

**Barriers to Access to Care Evaluation:**  
Portuguese adaptation of a mental healthcare psychometric  
instrument

Rita Ferreira Dionísio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
Medicina  
Mestrado Integrado

Orientador: Prof. Doutor José Augusto Rodrigues Simões  
Co-orientador: Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

maio de 2020



# Agradecimentos

A toda a minha família pelo apoio e força que sempre me deram, ao longo de toda a vida, do curso e da realização deste trabalho.

À Sofia, não só por me acolher mas também por toda a força e ajuda que me deu.

Ao Doutor José Augusto Simões e à Doutora Inês Rosendo pelo trabalho e dedicação que tiveram no decorrer deste projeto.

À equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHUCB por ter tornado possível a recolha de dados.

Por fim uma última palavra de agradecimento à Doutora Ana Filipa Miranda, Doutor Nuno Madeira, Doutor Tiago Santos, Doutor José Antunes, Doutora Eliana Bonifácio, Doutora Ana Esperança, Doutora Inês Leite da Silva, Doutora Sofia Morais, Doutora Natália Guerreiro pelo trabalho prévio que tive a honra e o prazer de continuar.



## Resumo

**Introdução:** Apesar da crescente prevalência de doenças mentais, estudos mostram existir um atraso no acesso a cuidados de saúde mental. Este atraso pode dever-se a um extenso número de fatores. O objetivo deste estudo é validar em Portugal um instrumento que identifique as principais barreiras à procura destes cuidados por utentes com doença mental para assim ser possível encontrar estratégias de forma a ultrapassá-las.

**Métodos:** Foi incluída uma versão traduzida da escala Avaliação de Barreiras no Acesso a Cuidados (BACE-3) num questionário a ser preenchido por utentes com diagnóstico de doença mental que recorressem a cuidados de saúde primários ou especializados. Outras escalas foram incluídas, tais como a escala de Comportamento de Procura de Ajuda e Doença (IHSBS), uma adaptação do Questionário de estado de Saúde (SF-SP) e a Escala do Estigma (SS).

**Resultados:** A amostra estudada é composta por 202 utentes. Foi obtido um  $\alpha$  de Cronbach de 0.95 tanto no total de itens da escala BACE-3 como na subescala de estigma no tratamento. A escala BACE-3 e os componentes relacionados e não relacionados com o estigma apresentaram uma correlação positiva com a Escala do Estigma, com coeficientes de correlação de 0.57 ( $p < 0.001$ ), 0.66 ( $p < 0.001$ ) e 0.42 ( $p < 0.001$ ), respetivamente, e uma correlação negativa com a Saúde Psicológica com coeficientes de -0.22 ( $p = 0.009$ ) e -0.21 ( $p = 0.009$ ). Estes instrumentos correlacionaram-se negativamente com a Saúde Física, com coeficientes de correlação de -0.23 ( $p=0.006$ ), -0.16 ( $p=0.043$ ) e -0.26 ( $p=0.001$ ).

**Discussão:** A escala estudada apresentou validade. No entanto, devido à amostra reduzida, outros estudos serão necessários para realizar avaliações teste-reteste. A versão portuguesa da escala BACE-3 mostra ser um instrumento efetivo na avaliação das principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental por utentes com doença mental.

## **Palavras-chave**

Saúde Mental; Cuidados de Saúde Mental; Barreiras; Escalas de Graduação Psiquiátrica; Doenças Mentais.



## Abstract

**Introduction:** Despite the rising prevalence of mental illness, studies show that there is a delay in the access to mental health care. This delay can be due to many factors that have been studied. The aim of this study is to validate an instrument in Portugal that identifies the main barriers to seeking mental healthcare in patients with a mental illness so that it is possible to find strategies to overcome them.

**Methods:** A translated version of Barriers to Access to Care Evaluation (BACE-3) was included in a survey that was filled in by patients with mental illness attending appointments in primary and specialized care. Other scales were included, such as Illness and Help-Seeking Behavior Scale (IHSBS), an adaptation of the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-SP) and the Stigma Scale (SS).

**Results:** The sample consisted of 202 participants. We obtained a Cronbach's  $\alpha$  of 0.95 both for all the BACE-3 items and the treatment stigma subscale. BACE-3 and its subscales presented a significant positive correlation with the SS with correlation coefficients of 0.57 ( $p < 0.001$ ), 0.66 ( $p < 0.001$ ) and 0.42 ( $p < 0.001$ ), respectively. A negative significant correlation was found between the physical health component of SF-SP scale, and the BACE-3 scale ( $r_s = -0.23$ ,  $p = 0.006$ ), the stigma-related ( $r_s = -0.16$ ,  $p = 0.043$ ), and the non-stigma related items ( $r_s = -0.26$ ,  $p = 0.001$ ). Regarding the psychological health component of the SF-SP scale, a significant negative correlation was found, with BACE-3 ( $r_s = -0.22$ ,  $p = 0.009$ ) and with stigma-related items ( $r_s = -0.21$ ,  $p = 0.009$ ).

**Discussion:** The scale being studied showed good validity. However, due to the small sample size, further studies will be needed to do a test-retest evaluation.

**Conclusion:** The European Portuguese version of BACE-3 scale effectively evaluates the main barriers to access to mental healthcare in people with mental illness.

## **Keywords**

Mental Health;Mental healthcare;Barriers;Psychiatric Status Rating Scales;Mental Illnesses.



