto observável na

Tabela V.

Quanto à formação, profissão e situação profissional, em ambas as amostras há uma maioria de inquiridos com formação de ensino secundário ou superior, com situação profissional definida como a trabalhar e reformado/estudante, em segundo lugar, respetivamente para as amostras clínicas e não clínicas. As categorias profissionais mais comuns foram, em ambas as amostras, especialistas de atividades intelectuais e científicas e estudantes. Para a classificação das profissões foi usada a Classificação das Profissões Portuguesas (9).

Procedimentos

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 seus dados. Todos preenchem um conjunto de questionários de autorresposta, em formato digital ou papel, que além de questões relacionadas com variáveis sociodemográficas e clínicas, inclui os seguintes questionários validados para a população portuguesa: 1) ECPAD (8) e 2) e Inventário de Personalidade de Eysenck (10).

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, não clínica.

A ECPAD foi desenvolvida para avaliar o comportamento de procura de ajuda e de doença. No desenvolvimento dos itens da escala de validação, foram seguidos procedimentos teóricos e analíticos, estruturados e sequenciais (11).

A versão preliminar da ECPAD era composta por 17 itens, a responder numa escala Likert de cinco pontos, desde “Discordo fortemente” (1 ponto) a “Concordo fortemente” (5 pontos)(12). Neste estudo foi utilizada a versão de 15 itens, validada por Cruz et al. 2019 (1).

- **Perceção de Saúde** (13) – 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).
- **Inventário de Personalidade de Eysenck** – avaliação das dimensões de introversão/extroversão e neuroticismo/estabilidade através de 12 questões a serem respondidas com uma escala de Quase nunca (1 ponto) a Quase sempre (4 pontos).
- **Otimismo Pessimismo 2** (Silva et al. 2014) – medição do grau de otimismo/pessimismo, através de duas perguntas que pedem para assinalar o grau que melhor descreve a pessoa. A escala vai de Nada otimista/pessimista (1 ponto) a Muito otimista/pessimista (7 pontos).

Análise Estatística

O tratamento estatístico foi realizado com o programa IBM SPSS Statistics, versão 25 para Windows (14). Iniciou-se o tratamento de dados pela determinação das estatísticas de descritivas (nomeadamente para a caracterização sociodemográfica), medidas de tendência central e de dispersão, seguindo-se pela análise descritiva da ECPAD.

A distribuição das variáveis (normal) e o tamanho da amostra/dos grupos permitiram o uso de testes paramétricos (11). Assim, para comparação das pontuações médias por grupo etário e por perceção de saúde física e psicológica, foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes. O teste de X^2 foi usada para avaliar se existiam diferenças significativas entre as duas amostras, relativamente ao sexo e ao formato de resposta, em papel ou em Google docs.

Usou-se o software AMOS 25.0 (15), para a análise factorial confirmatória (AFC). O ajustamento dos modelos foi feito a partir dos índices de modificação superiores a .40, $p < .001$, produzidos pelo AMOS e com base em considerações teóricas. Para avaliar o ajustamento do modelo foram usados os seguintes índices de ajustamento: X^2/gl , *Comparative Fit Index* (CFI), *Goodness of Fit Index* (GFI), *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA)(16).

A consistência interna foi analisada através dos coeficientes alpha de Cronbach. De forma a determinar a contribuição particular de cada item para a consistência interna da dimensão, determinaram-se os coeficientes alfa de Cronbach excluindo os respectivos itens, para depois os comparar com o alfa global da dimensão. Para averiguar o poder discriminativo ou validade interna de cada item, os coeficientes de correlação foram analisados entre cada item e o total (excluindo o item).

Na avaliação da validade convergente divergente, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson para as correlações entre os factores e entre os factores e outras variáveis avaliadas. Para classificar a magnitude dos coeficientes de correlações de Pearson, seguimos o critério de Cohen (5): até .20, baixa, aproximadamente .30, moderada, e superior ou igual a .50, elevada.

Por fim, foram avaliadas as pontuações médias, totais e dimensionais, das escalas ECPAD, EPI, OP2 e SF-SP por grupo etário (com recurso ao teste de One way ANOVA) e por sexo (utilizando do teste t de Student).

RESULTADOS

Análise descritiva da ECPAD (15 itens)

Nas

Tabela VI discriminam-se as medidas de tendência central: média, desvio padrão, variância, mediana e amplitude interquartil para cada item da ECPAD (com 15 itens) e as frequências de resposta para cada item da escala em estudo.

Tabela VI.1: Média, Desvio Padrão, Variância, Mediana e Amplitude Interquartil dos itens da ECPAD (itens 1-9).

	Média	Mediana	Frequências de resposta				
	Desvio padrão	Amplitude interquartil	Porcentagem				
			1	2	3	4	5
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	3,18	3,00	34	116	99	160	53
	1,150	2	7,4	25,1	21,4	34,6	11,5
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.	2,90	3,00	40	135	83	146	58
	1,204	2	8,7	29,2	18,0	31,6	12,6
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	3,10	3,00	40	168	97	114	43
	1,149	2	8,7	36,4	21,0	24,7	9,3
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	3,31	4,00	29	97	96	183	57
	1,122	2	6,3	21,0	20,8	39,6	12,3
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.	2,62	2,00	105	129	101	89	38
	1,254	2	22,7	27,9	21,9	19,3	8,2
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	2,79	3,00	22	128	106	145	61
	1,127	2	4,8	27,7	22,9	31,4	13,2
7. Considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.	2,81	3,00	102	115	74	111	60
	1,364	2	22,1	24,9	16,0	24,0	13,0
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	2,67	2,00	89	144	100	87	42
	1,237	2	19,3	31,2	21,3,6	18,8	9,1
	3,11	3,00	51	104	98	163	46

9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.	1,187	2	11,0	22,5	21,2	35,3	10,0
---	-------	---	------	------	------	------	------

Tabela VII.2: Média, Desvio Padrão, Variância, Mediana e Amplitude Interquartil dos itens da ECPAD (itens 10-15).

	Média	Mediana	Frequências de resposta				
	Desvio padrão	Amplitude interquartil	Porcentagem				
			1	2	3	4	5
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	3,16	3,00	34	118	107	145	58
	1,159	2	7,4	25,5	23,2	31,4	12,6
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	3,70	4,00	39	49	60	178	136
	1,233	2	8,4	10,6	13,0	38,5	29,4
12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.	2,02	2,00	208	138	42	46	28
	1,220	2	45,0	29,9	9,1	10,0	6,1
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	4,22	4,00	14	18	43	166	221
	0,977	1	3,0	3,9	9,3	35,9	47,8
14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.	2,02	2,00	201	142	52	44	23
	1,174	2	43,5	30,7	11,3	9,5	5,0
15. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).	3,74	4,00	30	46	59	206	121
	1,144	2	6,5	10,0	12,8	44,6	26,2

1. Validade de Construto - Análise Factorial Confirmatória

Tabela VIII: Índices de ajustamento do modelo de quatro factores (N=462).

			$\chi^2_{g.l}$	RMSEA	CFI	TLI	GFI
4 Factores (versão original)		ECPAD-15	4.3208	.0849	.7462	.6828	.9053
	Interpretação dos valores	Modelo original	Ajustamento				
			Sofrível	Aceitável	Mau	Mau	Bom
4 Factores (versão original com erros 2 e 3 correlacionados) *		ECPAD-11	2.9521	.0651	.9162	.8754	.9583
	Interpretação dos valores	Modelo de 1ª ordem	Ajustamento				
			Sofrível	Aceitável	Bom	Sofrível	Muito Bom
		ECPAD-11	3.1706	.0686	.9017	.8614	.9526
	Interpretação dos valores	Modelo de 2ª ordem	Ajustamento				
Sofrível			Aceitável	Bom	Sofrível	Muito Bom	

Nota. * Sem itens 9, 12, 14 e 16.