# Index

Agradecimientos	ii
Resumo	ii
Abstract	ii
Tables List	ii
Abbreviations	ii
Introduction	1
Methods	2
<i>Ethics</i>	2
<i>Sample and recruitment</i>	2
<i>Instruments</i>	3
<i>Translation</i>	4
<i>Analysis</i>	4
Results	5
<i>Participants</i>	5
<i>Descriptive analysis</i>	7
<i>Reliability and internal consistency</i>	11
<i>Construct validity</i>	11
Discussion	13
<i>Strengths and limitations</i>	13
<i>Prevalence of stigma-related and non-stigma-related barriers to access to care</i>	14
<i>Validity assessment</i>	15
Conclusion	16
References	17
Appendixes	19
<i>Appendix 1 – Authorization from the Centre Regional Health Administration Ethics Committee</i>	19
<i>Appendix 2 - Authorization from the National Data Protection Committee</i>	20
<i>Appendix 3 – Informed Consent</i>	23
<i>Appendix 4 - Questionnaire</i>	26



## Tables List

Table 1 – .....	5
Table 2 – .....	6
Table 3 – .....	7
Table 4 – .....	9
Table 5 – .....	10
Table 6 – .....	12



# Abbreviations

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
BACE-3	Barriers to Access to Care Evaluation
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IHSBS	Illness and Help-Seeking Behaviour Scale
SF-36	36-Item Short-Form Health Survey
SF-SP	Saúde Física/ Saúde Psicológica
SS	Stigma Scale
USF	Unidade de Saúde Familiar



# Introduction

In a time when mental health is part of many countries priority health plans, in Portugal we see a bipolar tendency in mental health care numbers, with an increase in primary health care, mainly due to depressive and anxiety disorders, and a decrease in hospital care (1). Among people with mental disorder in Portugal, namely post-traumatic stress disorder, major depressive disorder, bipolar disorder and generalized anxiety disorder, 14.6% reported disability (2). In Europe 27% of people experience mental illness but, for those with mood, anxiety and substance use disorders that interfere with daily activities, only 48% received formal healthcare (3). In the USA, 31% of the population has mental disorders with a total of 67% not being treated due to people delaying or not seeking healthcare (3). In the mental health context, help-seeking can be defined as an adaptive coping process that is the attempt to obtain external assistance to deal with a mental health concern (4). The delay in mental healthcare help-seeking may be due to low perceived need (5), not knowing where to seek help, financial barriers, lack of effectiveness of treatment, thinking the problem will resolve itself, preference to solve the problem on one's own and fear of being hospitalized against one's will (3). Other reasons might be related to stigma and discrimination associated with mental illnesses (3), brought on by the society, the medical community and even the patient himself. Some studies show that social identifications as a person with a mental illness is positively associated with the process of help-seeking (6). A study in Iran showed that participants believed that the culture of perfectionism intensified the stigma and concluded that literature and art Works were full of stigmatizing indications picturing the mentally ill as an antisocial and aggressive person (7). Another study showed the importance of mental health literacy in help-seeking and reduced stigma (8). Specific characteristics such as being a female, having a history of a psychiatric diagnosis, being agreeable and open to experience were positively related with help seeking (9). Many studies show that in developing countries the major barrier to accessing mental health care was lack of availability, affordability, accessibility and adequacy (10, 11, 12, 13).

Delayed mental health care seeking leads to longer periods of untreated illness which may be associated with poorer outcomes, having more symptoms, worse functioning and quality of life and reduced probability of remission. This delay may also lead to involvement of the criminal justice system and involuntary admissions under mental health legislation (3).

The aim of this study is to validate an instrument targeted to identify the main barriers in initiating and perpetrating mental healthcare in patients diagnosed with a mental disorder

in Portugal. Only by understanding these barriers, it is possible to come up with strategies and tools in order to overcome them.

## **Methods**

### **Ethics**

This study had the approval from the Centre Regional Health Administration, the Ethics Committee of Cova da Beira Hospital Centre, as well as from the National Data Protection Committee.

### **Sample and recruitment**

This study used a convenience sample defined by all patients with diagnosed mental disorder attending appointments in primary and specialized care in Coimbra, Aveiro, Covilhã and Viseu, between November 2017 and February 2020. Exclusion criteria included inability to understand and answer the questionnaire.

Based on the consensus on psychometric instruments development (14), we aimed to obtain a minimum of 10 participants per scale item, with a total of 300 patients to be recruited.

A request for participation was sent to 8 primary health care facilities and 3 hospitals chosen by convenience: USF Briosa and USF Coimbra Centro (ACES Baixo Mondego); USF São João de Ovar, USF Aveiro-Aradas, USF Flor de Sal and USF Viva Saúde (ACES Baixo Vouga); Centro de Saúde Cova da Beira (ACES Cova da Beira) and USF Viseu-Cidade (ACES Dão Lafões); Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (Coimbra), Centro Hospitalar Baixo Vouga (Aveiro) and Centro Hospitalar Universitário da Cova da Beira (Covilhã).

Patients with a mental illness diagnose, either in primary or specialized health care, were invited to participate after their appointments, during the recruitment period in that specific unit.

Informed written consent was obtained in duplicate and one given to the participant. Clarification was given to all patients as well as assuring availability to help with any question or concern. After signing the informed written consents, questionnaires were filled in by the participants. Afterwards, their attending doctor registered the mental health diagnosis based on the DSM-V (15). In case of inability to fill in the entire questionnaire,

priority was given to the BACE scale and only those who had this scale entirely filled in were included.

Then, the questionnaires were stored separately from the informed written consents in order to guarantee patient's confidentiality.

## **Instruments**

The first part of the questionnaire consisted of demographic data. And then included four other scales: BACE-3 (3,16), Illness and Help-seeking Behavior (IHSBS) (17,18), Physical and Psychological Health (SF-SP) (19-21) and Stigma Scale (SS) (22), to further complement the study and to evaluate concordance between data.