Tabela IX: Valores de referência Marôco 2014 (16).

$\chi^2/g.l$	RMSEA	CFI	TLI	GFI
< 5 mau	> 0.10 inaceitável	< 0.8 mau		
]2; 5] sofrível]0.05; 0.10] aceitável]0.8; 0.9[sofrível		
]1; 2] bom	≤ 0.05 muito bom]0.9; 0.95] bom		
~1 muito bom		≥ 0.95 muito bom		

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

Tabela VIII e de acordo com os valores referidos na Tabela IX.

Os itens correlacionados, visíveis na Figura 1, são o 2 (“Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.”) e o 3 (“Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.”), pertencentes ao factor Preocupação com a Saúde.

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

Tabela VIII de acordo com os valores de referência citados na Tabela III.

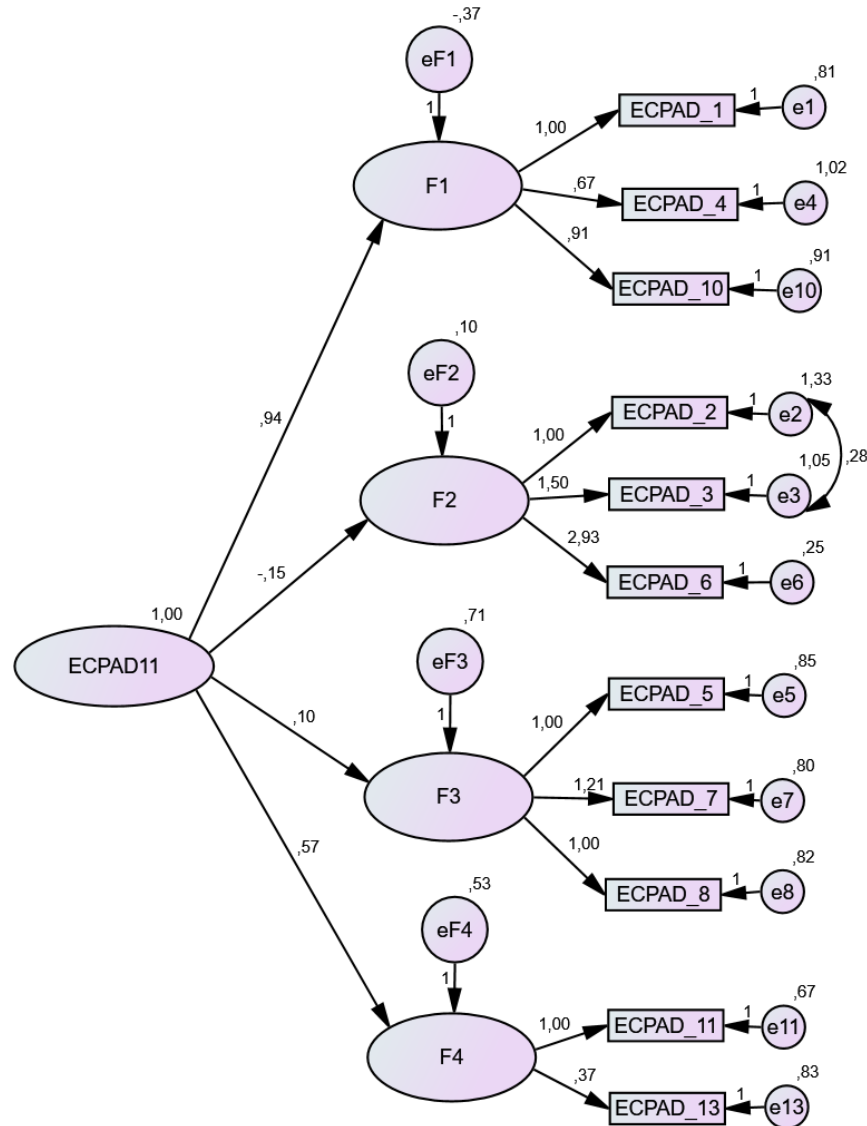


Figura 1: Análise fatorial confirmatória do modelo final de segunda ordem sem itens 9, 12, 14 e 16 e 1 par de erros correlacionados. F1- Comportamento de Procura de Ajuda; F2-Preocupação com a Saúde; F3- Comportamento de Doença; F4- Adesão

1.1. Fidelidade (Consistência Interna)

O coeficiente α de consistência interna do total de onze itens foi de .667.

O poder discriminativo ou validade interna dos itens, ou seja, o grau em que o item diferencia no mesmo sentido do teste global, 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 factores e no total dos 11 itens, indicam-se na Tabela X. Observa-se que todos

os itens contribuem para a consistência interna, ou seja, se retirados, fariam diminuir o α global.

Nesta tabela podemos também observar os alfas de Cronbach das dimensões. Estes revelaram-se aceitáveis com valores compreendidos entre .410 (Adesão) e .746 (Comportamento de Doença).

Tabela X: Correlações entre item e total excluindo o item e coeficientes alpha de Cronbach excluindo o item, por factores.

Itens	Cálculo por Factor		Cálculo por Total	
	Correlação Item-Total Corrigido	Alfa excluindo o item	Correlação Item-Total Corrigido	Alfa excluindo o item
Factor 1 – Comportamento de Procura de Ajuda ($\alpha=.549$)				
1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.	,410	,365	,346	,641
4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.	,318	,511	,420	,628
10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.	,353	,458	,339	,642
Factor 2 – Preocupação com a Saúde ($\alpha=.597$)				
2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças	,355	,575	,266	,655
3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.	,464	,409	,261	,655
6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.	,403	,502	,285	,651
Factor 3 – Comportamento de Doença ($\alpha=.746$)				
5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos que as outras pessoas.	,555	,681	,382	,633
7. Considero que a minha saúde física é pior que a das outras pessoas da minha idade.	,599	,630	,289	,652
8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.	,565	,669	,265	,655
Factor 4 – Adesão ($\alpha=.410$)				
11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.	,070	-	,396	,631
13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.	,070	-	,234	,659

1.2. Correlações entre as pontuações totais e dimensionais da ECPAD (11 itens)

A Tabela XI apresenta as correlações de Pearson das quatro dimensões da ECPAD entre si e com o total.

Em primeiro lugar, e analisando a correlação entre as dimensões e o total, pudemos verificar que todas as dimensões se correlacionavam de modo significativo com a escala,

sendo que a dimensão CPA foi aquela que apresentou uma correlação significativa mais elevada (.718).

Relativamente às correlações entre as dimensões, pudemos constatar a correlação significativa de mais elevada magnitude (.433) verificou-se entre as dimensões Adesão e CPA (.433), seguida da correlação entre o CPA e a PS (.308), PS e Adesão (.170) e o CD e a Adesão (.146). Excetua-se a PS e o CD, que não se correlacionam (.008).

Tabela XI: Correlações de Pearson entre as dimensões e o total da ECPAD (N=462).

	ECPAD 11	CPA	PS	CD	ADESÃO
ECPAD 11	1				
CPA	.718**	1			
PS	.588**	.308**	1		
CD	.603**	.141**	.008	1	
ADESÃO	.598**	.433**	.170**	.146**	1

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão.

Nota: * p < .01, ** p < .05, *** p < .001.

2. Validade Convergente-Divergente

Correlações entre as pontuações totais e dimensionais da ECPAD, EPI, OP2 e SF-SP

Tabela XII: Coeficientes de correlação de Pearson entre as pontuações na ECPAD-15, a EPI, OP2 e a percepção de saúde física e psicológica.

	N	E	OP2_1	OP2_2	SF	SP
ECPAD-11	.232**	-.169**	-.094*	.144**	-.250**	-.188**
CPA	.050	.063	.039	.001	-.044	.021
PS	.039	-.081	.041	-.011	-.022	-.050
CD	.400**	-.324**	-.315**	.350**	-.395**	-.384**
Adesão	-.016	.009	.111*	-.098*	-.089	.059
Neuroticismo	1					
Extroversão	-.306**	1				
Otimismo	-.490**	.422**	1			
Pessimismo	.526**	-.356**	-.646**	1		
Saúde Física	-.253**	.349**	.191**	-.127**	1	
Saúde Psicológica	-.595**	.469**	.401**	-.417**	.461**	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; **OP2_1** = Otimismo; **OP2_2** = Pessimismo; **SF** = Saúde Física; **SP** = Saúde Psicológica.

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

Observam-se correlações significativas de baixa a moderada magnitude da ECPAD-11, em sentido inverso, com a Extroversão, o Otimismo, as percepções de saúde física e saúde psicológica e, em sentido direto, com o Neuroticismo e o Pessimismo (

Tabela XII).

Nas suas dimensões, o CPA e a PS não se correlacionaram significativamente com nenhum outro factor fora da ECPAD-11. O CD apresenta correlações moderadas em sentido direto com o Neuroticismo e o Pessimismo e, em sentido inverso, com moderada magnitude, com a Extroversão, o Otimismo e as percepções de saúde física e psicológica. A Adesão apenas se correlaciona significativamente, em sentido direto, com o Otimismo e em sentido inverso com o Pessimismo.

Relativamente às correlações da escala EPI entre si e destas com as escalas OP2, SF e SP, as mais significativas, de elevada magnitude foram, em sentido direto: o Neuroticismo com o Pessimismo, de moderada magnitude, a Extroversão com o Otimismo e a percepção de saúde física e psicológica; o Otimismo com a percepção de saúde psicológica e as percepções de saúde entre si. Em sentido inverso, o Neuroticismo com a Extroversão, com o Otimismo e com as percepções de saúde física e psicológica. Seguem-se as correlações do Pessimismo

com a Extroversão e o Otimismo, em sentido inverso, e do Pessimismo com as perceções de saúde física e psicológica, em sentido inverso, ambas de moderada magnitude.

3. Validade Discriminante

Tabela XIII: Teste t de Student de amostras independentes comparando as pontuações médias por amostra na ECPAD-11 e respetivos factores.

	Amostra Clínica N=462 (60.87%)		Amostra Não Clínica N=297 (39.13%)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>g.l.</i>	
ECPAD-11	34.8723	6.25688	32.3569	6.14140	-5.444 757	.831
CPA	9.6472	2.48706	8.8552	2.36441	-4.364 757	.480
PS	9.2035	2.59102	9.0707	2.69980	-.672 757	.473
CD	8.1061	3.14087	7.1953	2.80364	-4.064 757	.014
Adesão	7.9156	1.76475	7.2357	1.74517	-5.203 757	.128

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão.

A Tabela XII mostra que apenas as pontuações da dimensão Comportamento de doença apresentam diferenças significativamente diferentes entre as duas amostras, sendo mais elevado na amostra clínica.

Na Tabela I, no Anexo I, apresentam-se os valores das comparações entre as pontuações médias das amostras clínica e não clínica na ECPAD-11, EPI, OP2 e SF-SP e respetivos factores. A única diferença, estatisticamente significativa, entre as duas amostras, é na perceção de saúde física e neuroticismo, com a amostra não clínica a apresentar pontuações superiores nesta escala, ou seja, uma perceção de melhor saúde física e pontuações superiores de neuroticismo.

4. Pontuações Médias na ECPAD-11 – Amostra clínica

Tabela XIV: Pontuações médias total e dimensionais na ECPAD-11 por grupos etários (OneWay ANOVA).

	(1) 18-29 anos n=99 (21.4%)	(2) 30-39 anos n=85 (18.4%)	(3) 40-49 anos n=126 (27.3%)	(4) 50-59 anos n=72 (15.6%)	(5) >60 anos n=80 (17.3%)	F	P	Post- hoc
	M	M	M	M	M			
	DP	DP	DP	DP	DP			
ECPAD-11	33.7879	34.2941	35.5397	34.9444	35.7125	1.656	NS	---
	6.33467	6.98438	6.08033	5.64411	6.03407	4		
CPA ^o	9.1010	9.2588	9.7540	9.8194	10.4125	3.843	<.001	1<5*
	2.64766	2.63743	2.23316	2.36956	2.42713	4		
PS	9.2323	8.9529	9.0397	9.1667	9.7250	1.143	NS	1<5*
	2.50643	2.84482	2.63940	2.39130	2.49544	4		
CD	7.9596	8.2824	8.6111	7.7361	7.6375	1.639	NS	---
	3.02682	3.34739	2.92020	3.46001	3.03667	4		
ADESÃO ^o	7.4949	7.8000	8.1349	8.2222	7.9375	2.565	<.001	1<5*
	1.66827	1.99284	1.72211	1.49386	1.84421	4		

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão; Média (M); Desvio padrão (DP) ; Graus de liberdade (g.l.).

^oBonferroni;

*p<.05;

Na Tabela XIV as diferenças significativas entre grupos etários situam-se entre os participantes da amostra clínica com 18 a 29 anos e os participantes com mais de 60 anos, nas dimensões de Comportamento de Ajuda e Adesão, sendo que em ambos os casos o grupo com mais de 60 anos apresenta pontuações superiores. Também na percepção de saúde, os indivíduos com mais de 60 anos têm pontuações superiores ao 18 a 29 anos, mas o P não foi significativo. As variáveis foram consideradas homogêneas e foi feito um post-hoc a CPA e Adesão.

As diferenças nas pontuações médias por grupos etários nas restantes medidas são apresentadas na Tabela II **Tabela XVII**, Anexo I.

Tabela XV: Teste t de Student de amostras independentes comparando as pontuações médias por sexo na ECPAD-15 e respetivos factores na amostra clínica

	Masculino n=101 (21.86%)		Feminino n=361 (78.14%)		t	P
	M	DP	M	DP	g.l.	
ECPAD-11	35.2673	6.30379	34.7618	6.24800	-0.717 460	.841
CPA	10.0594	2.50927	9.5319	2.47200	-1.890 460	.645
PS	9.8119	2.65975	9.0332	2.54929	-2.688 460	.670
CD	7.5842	2.89920	8.2521	3.19377	1.894 460	.088
Adesão	7.8119	1.85856	7.9446	1.73917	.668 460	.442

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão.

Na

Tabela XV apresentam-se os valores das comparações entre as pontuações médias dos sexos feminino e masculino na ECPAD-11 e respetivos factores. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para os vários factores da ECPAD-11 entre sexos.

As comparações das pontuações médias por sexo nas outras variáveis apresentam-se na Tabela III, Anexo I.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado no âmbito de um projeto, em curso no Instituto de Psicologia Médica, “Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica”.