The main scale in this study is the experimental Portuguese version of BACE-3 scale. This scale consists of 30 items assessed in a Linkert scale ranging from “not at all” (0 points) to “a lot” (3 points) with higher scores meaning greater barriers. A “not applicable option” is present in item 5, 14, 24, 27, 28 and 29. It includes a comprehensive BACE treatment stigma scale that calculates the mean ratings of the answers to the items reflecting the stigma-related barriers (items 3, 5, 8, 9, 12, 14, 17, 19, 21, 24, 26, 28). Non-stigma related barriers (items 1, 2, 4, 6, 7, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 25, 27, 29, 30) may be divided into instrumental and attitudinal barriers and their score is similarly calculated. Mean response and standard deviation – percentage of people reporting feeling the barrier to any degree (answering 1, 2 or 3) and percentage of people reporting it to be a major barrier (signaling 3) - assessed the prevalence of both stigma and non-stigma related barriers (3,16).

The European Portuguese version of IHSBS is validated with good fidelity in Portugal. It consists of a self-report questionnaire that evaluates help-seeking behavior, illness behavior and health worries through 17 items scored in a Linkert Scale ranging from “strongly disagree” (1 point) to “strongly agree” (5 points) (17,18)

SF-SP consists of an adapted version of SF-36. It is validated in Portugal and assesses one's general perception about physical and psychological health with a Cronbach's alpha above 0.6. The scale contains two items ranging from “very bad” (1 point) to “very good” (5 points) (19-21).

SS assesses stigma in mental illness. This scale was translated to European Portuguese but has not yet been validated. It consists of 28 questions created based on former qualitative

research into patients' experience of mental illness. Each item is scored in a Linkert Scale ranging from "strongly disagree" (1 point) to "strongly agree" (5 points) (22).

## **Translation**

BACE-3 was not validated in Portugal, translated to European Portuguese, nor adapted to our country's reality. A Brazilian Portuguese has been developed (23) but its psychometric properties and clinical use have not been reported. Additionally, there are no instruments or questionnaires in our country to assess barriers in accessing mental health care. The investigators obtained consent from the original authors. Using the standard adaptation procedures (16), the scale was translated to European Portuguese. Then, a different group of translators performed a back-translation Afterwards, the study team discussed the translation to resolve any disputed items.

The trial version was applied to a sample of patients from both primary and specialized care and their suggestions were noted. Lastly, using the information gathered from all these stages, a final Portuguese language version of the scale was obtained.

## **Analysis**

Inferential statistical analysis was conducted using IBM® SPSS® Statistics version 23. The internal consistency of the BACE was determined by Cronbach's  $\alpha$ . After finding a non-normal distribution of the sample answers to the scales using Kolmogorov-Smirnov test, construct validity was obtained through nonparametric Spearman's test with a significance  $p < 0,05$  to correlate all the results obtained through the scales in use.

## Results

### Participants

Participants were 202 patients, of which 133 (65.8%) completed the survey in specialized care and 69 (34.2%) in primary healthcare.

Table 1 presents the data regarding demographic characteristics. Most of the participants were female ( $n = 145$ , 72.1%), aged between 18 and 82 years ( $M = 42.79$ ,  $SD = 16.46$ ), the majority single ( $n = 83$ , 41.3%) or married/in a civil partnership ( $n = 81$ , 40.3%). Concerning education level, a higher percentage of participants completed high school ( $n = 52$ , 26.1%), or had a bachelor's degree ( $n = 40$ , 20.1%). The most frequent occupations were nonqualified workers ( $n = 30$ , 26.5%), specialists of intellectual and scientific activities ( $n = 26$ , 23.0%), and personal services and security workers and sellers ( $n = 21$ , 18.6%). Most participants were working ( $n = 73$ , 37.1%), and 19.8% were unemployed ( $n = 39$ ).

Table 1 - Descriptive statistics regarding participants' demographic characteristics

		<i>n</i>	%
<b>Variable</b>			
Gender ( $N = 201$ )	Female	145	72.1
	Male	56	27.9
Age ( $N = 202$ )	$M = 42.79 \pm 16.46$	Range = 18 – 82	
Relationship status ( $N = 201$ )	Single	83	41.3
	Married/Civil partnership	81	40.3
	Divorced/Separated	29	14.4
	Widowed	8	4.0
Level of education ( $N = 199$ )	Elementary school	36	18.1
	6 <sup>th</sup> grade	21	10.6
	9 <sup>th</sup> grade	36	17.8
	High school	52	26.1
	Bachelor	40	20.1
	Master	12	6.0
Employment situation ( $N = 197$ )	PhD	2	1.0
	Working	73	37.1
	Sick leave	18	9.1
	Unemployed	39	19.8
	Student	30	15.2
	Retired	32	16.2

In what concerns diagnoses (Table 2), the most frequent diagnoses were depression ( $n = 102$ , 51.3%) and anxiety disorders ( $n = 50$ , 25.1%)

Table 2 – Descriptive statistics regarding participants' medical diagnoses

<b>Medical diagnosis (N = 199)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Depressive Disorders	102	51.3
Anxiety Disorders	50	25.1
Bipolar and Related Disorders	18	9.0
Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	21	10.6
Personality Disorders	7	3.5
Substance-Related and Addictive Disorders	6	3.0
Feeding and Eating Disorders	4	2.0
Obsessive-compulsive and related disorders	4	2.0
Neurodevelopmental disorders	4	2.0
Somatic Symptom and Related Disorders	2	1.0
Dissociative Disorders	2	1.0
Sleep-Wake Disorders	4	2.0
Trauma- and Stressor-Related Disorders	11	5.5

## Descriptive analysis

Descriptive measures regarding stigma-related barriers are presented in Table 3. “Concern about what people at work might think, say or do” was the most frequently reported barrier to any degree in this category (57.9%), and also the highest rated major barrier in this survey (22.4%). Other items that were frequently reported as barriers to any degree were “feeling embarrassed or ashamed” (56.9%) and “concern that I might be seen as weak for having a mental health problem” (55.6%). The latter was also the second most frequently reported major barrier (14.3%). Moreover, the BACE treatment stigma subscale score was 0.80 ( $\pm 0.80$ ), ranging from 0 to 3.