O desenvolvimento da ECPAD surgiu com base na necessidade de um instrumento que permitisse avaliar em simultâneo o CD e o CPA, dada a importância e aplicabilidade destes construtos, quer para a psicologia médica, quer para o diagnóstico, prognóstico e tratamento das doenças (3).

Como parte do processo de validação da ECPAD, o objetivo deste trabalho consistiu em estudar as propriedades psicométricas da escala, numa amostra da população clínica.

Mais especificamente, para responder aos objetivos, seguimos o seguinte plano: análise factorial confirmatória e apreciação dos índices de ajustamento do modelo; análise dos índices de fidelidade da escala (total e dimensionais); exploração da validade convergente-divergente, através do padrão de correlações com o neuroticismo e a extroversão e da validade discriminante (comparando as pontuações totais e dimensionais entre a amostra clínica e a amostra da população geral, semelhantes quanto à distribuição das variáveis sociodemográficas).

Para a análise factorial confirmatória de primeira ordem as questões 9, 12, 14 e 16 foram excluídas, para se obter o melhor ajustamento possível. Refletindo acerca do conteúdo dos itens retirados, verificamos que, de facto, estes parecem ser pouco adequados a uma amostra clínica, de doentes acompanhados em consultas regulares, pois incidiam sobre comportamentos como má adesão ao tratamento ou exames e consulta de informação a partir de fontes não médicas. Note-se que, quando os doentes são regularmente acompanhados por um médico assistente, em consultas de especialidade, têm fácil acesso a acompanhamento médico, para falarem acerca dos seus sintomas, dúvidas ou preocupações e melhor adesão a exames complementares e ao plano de tratamento. Retirando estes dois itens, e correlacionando os itens 2 e 3, do mesmo factor de Preocupação com a Saúde, verificou-se uma melhoria do ajustamento do modelo, bem como nos pesos factoriais de cada um dos 11 itens. Além de fazer sentido sob o ponto de vista qualitativo, esta alteração à escala inicial de 15 itens, é mais funcional para ser utilizada com doentes, já sobrecarregados pelas suas doenças crónicas, e facilita o preenchimento por tornar o inquérito mais curto.

O modelo de AFC de segunda ordem também resultou em bons índices de ajustamento (16). Seguindo estudos anteriores, os factores foram denominados de Comportamento de Procura de Ajuda, Preocupação com a Saúde, Comportamento de Doença e Adesão.

A fidelidade da escala foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach. Obtivemos um alfa de consistência interna do total de onze itens considerado aceitável, de .667, o que aponta para a uniformidade e coerência entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens nas suas dimensões. De acordo com a contribuição de cada item para a consistência interna dos factores, constatámos que todos, em caso de exclusão, fariam diminuir o alfa global. Todos os itens podem ser considerados “bons” itens, pois todos se correlacionam acima de .20 com o total (quando este não contém o item). Além disto, a maioria dos itens cumpre o critério mais exigente, com coeficientes de correlação com o total corrigido iguais ou superiores a .30 (5). Os coeficientes dos factores também foram elevados, considerados muito bons. Porém, nos factores CPA, preocupação com a saúde e adesão, o coeficiente foi inferior a .70, devemos considerar como tendo razoável fidelidade. Não obstante, estes resultados demonstram que os itens do instrumento medem de forma consistente o factor a que pertencem.

No que diz respeito à validade convergente-divergente, as correlações entre os factores da ECPAD e as suas dimensões e construtos, foram avaliados através dos coeficientes de correlação de Pearson.

A ECPAD-11 correlacionou-se com elevada magnitude com todos os seus factores, sendo maior para CPA e menor para a PS. Entre os seus factores, 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 (6). Este dado reforça a importância da aplicação de medidas que reforcem a adesão à terapêutica, como uma boa relação médico-doente, e o incentivo de doentes com CPA inferiores ao desejável. Também a correlação positiva entre o CPA e PS foi de encontro ao esperado, uma vez que a segunda, motiva o primeiro. A Adesão correlacionou-se, também, com a PS, tendo esta relação sido prevista pela literatura (1). Podemos concluir que, indivíduos com maior grau de preocupação com a saúde, terão mais comportamentos de procura de ajuda e maior adesão ao tratamento farmacológico, alterações do estilo de vida e aos planos de vigilância. Estas relações reforçam a relevância do profissional de saúde conhecer a personalidade do doente, bem como os seus níveis de preocupação e ansiedade em relação à sua doença. PS e CD não se correlacionam. Estes resultados parecem indicar que a PS se reflete em comportamentos mais adaptativos, enquanto que o CD não tem um impacto tão positivo, revelando já algum grau de patologia. Por fim, 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 (17).

Nos estudos prévios com a ECPAD, em vastas amostras da população geral, foram descritas correlações entre o CPA e a Adesão, entre o CPA e PS, e entre a Adesão e a PS. Nestes estudos foi também exposto como a extroversão e a SF-SP se correlacionam,

inversamente, com o CPAD e são, por isso, correlatos dos construtos avaliados pela ECPAD-15 (1).

Em relação às correlações da ECPAD-11 com as escalas EPI, OP2 e SF-SP, o Neuroticismo e o Pessimismo correlacionaram-se com a escala, de forma direta, com moderada magnitude, enquanto que a Extroversão, o Otimismo e as SF-SP o fizeram no sentido inverso. Estes resultados vão de encontro à literatura (5) e são contrários a um estudo prévio (1), realizado numa amostra da população geral e não em doentes, como foi o caso presente.

No que diz respeito às correlações entre os factores da ECPAD-11 e as restantes escalas, o CD correlacionou-se com o Neuroticismo e Pessimismo, em sentido direto, com moderada magnitude, o que é congruente com a literatura: é esperado que pessoas com elevado neuroticismo façam avaliações mais pessimistas da sua saúde, verbalizem mais queixas de sintomas físicos e recorram mais aos serviços de saúde (5). Em sentido inverso, o CD correlacionou-se com a Extroversão, Otimismo e perceções de saúde física e psicológica. A Adesão correlacionou-se em sentido direto com o Otimismo e, em sentido inverso com o Pessimismo.

As correlações da EPI entre si e com as escalas OP2, SF e SP revelaram relações em sentido direto entre Neuroticismo e Pessimismo, de elevada magnitude; Extroversão e Otimismo; Extroversão e SF-SP; Otimismo e perceção de saúde psicológica e perceções de saúde física e psicológica entre si, todas de moderada magnitude. Em sentido inverso, verificaram-se correlações de moderada magnitude entre Neuroticismo e Extroversão; Neuroticismo e Otimismo e Neuroticismo com SF-SP. Também o Pessimismo com a Extroversão, com o Otimismo e com as SF-SP, todas em sentido inverso e de moderada magnitude.

Estes resultados sugerem que o neuroticismo e pessimismo, de forma direta, e inversamente, a extroversão, o otimismo e a SF-SP são correlatos dos construtos avaliados pela ECPAD-11. Contribuem para a validade dos resultados das correlações destes construtos com a ECPAD-11. Por exemplo, observámos a correlação negativa do Neuroticismo com a Extroversão, moderadamente com SF e SP. Pelo contrário, a Extroversão correlacionou-se positivamente com a SF e SP. E ainda, SF e SP correlacionaram-se positivamente, como expectável, dada a interdependência destes constructos.