Table 3 - Frequencies, percentages and mean scores in stigma-related items

Stigma-related barriers	Total (N)	Mean (SD)	% Reporting barrier to any degree	% Reporting as a major barrier
28. Concern about what people at work might think, say or do	107	1.18 (1.20)	57.9	22.4
3. Concern that I might be seen as weak for having a mental health problem	196	0.98 (1.08)	55.6	14.3
5. Concern that it might harm my chances when applying for jobs	129	0.78 (1.07)	41.9	11.6
24. Concern that my children may be taken into care or that I may lose access or custody without my agreement	93	0.54 (1.00)	28.0	10.8
12. Concern that I might be seen as ‘crazy’	198	0.81 (1.07)	44.4	12.6
21. Not wanting a medical health problem to be on my medical records	195	0.72 (1.05)	39.5	12.3
9. Feeling embarrassed or ashamed	197	0.96 (1.03)	56.9	11.7
26. Concern about what my friends might think, say or do	193	0.79 (1.06)	43.5	11.9
19. Concern that people might not take me seriously if they found out I was having professional care	198	0.83 (1.03)	48.0	10.1

17. Concern that people I know might find out	195	0.65 (0.97)	38.5	8.7
14. Concern that I might be seen as a bad parent	110	0.55 (0.97)	29.1	8.2
8. Concern about what my family might think, say, do or feel	197	0.7 (0.96)	41.1	7.1

In what concerns attitudinal barriers (Table 4), the most frequently reported barrier to any degree was “wanting to solve the problem on my own” (67.9%). “Concerns about the treatments available (e.g., medication side effects)” was the second most frequent attitudinal barrier to any degree (63.3%), followed by “dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts” (60.9%) and “thinking the problem would get better by itself” (60.8%). Regarding major attitudinal barriers, “wanting to solve the problem on my own” was the most commonly reported (18.4%), closely followed by “dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts” (18.3%). Furthermore, the mean score for the attitudinal barriers was 0.89 ( $\pm$  0.58), ranging from 0 to 3.

Table 4 - Frequencies, percentages and mean scores of attitudinal barriers

<b>Attitudinal barriers</b>	<b>Total (N)</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b>% Reporting barrier to any degree</b>	<b>% Reporting as a major barrier</b>
4. Fear of being put in the hospital against my will	197	0.91 (1.16)	45.2	17.3
18. Dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts	197	1.19 (1.14)	60.9	18.3
2. Wanting to solve the problem on my own	196	1.18 (1.08)	67.9	18.4
25. Thinking I did not have a problem	193	0.85 (1.06)	49.2	13.0
20. Concerns about the treatments available (e.g. medication side effects)	199	1.07 (1.03)	63.3	12.6
22. Having had previous bad experiences with professional care for mental health	197	0.68 (1.02)	37.6	10.7
13. Thinking that professional care probably would not help	199	0.75 (0.99)	45.2	10.1
7. Thinking the problem would get better by itself	194	0.98 (0.99)	60.8	10.8
23. Preferring to get help from family or friends	194	0.79 (0.94)	50.5	7.2
10. Preferring to get alternative forms of care (e.g. traditional/religious healing or alternative/complementary therapies)	194	0.39 (0.80)	24.2	4.6

Next, concerning instrumental barriers (Table 5), “difficulty taking time off work” was the most frequent item, both when concerning the percentage of participants who reported it as barrier to any degree (52.5%) and as a major barrier (15.8%). The second most common barrier to any degree was “being too unwell to ask for help” (50.0%), followed by “not being able to afford the financial costs involved” (49.0%). In what regards major barriers, the second most frequent was “not being able to afford the financial costs involved” (14.8%). In addition, the instrumental barriers’ mean score was 0.63 ( $\pm$  0.57), ranging from 0 to 3.

Table 5 - Frequencies, percentages and mean scores of instrumental barriers

<b>Instrumental barriers</b>	<b>Total (N)</b>	<b>Mean (SD)</b>	<b>% Reporting barrier to any degree</b>	<b>% Reporting as a major barrier</b>
27. Difficulty taking time off work	101	0.96 (1.11)	52.5	15.8
11. Not being able to afford the financial costs involved	196	0.88 (1.09)	49.0	14.8
16. Being too unwell to ask for help	194	0.87 (1.05)	50.0	12.4
30. Having no one who could help me get professional care	194	0.55 (0.91)	33.0	7.2
29. Having problems with childcare while I receive professional care	92	0.54 (0.91)	32.6	6.5
1. Being unsure where to go to get professional care	196	0.73 (0.92)	47.4	6.6
6. Problems with transport or travelling to appointments	193	0.42 (0.83)	25.4	5.7
15. Professionals from my own ethnic or cultural group not being available	193	0.14 (0.47)	9.8	1.0

## **Reliability and internal consistency**

Cronbach's  $\alpha$  for responses to the 30 items of the BACE-3 scale was 0.95. All items presented item-total correlations equal or above 0.30, and no single item elimination would significantly increase the internal consistency of the scale.

Moreover, Cronbach's  $\alpha$  for the BACE treatment stigma subscale score was 0.95, and also no single item elimination would improve internal consistency.