Para estudar a potencial validade discriminante da escala, foi realizado um teste t de Student para comparação das pontuações médias das amostras clínica e não clínica na ECPAD-11 (e também EPI, OP2 e SF-SP) e respetivos factores. Apenas se verificaram diferenças significativas em relação ao comportamento de doença, superior na amostra clínica. Este resultado não retira validade à ECPAD-11, pois tratou-se de uma ideia completamente exploratória, relativamente à qual não tínhamos uma hipótese configurada na

literatura. Esta evidência sugere que os construtos avaliados por este questionário parecem ser mais influenciados por factores sociodemográficos e da personalidade do que pela condição de ser ou não seguido em consultas de especialidade há mais de seis meses. Este parece não ser um bom critério para analisar a validade discriminante. Outra potencial interpretação para o facto de as pontuações na ECPAD não terem sido significativamente diferentes entre as duas amostras, pode ser porque a amostra clínica é constituída por doentes crónicos, acompanhados em consulta há pelo menos seis meses, e não por indivíduos com doenças agudas. Com efeito, as únicas diferenças significativas entre as duas amostras – clínica vs. não clínica - foi na perceção de saúde física, sendo, como seria de esperar, a primeira apresentou pontuações superiores, e, portanto, uma perceção de melhor saúde física e no neuroticismo, com a amostra não clínica a apresentar pontuações superiores.

Por fim, no que concerne às comparações das pontuações médias na ECPAD-11, na EPI, OP2 e SF-SP e respetivos factores, avaliadas através do teste t de Student para a amostra total, entre os sexos feminino e masculino, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para os vários factores entre sexos. Tal não se verifica na população geral, sendo que as mulheres apresentam maior CPA. Este resultado poderá ser consequência de estarmos a abordar doentes acompanhados em consulta, o que diminui a relevância do seu sexo no comportamento de procura de ajuda.

Relativamente às comparações por grupos etários, estudadas com recurso a Oneway ANOVA, as diferenças significativas na ECPAD situam-se entre os participantes da amostra clínica com 18 a 29 anos e os participantes com mais de 60 anos, nas dimensões de Comportamento de Ajuda e Adesão, sendo que em ambos os casos o grupo com mais de 60 anos apresenta pontuações superiores, o que era de esperar de um grupo etário com mais doentes crónicos, quando comparado com os grupos de jovens. Nas escalas EPI, OP2 e SF-SP e respetivos factores, o Otimismo do grupo etário de 50-59 anos teve pontuações superiores ao grupo de mais de 60 anos. No Pessimismo o grupo etário 18-29 anos teve pontuações superiores ao de 50-59 anos. E finalmente, na SF, o grupo etário 18-29 anos teve pontuações superiores, de forma significativa, aos grupos de 40-49, 50-59 e mais de 60 anos, resultado já antecipado pelo natural efeito do envelhecimento sobre a saúde física. Como era esperado, grupos populacionais mais velhos são, no geral, mais doentes, e por isso com menor perceção de saúde física, mas mais motivados para procurar ajuda e aderir aos tratamentos e acompanhamento médico.

Nas limitações ao estudo, devemos ter em conta a desejabilidade social. Como o protocolo não era muito extenso, o viés de respostas ao acaso poderá não ser significativo, além do que alguns itens se encontram invertidos, o que diminui o viés da aquiescência. Também a idade média da amostra clínica foi significativamente superior à da amostra não-

clínica [$M=44.50 \pm 15,59$ vs. $M=34,18 \pm 12,56$; $t(719.491)=10.028$, $p<.001$], o que pode ter influenciado alguns resultados, uma vez que a idade média da amostra não clínica é inferior, e conseqüentemente trata-se de um grupo com menor incidência de doenças crônicas, o que se reflete na sua melhor percepção de saúde física. Apesar desta diferença de idades médias, as duas amostras não tiveram diferenças significativas nas restantes escalas ECPAD, EPI e OP2. Quanto ao estado psicológico dos participantes aquando da resposta ao inquérito, podemos considerar que, como, em ambas as amostras, a percentagem de pessoas com má/muito má saúde física e psicológica é muito baixa, tal retira a potencial influência negativa que o estado atual poderia ter nas respostas à ECPAD.

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 (5). Como a ECPAD é um instrumento pioneiro, cujos itens foram formulados pela equipa do IPM, não existem estudos com os quais possamos comparar os resultados obtidos ao nível das pontuações médias (normas).

Para a valorização da metodologia do trabalho contribuíram - a robustez do estudo, dada pela grande dimensão das amostras, que podemos considerar representativas da população geral e da população de doentes de especialidades médicas; o rigor das análises, pelo facto de a AFC ter sido realizada com amostras distintas, ambas constituídas por indivíduos de idade adulta (média de 34.18 (± 12.559) anos na amostra não clínica e de 44.49 anos (± 15.588) anos na clínica), garantia de que estes indivíduos terão uma maior experiência com o CD e CPA e maior estabilização da personalidade.

Na ECPAD poderia ser relevante a escala ser precedida por uma questão que definisse há quanto tempo foi o diagnóstico, dado que as atitudes diferem consoante a o tempo e a aprendizagem de viver com a doença (18). Como a maioria dos inquiridos respondeu ao inquérito em formato online, seria importante saber qual o seu hospital de origem, uma vez que o comportamento de procura de ajuda é dependente da facilidade acesso aos cuidados de saúde. Outra variável sociodemográfica que seria útil incluir refere-se ao grau de literacia para a saúde apresentada pelos participantes, uma vez que a informação sobre o grau de formação não nos esclarece sobre este ponto.

Seria também interessante comparar amostras clínicas de doentes acompanhados em especialidades cirúrgicas e médicas, para averiguar se o CPAD é diferente devido à diferente abordagem de tratamento.

CONCLUSÃO

A Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença–11 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 aceitável fidelidade.

Conclui-se, assim, que ECPAD é uma escala adequada para fins clínicos e de investigação, sendo um instrumento útil e apropriado a ser usado também em amostras de doentes da população portuguesa. Será interessante analisar o padrão de correlações das dimensões validadas da ECPAD–11 com outros traços de personalidade, perturbações psicológicas e estigma.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor António Macedo e à Doutora Ana Telma Pereira a oportunidade de participar neste projeto e por toda a atenção, dedicação e disponibilidade prestadas. À Nadine Almeida, que integrou comigo este trabalho, e com quem pude contar em todas as horas. Agradeço também às pessoas do Instituto de Psicologia Médica que integram o projeto no qual este trabalho se insere.

Por fim, agradeço aos meus pais, por me permitirem ter chegado até aqui e por todo o apoio, com o qual posso sempre contar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz D. Validação da Escalda de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2019.
2. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* [Internet]. 1986 Feb 9;16(1):1–7. Available from: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291700002476/type/journal_article
3. Cornally N, McCarthy G. Help-seeking behaviour: A concept analysis. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2011 Jun;17(3):280–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-172X.2011.01936.x>
4. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med* [Internet]. 1995 Nov;41(9):1207–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953695000253>
5. Macedo AF de, Pereira AT, Madeira N. Psicologia na medicina [Internet]. 1ª. Lidel, editor. Lidel. 2018. 560 p. Available from: www.frontiersin.org
6. Schomerus G, Appel K, Meffert PJ, Lupp M, Andersen RM, Grabe HJ, et al. Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the Behavioral Model of Health Services Use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2013 Nov 25;48(11):1809–17. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-012-0643-1>
7. Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Self-concealment mediates the relationship between perfectionism and illness and help-seeking behaviour. Poster presented at 18th European Conference on Personality. Timisoara, Romania; 2016.
8. Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale [Internet]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/37116>
9. INE IP. Classificação Portuguesa da Profissões. Instituto Nacional de Estatística IP, editor. Lisboa - Portugal; 2010.
10. Silva CF, Azevedo MHP DM. Estudo padronizado do trabalho por turnos Versão Experimental. Coimbra; 1994.
11. Marôco J. Análise Estatística com o SPSS Statistics [Internet]. 1ª ed. ReportNumber, editor. Lidel. ReportNumber Lda; 2018. 1013 p. Available from: www.reportnumber.pt/ae
12. Jorge De Oliveira Costa M, António D, Doutoura M, Pereira AT. Comportamento de procura de ajuda e de doença e de personalidade. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 2016.

13. Soares MJ, Pereira AT, Marques M, Bos S, Valente J, Nogueira V, et al. Are lifetime self-reported health (SRH), sleep difficulties, and negative affect correlates of suicidal ideation in pregnancy and postpartum? *Eur Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan;28:1. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(13\)77084-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(13)77084-6)
14. IBM Corpoperation. *IBM SPSS Statistics for Windows*. New York: IBM Corp.; 2017.
15. Arbuckle JL. *Amos*. Chicago: IBM Corp.; 2017.
16. Marôco J. *Análise de Equações Estruturais Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* [Internet]. 2nd ed. ReportNumber Lda, editor. ReportNumber Lda; 2014. 400 p. Available from: <http://www.reportnumber.pt/aee/>
17. Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors – a systematic review of systematic reviews. *Arch Public Heal* [Internet]. 2014 Dec 27;72(1):37. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-3258-72-37>
18. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2007 Jan;58(1):565–92. Available from: <http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615>

ANEXOS

ANEXO I – tabelas da seção de resultados, relativas às escalas EPI, OP2 e SF-SP

Validade Discriminante

Tabela XVI: Teste t de Student de amostras independentes comparando as pontuações médias por amostra na EPI, OP2 e SF-SP e respectivos factores.

	Amostra Clínica N=462 (60.87%)		Amostra Não Clínica N=297 (39.13%)		t g.l.	p
	M	DP	M	DP		
Neuroticismo	16.2835	3.39384	16.3232	3.83308	.149 757	.018
Extroversão	11.7359	2.88680	11.7710	2.77564	.166 757	.667
Otimismo	4.75	1.389	4.56	1.432	-1.817 757	.152
Pessimismo	3.27	1.567	3.57	1.603	2.548 757	.264
Saúde Física	3.08	.993	3.86	.836	11.538 704.593	.000
Saúde Psicológica	3.35	.976	3.48	1.024	1.752 757	.200

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão.

Pontuações Médias na ECPAD-11 – Amostra clínica

Tabela XVII: Pontuações médias total e dimensionais na EPI, OP2 e SF-PS por grupos etários (OneWay ANOVA).

	(1) 18-29 anos n=99 (21.4%)	(2) 30-39 anos n=85 (18.4%)	(3) 40-49 anos n=126 (27.3%)	(4) 50-59 anos n=72 (15.6%)	(5) >60 anos n=80 (17.3%)	F gl	P	Post- hoc
	M	M	M	M	M			
	DP	DP	DP	DP	DP			
Neuroticismo	16.6465 3.66259	16.0824 3.40941	16.3492 3.13514	16.0833 3.28355	16.1250 3.56273	.474 4	NS	---
Extroversão	12.0707 2.89353	12.2118 2.96846	11.5635 2.94074	11.6944 2.69396	11.1250 2.80314	1.938 4	NS	---
Otimismo	4.71 1.409	4.92 1.356	4.81 1.301	4.97 1.404	4.33 1.456	2.768 4	<.001	5<4*
Pessimismo	3.66 1.636	3.14 1.531	3.17 1.479	2.94 1.462	3.39 1.673	2.691 4	<.001	4<1*
Saúde física	3.47 .973	3.20 1.033	2.80 1.004	2.97 .919	3.01 .864	7.385 4	<.001	3, 4 e 6 <1*
Saúde psicológica	3.54 .983	3.46 1.053	3.18 1.015	3.31 .882	3.30 .863	2.197 4	NS	---

Nota. Média (M); Desvio padrão (DP) ; Graus de liberdade (g.l.).

^oBonferroni;

* $p < .05$;

No que diz respeito às escalas EPI, OP2 e SF-SP, na Tabela XVII do Anexo I, houve diferenças significativas nas dimensões de Otimismo, Pessimismo e Percepção de saúde física. No Otimismo o grupo etário de 50-59 anos teve pontuações superiores ao grupo de mais de 60 anos. No Pessimismo o grupo etário 18-29 anos teve pontuações superiores ao grupo de 50-59 anos. E finalmente, na Percepção de saúde física, o grupo etário 18-29 anos teve pontuações superiores, de forma significativa, aos grupos de 40-49, 50-59 e mais de 60 anos.

Tabela XVIII: Teste t de Student de amostras independentes comparando as pontuações médias por sexo na EPI, OP2 e SF-SP e respetivos factores na amostra clínica.

	Masculino n=101 (21.86%)		Feminino n=361 (78.14%)		t	p
	M	DP	M	DP	g.l.	
Neuroticismo	15.3564	3.17359	16.5429	3.41223	3.135 460	.290
Extroversão	11.8317	3.05309	11.7091	2.84237	-.377 460	.833
Otimismo	4.70	1.346	4.76	1.402	.376 460	.761
Pessimismo	3.51	1.671	3.20	1.532	-1.761 460	.270
Saúde física	3.35	.899	3.01	1.007	-3.052 460	.287
Saúde psicológica	3.59	.896	3.28	.987	-2.884 460	.190

Nota. Comportamento de Procura de Ajuda (CPA); Preocupação com a Saúde (PS); Comportamento de Doença (CD); Adesão.

Na Tabela XVIII apresentam-se os valores das comparações entre as pontuações médias dos sexos feminino e masculino na EPI, OP2 e SF-SP e respetivos factores. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para os vários factores entre sexos.

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



FMUC 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 Coroba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 706 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaonetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

ANEXO III - Aprovação da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar
Universitário de Coimbra



UNIDADE DE INOVAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Exmo Senhor
Prof. Doutor Fernando Regateiro
Presidente do Conselho de
Administração
Centro Hospitalar e Universitário de
Coimbra, EPE

12,5
R CA
R
22/3/2018

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		CHUC-146-17	27-02-2018

ASSUNTO: Aprovação do Projeto de Investigação CHUC-146-17

A pedido de **Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos**, recebeu esta Unidade um pedido de autorização de um Projeto de Investigação sobre **"COMPORTAMENTO DE PROCURA DE AJUDA E DE DOENÇA, ESTIGMA E PERTURBAÇÃO PSICOLÓGICA"**, ao qual não se aplicam as normas previstas na Lei n.º 21/2014 de 16 de Abril e colheu parecer **favorável** da Comissão de Ética deste Hospital.

Informa-se V. Ex^a. que este projecto não acarreta qualquer encargo financeiro adicional para o CHUC.

Solicita-se assim a autorização do Conselho de Administração para este Projecto.