## **Construct validity**

As shown in Table 6, positive significant correlations were found between BACE-3 scale, stigma-related and non-stigma-related items and the Stigma Scale (SS) with correlation coefficients of 0.57 ( $p < 0.001$ ), 0.66 ( $p < 0.001$ ) and 0.42 ( $p < 0.001$ ), respectively.

Additionally, negative significant correlations were found between the physical health component of SF-SP scale, and the BACE-3 scale ( $r_s = -0.23, p = 0.006$ ), the stigma-related ( $r_s = -0.16, p = 0.043$ ), and the non-stigma related items ( $r_s = -0.26, p = 0.001$ ). Regarding the psychological health component of the adaptation of the 36-item Short-Form Health Survey (SF-SP), a significant negative correlation was found, with BACE-3 ( $r_s = -0.22, p = 0.009$ ) and with stigma-related items ( $r_s = -0.21, p = 0.009$ ).

Finally, no significant correlations were found between Illness and Help-Seeking Behaviour Scale (IHSBS) and BACE-3 scale, or any of the BACE-3 subscales.

Table 6 - Correlation between BACE-3 full-scale score plus sub-scale scores and Stigma Scale (SS), the adaptation of the 36-item Short-Form Health Survey (SF-SP) and Illness and Help-Seeking Behaviour Scale (IHSBS)

		<b>BACE-3</b>	<b>Stigma-related barriers</b>	<b>Non-sigma-related barriers</b>
<b>SS</b>	<i>r<sub>s</sub></i>	0.57***	0.66***	0.42***
	<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001
<b>SF</b>	<i>r<sub>s</sub></i>	-0.23*	-0.16*	-0.26**
	<i>p</i>	0.006	0.043	0.001
<b>SP</b>	<i>r<sub>s</sub></i>	-0.22**	-0.21**	-0.16
	<i>p</i>	0.009	0.009	0.051
<b>IHSBS</b>	<i>r<sub>s</sub></i>	-0.04	0.05	-0.06
	<i>p</i>	0.626	0.488	0.427

## Discussion

The main goal of this study was to translate and validate the European Portuguese version of the BACE-3 scale and therefore provide a valuable instrument to assess the barriers to access to mental healthcare in Portugal.

### Strengths and limitations

The BACE-3 scale is in itself a strength due to its comprehensiveness and openness to assess not only what is perceived as a barrier to access but also to evaluate to which extent each barrier is perceived and whether it is a major barrier or not (4). Regarding the strength of the translation, the independent back-translation and its discussion by the study team ensured the test items were not susceptible to conceptual deviations from the original scale. Furthermore, the questionnaire being filled in in various health institutions, both of primary and specialized care, warrants a diverse sample.

The study has several limitations, the main one being difficulty in obtaining the estimated sample size due to poor collaboration by the patients. Besides, there may be a sampling bias not only because of the small sample size compared to the estimated number of patients previously calculated to be recruited but also due to the fact that we obtained a quasi-random convenience sample, which means that not all patients with mental disorder had the same probability to be included in the survey. In addition, there is an under-representation of the male gender that might be due to male patients being generally less significant healthcare users. On the other side, there is an over-representation of depression and anxiety diagnoses that might be explained by the fact that depression and anxiety are the main nosological entities of the mental disorders (1) and also due to the fact that patients with these disorders might be more collaborating than those with other diagnoses. Frequently, the investigators had to elucidate the patients on some items which may lead to difficulty in application the scale, mainly in population with low literacy.

## **Prevalence of stigma-related and non-stigma-related barriers to access to care**

The attitudinal component accounted for the highest score (0.89), followed by the stigma-related (0.8) and the instrumental (0.63) types of barriers. The most regularly reported barrier was also attitudinal, reinforcing the impact of this type of barriers. Also, in WHO World Mental Health Surveys, the most common barrier was “desire to handle the problem on one’s own”, once again emphasizing the importance of attitudinal barriers (5).

Stigma plays an important role in delaying the access to mental healthcare and subsequent treatment. Although “concern that it might harm my chances when applying for jobs” was the top stigma-related barrier in the BACE key paper (3), it was only ranked as a low major barrier in this survey. However, it shares similarities with “concern about what people at work might think, say or do”, the top stigma-related barrier to any degree and major barrier, as they both are related with employment. We should also take into account that most of the participants were employed (37.1%), making it more likely for them to be concerned about their co-worker’s reactions rather than fear difficulty searching for a new job.

Concerning instrumental barriers, “difficulty taking time off work” was the most frequent item, both when concerning the percentage of participants who reported it as barrier to any degree and as a major barrier. The third most common barrier to any degree was “not being able to afford the financial costs involved”. In what regards major barriers, the second most frequent was “not being able to afford the financial costs involved”. These financial concerns are also portrayed in the aforementioned study (5).

Additional data with wider samples, including less and non-frequent healthcare users, is needed for a deeper understanding of the relative impact of these barriers.

## **Validity assessment**

Internal consistency values were considered adequately good both for the BACE-3 scale ( $\alpha=0.95$ ) and BACE treatment stigma subscale ( $\alpha=0.95$ ), considering the latter a possible valid independent scale of stigma.

A test-retest was not performed to assess the reliability of the Portuguese version of BACE-3, therefore leaving this study lacking measurement of temporal constancy.

Concerning the construct validity, the BACE treatment stigma subscale correlated positively with the SS, reinforcing the fact that the BACE stigma treatment subscale could be used as a valid independent scale of stigma. The BACE-3 scale correlated negatively with SF-SP scale, meaning that worse physical or psychological health perceptions were associated with more barriers to access to care. This may be due to the bias caused by the fact that most of the sample was recruited in specialized care. Furthermore, patients with mental disorders may have a careless attitude towards their physical health therefore aggravating it. This finding is consistent with a study that stated that as a result of the stigmatization, patients with mental disorders commonly receive poorer quality care for their physical health problems due to the misattribution of the physical symptoms to their mental disorder (24), consequently perpetrating its aggravation.

## **Conclusion**

Based on the consistency and validity results, the European Portuguese version of BACE-3 scale has shown to be an effective instrument to evaluate the main barriers to access to mental healthcare in people with mental illness. This instrument may be used not only as a whole, but also as a sub-scale of stigma related barriers to healthcare. Applying this questionnaire will enable healthcare professionals to recognize the barriers on a patient basis and on a population basis, making it possible to address those barriers both in a micro and macro setting.

## References

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Portugal : Saúde Mental em Números - 2015. Lisboa: DGS; 2015. 113 p.
2. Antunes A, Frasilho D, Neto D, et al. Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *Eur Psychiatry*. 2018 Mar;49:56-61.
3. Clement S, Brohan E, Jeffery D, et al. Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*. 2012;12(1):36.
4. Rickwood D, Thomas K. Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behaviour Management*. 2012;5:173-183.
5. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychol Med*. 2014 Apr;44(6):1303-17.
6. Klik KA, Williams SL, Reynolds KJ. Toward understanding mental illness stigma and help-seeking: A social identity perspective. *Soc Sci Med*. 2018 Dec 6;222:35-43.
7. Taghva A, Farsi Z, Javanmard Y, et al. Stigma Barriers of Mental Health in Iran: A Qualitative Study by Stakeholders of Mental Health. *Iran J Psychiatry*. 2017 Jul;12(3):163-171.
8. Picco L, Abidin E, Pang S, et al. Association between recognition and help-seeking preferences and stigma towards people with mental illness. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Feb;27(1):84-93.
9. Park S, Jeon M, Lee Y, et al. Influencing factors of attitudes toward seeking professional help for mental illness among Korean adults. *Int J Soc Psychiatry*. 2018 May;64(3):286-292.
10. Badu E, O'Brien AP, Mitchell R. An integrative review of potential enablers and barriers to accessing mental health services in Ghana. *Health Res Policy Syst*. 2018 Nov 16;16(1):110.
11. Luitel NP, Jordans MJD, Kohrt BA, et al. Treatment gap and barriers for mental health care: A cross-sectional community survey in Nepal. *PLoS One*. 2017 Aug 17;12(8):e0183223.
12. Martinez W, Galván J, Saavedra N, et al. Barriers to Integrating Mental Health Services in Community-Based Primary Care Settings in Mexico City: A Qualitative Analysis. *Psychiatr Serv*. 2017 May 1;68(5):497-502.
13. Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, et al. Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Jan;51(1):81-92.

14. Tabachnick B, Fidell L. Using Multivariate Statistics. 5th ed. Needham Heights: Allyn & Bacon, Inc.; 2006. 980 p.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
16. Barriers to Care Evaluation (BACE): A measure to assess barriers to accessing care for mental ill health: Manual for Researchers. 2012.
17. Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale.
18. Costa M. Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença e Personalidade. [Dissertation]. Coimbra (PT): Universidade de Coimbra; 2016.
19. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. *Med Care*. 1992;30(6):473–83.
20. Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte I - Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Med Port*. 2000;13:55–66.
21. Ferreira PL. Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36: Parte II - Testes de Validação. *Acta Med Port*. 2000;13:119–27.
22. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens ST, Ti FP, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatry*. 2007;190:248–54.
23. Boardman JED, Grove BOB, Perkins RA, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J psychiatry*. 2003;182:467–8.
24. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare : Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manag Forum*. 2017;30(2):111–6.

# Appendixes

## Appendix 1 – Authorization from the Centre Regional Health Administration Ethics Committee



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b> <b>FAVORÁVEL MAS SÓ PODERÁ SER INICIADO APÓS PARECER POSITIVO DA CNPD.</b>	<b>DESPACHO:</b>  <b>Homologado</b>  <i>01-07-2017</i> <i>Dr. José Manuel Azanha Terec</i> <small>Presidente do Conselho Directivo de A.R.S. Centro, I.P.</small>
---	---

<b>ASSUNTO:</b>	<b>Título: "Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala"</b> <b>Autores: Ana Filipa Peixoto Miranda (PI, Fac Med UC), Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano (UCSP Fernão de Magalhães), Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira (Psiquiatria, CHUC) 54/2017</b>
-----------------	--

A realização deste trabalho pretende, partindo da tradução e validação do questionário BACE-3 (Barriers to Access to Care Evaluation), avaliar quais são os principais fatores que levam à "evicção, adiamento ou desencorajamento" da procura de cuidados profissionais pelos doentes quer padeçam, ou não, de doença mental. Assim, "o objetivo deste trabalho é validar em Portugal uma escala que permita avaliar quais são as principais barreiras à procura dos cuidados profissionais de saúde mental".

Quanto à tradução da escala BACE-3, o processo inclui a obtenção do consentimento dos autores da escala original e o seguimento de guidelines cedidas pelos mesmos. Estas normas têm como primeiro passo a tradução para a língua portuguesa, seguida de uma retro-tradução para a língua inglesa, ambas realizadas por equipas de tradutores diferentes. No final, haverá uma reunião com um focus group constituído por cerca de 10 doentes com patologia mental diagnosticada, no sentido de obter um consenso.