Com os mais respeitosos cumprimentos,

PI'A Coordenadora da Unidade de Inovação e Desenvolvimento

Saraiva
(Prof. Doutor José Saraiva da Cunha)

C.H.U.C. - Conselho de Administração

António João
4/4/2018
R
Prof. Doutor Fernando Regateiro - Presidente
-
Dr. António José Afonso - Urologia
Manuel
Dr. Manuel António Costa - Urologia
-
Dr. Francisco Xavier - Dir. Clínica
A. Saraiva
Prof. Doutor José Saraiva da Cunha - Urologia

C.H.U.C. - EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
Reg. N.º 1674 PCA
Origem
Data 2/3/2018

C.H.U.C. - EPE
UNIDADE DE INOVAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO
CENTRO DE ENSAIOS CLÍNICOS
12/04/2018

Comissão de Ética para a Saúde

Visto/ À U.I.D.
para difusão

26, 2, 2018

Dr. Francisco Parente
Diretor Clínico
SUA REFERÊNCIA U.C. - BPE

Exmo. Senhor
Dr. Francisco Parente
Digmº Diretor Clínico do CHUC

SUA REFERÊNCIA U.C. - BPE	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
		N.º 042/CES	16-02-2018

Proc. N.º CHUC-146-17

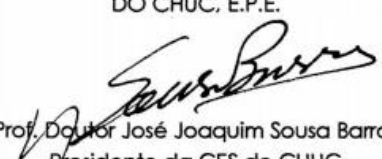
ASSUNTO: Estudo Observacional "Comportamento de procura de Ajuda e de Doença, Estigma e Perturbação Psicológica." – Prof. Doutor António João Ferreira de Macedo e Santos - Diretor do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (estudo a ser realizado nos Serviços de Cardiologia A, CRI Psiquiatria, Medicina Interna A, Reumatologia, Pneumologia A, Neurologia, Oncologia Médica, Gastrenterologia do CHUC).
(Entrada do processo na CES a 17.11.2017)

Cumpramos informar Vossa Ex.ª de que a Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, reunida em 16 de Fevereiro de 2018, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu parecer favorável à sua realização. Parecer aprovado por unanimidade.

Mais se informa que a CES do CHUC deve ser semestralmente actualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final.

Com os melhores cumprimentos.

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.


Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do CHUC

LP/CES

A CES do CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins; Dr. Mário Rui Almeida Branco; Ent.ª Adélia Tinoco Mendes; Prof. Doutor Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Padre José António Afonso Pais; Dr. José António Feio; Dr. José Alves Grito Gonçalves; Ent.ª Fernando Mateus; Dr. José António Finheiro; Dra. Cláudia Santos; Dr. Paulo Figueiredo.

ANEXO IV – Inquéritos de Autorresposta

I

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____ 2. Sexo: Feminino Masculino
3. Em que país nasceu? _____

4. Qual é o seu estado civil actual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- Solteiro Viúvo
 Casado/ Em união de facto Divorciado/Separado
 Outro, qual? _____

5. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

- 1º Ciclo (até ao quarto ano) 2º Ciclo (até ao sexto ano)
 3º Ciclo (até ao nono ano) Secundário
 Licenciatura Mestrado
 Doutoramento Outro, qual? _____

5. Qual é a sua profissão? _____

5.1. Situação actual perante o trabalho:

- A trabalhar Desempregado
 De baixa/atestado Outra, qual? _____

6. Está a ser seguido em que especialidade médica? Por favor, coloque uma cruz (X) na(s) opção (ões) que se aplicam:

- Cardiologia Gastrenterologia Pneumologia Neurologia
 Medicina Interna Oncologia Médica Psiquiatria Reumatologia
 Outra/s. Qual/ais?

6.1. Qual o motivo da consulta/ o seu diagnóstico? Por favor, descreva:

I.

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____
2. Sexo: Feminino Masculino
3. Em que país nasceu? _____
4. Qual é o seu estado civil actual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:
- Solteiro Viúvo
- Casado/ Em união de facto Divorciado/Separado
- Outro, qual? _____
5. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:
- 1º Ciclo (até ao quarto ano) 2º Ciclo (até ao sexto ano)
- 3º Ciclo (até ao nono ano) Secundário
- Licenciatura Mestrado
- Doutoramento Outro, qual? _____
5. Qual é a sua profissão? _____
- 5.1. Situação actual perante o trabalho:
- A trabalhar Desempregado
- De baixa/atestado Outra, qual? _____

II

1. Alguma vez teve algum **problema de saúde** que o(a) levou a procurar ajuda médica?

a. Não

b. Sim, tive problemas médicos ligeiros (não necessitaram de internamento e/ou não prejudicaram o funcionamento normal da minha vida)

Se assinalou "sim", por favor indique:

b1. não recorri ao médico

b2. Recorri ao médico de família

b3. Recorri a hospital ou clínica (urgência, consulta...)

c. Sim, tive problemas médicos importantes (necessitaram de internamento e/ou prejudicaram o funcionamento normal da minha vida)).

Se assinalou "sim", por favor indique:

c1. tratados pelo médico de família

c2. tratados em consulta de especialidade

c3. tratados em internamento

2. Actualmente, sofre de alguma doença diagnosticada pelo médico?

a. Não

b. Sim

Se assinalou "sim", por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____

3. No passado, sofreu de alguma doença diagnosticada pelo médico?

a. Não

b. Sim

Se assinalou "sim", por favor indique:

Doença: _____

Ano em que foi diagnosticada: ____ / ____ / ____



I

Por favor, complete a informação seguinte:

1. Qual a sua data de nascimento? ____/____/19____

2. Sexo: Feminino Masculino

3. Em que país nasceu? _____

4. Qual é o seu estado civil actual? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

Solteiro

Viúvo

Casado/ Em união de facto

Divorciado/Separado

Outro, qual? _____

5. Qual é o seu grau de escolaridade? Por favor, coloque uma cruz (X) na resposta que se aplica a si:

1º Ciclo (até ao quarto ano)

2º Ciclo (até ao sexto ano)

3º Ciclo (até ao nono ano)

Secundário

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outro, qual? _____

5. Qual é a sua profissão? _____

5.1. Situação actual perante o trabalho:

A trabalhar

Desempregado

De baixa/atestado

Outra, qual? _____

6. Está a ser seguido em que especialidade médica? Por favor, coloque uma cruz (X) na(s) opção (ões) que se aplicam:

Cardiologia

Gastrenterologia

Pneumologia

Neurologia

Medicina Interna

Oncologia Médica

Psiquiatria

Reumatologia

Outra/s. Qual/ais?

6.1. Qual o motivo da consulta/ o seu diagnóstico? Por favor, descreva:

II

Os questionários que se seguem relacionam-se com o seu **MODO HABITUAL DE SER, PENSAR OU AGIR**. Por favor, coloque um círculo na resposta que melhor se aplica a si, usando as escalas de resposta indicadas. Não há respostas certas ou erradas.

ECPAD

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. 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. 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. 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. 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 que é necessária.	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

Por favor continue na página seguinte.

EPI

Para cada afirmação, faça um **círculo**, à volta do número que melhor se aplica a si:

	Quase nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Gosto de muita excitação e alarido à minha volta	1	2	3	4
2. O meu humor tem altos e baixos	1	2	3	4
3. Sou uma pessoa cheia de vida	1	2	3	4
4. Sinto-me infeliz sem ter motivos para isso	1	2	3	4
5. Gosto de me misturar com as pessoas	1	2	3	4
6. Quando me aborreço preciso de alguém amigo para conversar	1	2	3	4
7. Considero-me uma pessoa que confia na sorte	1	2	3	4
8. Sou perturbado/a por sentimentos de culpa	1	2	3	4
9. Vou e divirto-me muito numa festa animada	1	2	3	4
10. Considero-me uma pessoa tensa, muito nervosa	1	2	3	4
11. Gosto de pregar partidas	1	2	3	4
12. Sofro de insónias	1	2	3	4

OP2

A próxima pergunta tem a ver com optimismo. Os optimistas são pessoas que olham para o futuro com confiança e que a maioria das vezes esperam que aconteçam coisas boas.