Depois, será feito um estudo observacional transversal de uma amostra de conveniência de 300 doentes que venham a consulta no período definido em serviços de saúde da região centro (Hospitais de Coimbra e Aveiro e Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Coimbra e Aveiro), a quem serão entregues pelos investigadores os inquéritos para auto-resposta. Será também disponibilizada uma versão do inquérito online, com o objetivo de complementar quantitativamente a amostra.

Em concomitância, será solicitado o preenchimento do questionário ECPAD (Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença) e estudada a concordância entre os resultados obtidos nestas duas escalas. Será realizada a análise estatística descritiva para caracterizar as principais barreiras referidas na amostra e análise fatorial para confirmação da consistência interna da escala. O estudo será realizado em anonimato. Foi pedida autorização à CNPD.

O Consentimento Informado está corretamente elaborado.

São enviadas cópias das escalas.

Estão anexados os currícula dos autores.

Não existem encargos financeiros para as instituições.

*[Assinatura]*  
 O Relator e Presidente da CES da ARS do Centro

## Appendix 2 - Authorization from the National Data Protection Committee



Proc. n.º 12294/ 2017 | 1

### Autorização n.º 8291/ 2017

Ana Filipa Peixoto Miranda notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPD) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala. .

A investigação é multicêntrica, decorrendo, em Portugal, nos centros de investigação identificados na notificação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.



A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

**Responsável** – Ana Filipa Peixoto Miranda

**Finalidade** – Estudo Clínico sem Intervenção, denominado Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala.

**Categoria de dados pessoais tratados** – Código do participante; idade/data de nascimento; género; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica

**Exercício do direito de acesso** – Através dos investigadores, presencialmente/ por escrito

**Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário** – Não existem

**Prazo máximo de conservação dos dados** – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 21-07-2017



A Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Filipa Calvão'. The signature is fluid and cursive, with the first letter 'F' being particularly prominent.

Filipa Calvão

Proc. n.º 12294/ 2017 | 3

## Appendix 3 – Informed Consent



Centro  
Hospitalar  
Cova da Beira, EPE

### IMPRESSO

#### Consentimento livre e informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 3

Revisão: 1

Rita Ferreira Dionísio, aluna no curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala” vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Identificar as principais Barreiras no Acesso aos Cuidados de Saúde Mental

Critérios de inclusão: Pessoas que recorram à consulta no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Critérios de exclusão: Doentes com diagnóstico de défice intelectual e menores de 18 anos.

Nome do orientador: Dr. José Augusto Rodrigues Simões

Nome do co-orientador: Dra Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano

Metodologia: Preenchimento de um questionário

Discriminação dos dados que irá colher: Resposta às questões do questionário e diagnóstico da doença mental

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo: Sala de consulta, uma vez, durante cerca de 15 minutos

Risco / Benefício da sua participação: Não existem riscos à sua participação; o principal benefício é o aumento do conhecimento sobre esta área que poderá tornar possível uma melhoria no acesso a estes cuidados.

Previsão da duração da participação no estudo: 15 minutos

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Página: 1 de 3





**IMPRESSO**

**Consentimento livre e informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 3

Revisão: 1

Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

Nome do Aluno / Investigador (Legível)

Assinatura do Aluno / Investigador

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data

Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;
- \* Informa-se ainda:

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

- \* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.





**IMPRESSO**

**Consentimento livre e informado**

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 3

Revisão: 1

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)      Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

\_\_\_\_\_  
(Nome do Participante)

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data



## Appendix 4 - Questionnaire



DATA DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_/\_\_\_/201\_\_

1. Qual a sua **data de nascimento**? \_\_\_ / \_\_\_ / 19\_\_\_
2. **Sexo:** Feminino  Masculino
3. Em que **país** nasceu? (Preencher apenas caso não tenha nascido em Portugal.) \_\_\_\_\_
4. Qual é o seu **estado civil**? 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 a sua **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? \_\_\_\_\_
6. Qual é a sua **profissão**? \_\_\_\_\_
- 6.1. Situação actual perante o trabalho:
  - A trabalhar  Desempregado
  - De baixa/atestado  Outra, qual? \_\_\_\_\_
7. **Está a ser acompanhado medicamente hoje em que local?** Coloque uma cruz (X) na opção e descreva o local.
  - Hospital. Qual? \_\_\_\_\_
  - Centro de Saúde. Qual? \_\_\_\_\_

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.

## Avaliação de Barreiras no Acesso a Cuidados

### Instruções:

Em baixo poderá ver uma lista de coisas que podem impedir, atrasar ou desencorajar as pessoas a procurar cuidados profissionais para um problema de saúde mental, ou a manter essa ajuda.

Por cuidados profissionais entendemos cuidados prestados por um médico de família, um membro de equipas comunitárias de saúde mental (p. ex. enfermeiro de saúde mental), psiquiatras, psicólogos ou psicoterapeutas.

### Alguma destas questões já o impediu, atrasou ou desencorajou de procurar, ou manter, cuidados profissionais para um problema de saúde mental?