Como é que se descreve a si mesmo?

Em geral, em que medida é optimista? (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada optimista						Muito optimista
1	2	3	4	5	6	7

A próxima pergunta tem a ver com pessimismo. Os pessimistas são pessoas que ficam cheias de dúvidas quando olham para o futuro e que na maioria das vezes esperam que aconteçam coisas más.

Como é que se descreve a si mesmo?

Em geral, em que medida pessimista? (Por favor faça um círculo à volta da resposta que melhor o descreve).

Nada pessimista						Muito pessimista
1	2	3	4	5	6	7

Por favor continue na página seguinte.

QPP-15

Neste questionário ser-lhe-á pedido que descreva a forma como habitualmente pensa sobre experiências negativas ou problemas. Por favor leia as seguintes afirmações e assinale em que medida elas se aplicam a si, quando pensa nas experiências negativas ou problemas.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Os mesmos pensamentos passam pela minha cabeça vezes sem conta.	0	1	2	3	4
2. Os pensamentos metem-se na minha cabeça.	0	1	2	3	4
3. Não consigo parar de cismar neles.	0	1	2	3	4
4. Penso em muitos problemas sem resolver nenhum deles.	0	1	2	3	4
5. Não consigo fazer mais nada enquanto penso sobre os meus problemas.	0	1	2	3	4
6. Os meus pensamentos repetem-se.	0	1	2	3	4
7. Os pensamentos vêm-me à cabeça sem que eu queira.	0	1	2	3	4
8. Fico bloqueado em certas questões e não consigo avançar.	0	1	2	3	4
9. Questiono-me continuamente sem encontrar nenhuma resposta.	0	1	2	3	4
10. Os meus pensamentos impedem-me de prestar atenção a outras coisas.	0	1	2	3	4
11. Estou continuamente a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
12. Os pensamentos surgem subitamente na minha cabeça.	0	1	2	3	4
13. Sinto-me levado a pensar na mesma coisa.	0	1	2	3	4
14. Os meus pensamentos não me ajudam muito.	0	1	2	3	4
15. Os meus pensamentos consomem toda a minha atenção.	0	1	2	3	4

SF-SP

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

Por favor continue na página seguinte.

III

Os próximos questionários incidem no modo como se sentiu no **ÚLTIMO MÊS** ou na **ÚLTIMA SEMANA**.

ESP

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 último mês. Em que medida considera ter sido o causador desses acontecimentos/problemas?	0	1	2	3	4

Por favor continue na página seguinte.

EADS-21

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **DURANTE A SEMANA PASSADA**. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. A classificação é a seguinte:

0 Não se aplicou nada a mim	1 Aplicou-se a mim algumas vezes	2 Aplicou-se a mim muitas vezes	3 Aplicou-se a mim a maior parte das vezes	
1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitada	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimada e melancólica	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Muito obrigada pela sua colaboração. Por favor, verifique se respondeu a todas as questões.

Instituto de Psicologia Médica, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Pólo I),

Rua Larga, 3004-504 COIMBRA; 239857759; apereira@fmed.uc.pt; cristiana.marques@uc.pt

ANEXO V – Abstract: Illness and Help-Seeking Behaviour Scale – Validation in a clinical sample

Inês Proença¹, Nadine Almeida¹, Ana Telma Pereira², Ana Araújo^{1,2}, Cândida Coelho^{1,2}, Manuel Coroa^{1,2}, Diana Moura^{1,2}, Pedro Oliveira^{1,2}, Sofia Ferreira^{1,2}, Maria João Soares¹, António Macedo^{1,2}

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

The help-seeking behavior is a planned illness behaviour, involving interpersonal interaction with a selected health-care professional due to a perceived disturbance (physical and/or emotional). The Illness and Help-Seeking Behavior Scale (IHSBS-15; Macedo et al. 2016; Cruz et al. 2019; Macedo et al. 2020) is a recently developed self-report questionnaire, that presented good psychometric properties in population based samples.

OBJECTIVES

To investigate the psychometric properties of the IHSBS in a clinical sample: construct validity, internal consistency and convergent-divergent validity.

MATERIAL AND METHODS

A clinical sample composed of 462 outpatients (78.1% women; mean age=44.49±15.588), recruited in various medical specialties (Neurology, Cardiology, Oncology, Gastroenterology,

Rheumatology, Internal medicine, Pneumology), completed the IHSBS-15 and other validated questionnaires: Eysenk Personality Inventory-12, Optimism-Pessimism-2 and Health Perception.

RESULTS AND DISCUSSION

Confirmatory Factor Analysis revealed that the model composed of four-factors and 15 items found in a population-based sample present a poor fit. After removing four items, the second-order model presented an acceptable fit ($\chi^2/df=3.1706$; $CFI=.9017$; $TLI=.8614$, $GF=.9526$, $RMSEA=.0686$; $p[RMSEA \leq .01]=.0686$). The Cronbach alphas were acceptable considering the number of items: .707 for IHSBS-11 and $\cong .65$ for the four factors.

IHSBS-11 Total score and Illness Behavior dimensional score significantly, directly and moderately correlated with neuroticism and pessimism and indirectly with extroversion, optimism and physical/mental health perception; Adherence with optimism and pessimism.

CONCLUSION

The IHSBS-11 is a reliable and valid version to evaluate these psychological medicine constructs in clinical samples. It will be used in an ongoing research project on the relationship between illness behaviour, personality and psychological distress.

ANEXO VI – Abstract: Illness behaviour, personality and psychological distress – Mediation study in a clinical sample

Nadine Almeida¹, Inês Proença¹, Ana Telma Pereira², Ana Araújo^{1,2}, Diana Moura^{1,2}, Sofia Ferreira^{1,2}, Manuel Coroa^{1,2}, Pedro Oliveira^{1,2}, Cândida Coelho^{1,2}, Maria João Soares¹, António Macedo^{1,2}

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

Illness behavior (IB) can have dramatic impact on the extent to which symptoms interfere with usual life routines, chronicity, attainment of appropriate care and treatment adherence (Schomerus et al. 2013). It is influenced by biological, social and psychological factors, such as personality traits and emotional regulation and states.

OBJECTIVES

To investigate if perseverative negative thinking and psychological distress (depression, anxiety and stress) are mediators of the relationship between personality traits (Neuroticism and Extroversion) and IB.

MATERIAL AND METHODS

A clinical sample composed of 462 outpatients (78.1% women; mean age=44.49±15.588), recruited in various medical specialties (Neurology, Cardiology, Oncology, Gastroenterology,

Rheumatology, Internal medicine, Pneumology), completed the Illness and Help-Seeking Behavior Scale (IHSBS-11; Proença et al. 2020) and other validated questionnaires: Eysenck Personality Inventory (EPI-12), Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) and the Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ-15).

RESULTS

IB significantly (all $p < .001$) and moderately correlated with the psychological variables: .400 for neuroticism; -.324 for extroversion; .367 for Cognitive Interference and Unproductivity (CIU) and $> .400$ for Depression/Anxiety/Stress.

All serial multiple mediation models showed a significant indirect effect of CIU and psychological distress, as mediators, in the relationship between neuroticism/extroversion and IB. However, the relationship between CIU and IB was of lower magnitude, as well as that of extroversion and psychological distress.

CONCLUSION

Neuroticism and (low) extroversion directly and indirectly (via CIU and psychological distress) influence IB. This study reinforces that the effects of personality traits and emotional states should be taken into account in the doctor-patient communication and relationship.