	Isto impediu-me, atrasou-me ou desencorajou-me:			
	Nada	Um pouco	Bastante	Muito
1. Não ter a certeza sobre onde procurar ajuda profissional.	0	1	2	3
2. Querer resolver o problema sozinho.	0	1	2	3
3. Receio de que poderia ser visto como fraco por ter um problema de saúde mental.	0	1	2	3
4. Medo de ser internado contra a minha vontade.	0	1	2	3
5. Receio de que poderia prejudicar as minhas hipóteses ao tentar obter emprego. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
6. Dificuldades com transportes ou em deslocar-me a consultas.	0	1	2	3
7. Pensar que o problema poderia resolver-se por si próprio.	0	1	2	3
8. Receio sobre o que a minha família poderia pensar, dizer ou sentir.	0	1	2	3
9. Sentir-me embaraçado ou envergonhado.	0	1	2	3
10. Preferir cuidados alternativos (p. ex. curas tradicionais/religiosas ou terapias alternativas/complementares)	0	1	2	3
11. Não ser capaz de suportar os custos financeiros envolvidos.	0	1	2	3
12. Receio de que poderia ser visto como 'louco'.	0	1	2	3
13. Pensar que os cuidados profissionais provavelmente não me iriam ajudar.	0	1	2	3
14. Preocupação de que poderia ser visto como um mau pai. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
15. Indisponibilidade de profissionais do meu grupo étnico ou cultural.	0	1	2	3
16. Sentir-me demasiado mal para pedir ajuda.	0	1	2	3
17. Preocupação de que pessoas minhas conhecidas pudessem descobrir.	0	1	2	3
18. Não gostar de falar dos meus sentimentos, emoções ou pensamentos.	0	1	2	3
19. Receio de que as pessoas poderiam não me levar a sério se soubessem que estava a receber cuidados profissionais.	0	1	2	3
20. Preocupações sobre os tratamentos disponíveis (p. ex. efeitos secundários da medicação).	0	1	2	3

Por favor continue na página seguinte.

21. Não querer que um problema de saúde mental constasse no meu processo clínico.	0	1	2	3
22. Experiências negativas no passado com cuidados profissionais de saúde mental.	0	1	2	3
23. Preferir obter ajuda de familiares ou amigos.	0	1	2	3
24. Receio de que os meus filhos me pudessem ser retirados ou que pudesse perder a custódia sem a minha concordância. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
25. Pensar que não tinha um problema.	0	1	2	3
26. Preocupação sobre o que os meus amigos poderiam pensar, dizer ou fazer.	0	1	2	3
27. Dificuldade em tirar tempo livre no trabalho. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
28. Preocupação sobre o que as pessoas no trabalho poderiam pensar, dizer ou fazer. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
29. Ter dificuldade em cuidar das crianças enquanto eu recebia cuidados profissionais. (Não aplicável: <input type="checkbox"/> )	0	1	2	3
30. Não ter ninguém que me ajudasse a obter cuidados profissionais.	0	1	2	3

### Escala de conhecimento em saúde mental

**Instruções:** Para cada uma das afirmações 1-6, **responda assinalando apenas um quadrado**. Os problemas de saúde mental referem-se, por exemplo, a problemas pelos quais um indivíduo poderia ser visto por profissionais de saúde.

	Concordo fortemente	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo fortemente	Não sei
1. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental deseja ter um emprego remunerado.						
2. Se um amigo tivesse um problema de saúde mental, eu saberia que conselho lhe dar para que recebesse ajuda profissional.						
3. A medicação pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.						
4. A psicoterapia (como o aconselhamento psicológico) pode ser um tratamento eficaz para pessoas com problemas de saúde mental.						
5. Pessoas com problemas de saúde mental podem recuperar totalmente.						
6. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental vão a profissionais de saúde para obter ajuda.						

**Instruções:** Para os itens 7-12, diga se pensa que cada situação é um tipo de doença mental assinalando apenas **um quadrado**.

	Concordo fortemente	Concordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Discordo ligeiramente	Discordo fortemente	Não sei
7. Depressão						
8. Stresse						
9. Esquizofrenia						
10. Doença bipolar						
11. Dependência de drogas						
12. Luto						

Por favor continue na página seguinte.

**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

**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.**

EE

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

1	Tenho sido discriminado nos estudos por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
2	Por vezes, sinto que estão a falar de mim por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
3	Ter tido problemas de saúde mental fez de mim uma pessoa mais compreensiva	1	2	3	4	5
4	Não me sinto mal por ter tido problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
5	Fico preocupado em contar às pessoas que estou a receber tratamento psicológico	1	2	3	4	5
6	Algumas pessoas com problemas de saúde mental são perigosas	1	2	3	4	5
7	As pessoas têm sido compreensivas em relação aos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
8	Tenho sido discriminado pela polícia por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
9	Tenho sido discriminado pelos empregadores por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
10	Os meus problemas de saúde mental fizeram-me aceitar melhor as outras pessoas	1	2	3	4	5
11	Frequentemente, sinto-me sozinho por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
12	Fico assustado em relação ao modo como as outras pessoas irão reagir se souberem dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
13	Teria tido mais oportunidades na vida se não tivesse tido problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
14	Não me importo que os meus vizinhos saibam que tive problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
15	Se estivesse a concorrer para um emprego, contaria que tive problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
16	Fico preocupado em contar às pessoas que tomo medicações para problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
17	As reacções das pessoas aos meus problemas de saúde mental fazem com que guardo isso só para mim	1	2	3	4	5
18	Fico zangado com o modo como as pessoas têm reagido aos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
19	Não tenho tido quaisquer problemas com as pessoas por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
20	Tenho sido discriminado pelos profissionais de saúde por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
21	As pessoas têm-me evitado por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
22	As pessoas têm-me insultado por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
23	Ter tido problemas de saúde mental fez de mim uma pessoa mais forte	1	2	3	4	5
24	Não me sinto embaraçado por causa dos meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
25	Evito contar às pessoas sobre os meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
26	Ter tido problemas de saúde mental faz-me sentir que a vida é injusta	1	2	3	4	5
27	Sinto a necessidade de esconder dos meus amigos os meus problemas de saúde mental	1	2	3	4	5
28	Sinto dificuldades em contar às pessoas que tenho problemas de saúde mental	1	2	3	4	5

**Obrigado pela sua participação.**

**Por favor verifique se respondeu a todas as questões.**

**Diagnóstico?** (A preencher pelo médico assistente.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_