



**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL**

**ANA FILIPA PEIXOTO MIRANDA**

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

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:  
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA CAETANO  
NUNO GONÇALO GOMES FERNANDES MADEIRA

ABRIL/2018

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

Ana Filipa Peixoto Miranda<sup>1</sup>

Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano<sup>2</sup>

Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

[anafilipap.miranda@gmail.com](mailto:anafilipap.miranda@gmail.com)

<sup>2</sup> Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal/ USF Coimbra Centro, ACES Baixo Mondego.

[inesrcs@gmail.com](mailto:inesrcs@gmail.com)

<sup>3</sup> Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal/ Psychiatry Department of The Coimbra Hospital and University Centre

[nunogmadeira@gmail.com](mailto:nunogmadeira@gmail.com)

## TABLE OF CONTENTS

ABBREVIATIONS.....	3
ABSTRACT .....	4
RESUMO .....	5
INTRODUCTION.....	7
METHODS.....	9
Ethics .....	9
Sample and recruitment .....	9
Instruments .....	10
Translation .....	11
Analysis .....	12
RESULTS.....	13
Participants .....	13
Descriptive analysis .....	14
Reliability and internal consistency.....	18
Construct validity .....	18
DISCUSSION .....	20
Strengths and limitations .....	20
Prevalence of stigma-related and non-stigma-related barriers to access to care .....	21
Validity assessment .....	22
CONCLUSION .....	23
ACKNOWLEDGMENTS.....	24
REFERENCES.....	25
APPENDIXES .....	28
Appendix 1 .....	28
Appendix 2 .....	29
Appendix 3 .....	32
Appendix 4 .....	33

## **ABBREVIATIONS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BACE-3 – Barriers to Access to Care Evaluation

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

DSM-5 – 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

USA – United States of America

USF – Unidade de Saúde Familiar

## **ABSTRACT**

**Introduction:** There are multiple reasons why people with mental diseases occasionally delay or avoid seeking for help from health services, decreasing access to treatment and recovery. The aim of this study was to validate an instrument in Portugal to identify the main barriers to access to mental healthcare in patients diagnosed with a mental disorder, so that in the future we can find strategies to overcome them.

**Methods:** Barriers to Access to Care Evaluation (BACE-3) scale was translated according to standard adaptation procedures. The sample consisted in 162 participants with mental disorders that attended consultation in primary or specialized care. The survey included other scales, such as the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale (IHSBS), an adaptation of the 36-Item Short-Form Health Survey (SF-SP) and the Stigma Scale (SS).

**Results:** We obtained a Cronbach's  $\alpha$  of 0.961 for the full BACE-3 scale and of 0.964 for the treatment stigma subscale. Respectively, BACE-3 and its stigma and non-stigma-related items presented a positive correlation with the SS, with correlation coefficients of 0.570 ( $p < 0.001$ ), 0.656 ( $p < 0.001$ ) and 0.422 ( $p < 0.001$ ), and a negative correlation with psychological health, with coefficients of -0.221 ( $p = 0.009$ ), -0.219 ( $p = 0.010$ ) and -0.171 ( $p = 0.044$ ). Also, BACE-3 and its non-stigma-related items negatively correlated with physical health, correspondingly with correlation coefficients of -0.230 ( $p = 0.006$ ) and -0.248 ( $p = 0.003$ ).

**Discussion:** In spite of the small sample size, the scale showed good validity. Further studies with test-retest evaluation with bigger samples are needed for better understanding the temporal constancy and the relative impact of these barriers.

**Conclusion:** The European Portuguese version of BACE-3 scale is a useful instrument to evaluate the main barriers to access to care in people with mental disorders.

**Key-words:** Mental Health; Mental Health Services; Social Stigma; Psychiatric Status Rating Scales; Mental Disorders.

## RESUMO

**Introdução:** Existem múltiplas razões pelas quais as pessoas com doença mental por vezes adiam ou evitam a procura de ajuda nos serviços de saúde, diminuindo o acesso ao tratamento e recuperação. O objetivo deste estudo foi validar um instrumento em Portugal para identificar as principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental na população com doença mental, de modo a que no futuro se encontrem estratégias para ultrapassá-las.

**Métodos:** A escala de Avaliação de Barreiras no Acesso a Cuidados (BACE-3) foi traduzida consoante as normas padrão de adaptação. A amostra foi constituída por 162 participantes com doença mental que foram a consulta em cuidados da saúde primários ou especializados. O inquérito incluiu outras escalas, entre elas a Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença (IHSBS), uma adaptação do Questionário de Estado de Saúde (SF-36) e a Escala do Estigma (SS).

**Resultados:** Obtivemos um  $\alpha$  de Cronbach de 0,961 para a escala BACE-3 e de 0,964 para a subescala de estigma no tratamento. Respetivamente, a escala BACE-3 e os seus componentes relacionados e não relacionados com o estigma apresentaram uma correlação positiva com a SS, com coeficientes de correlação de 0,570 ( $p < 0,001$ ), 0,656 ( $p < 0,001$ ) e 0,422 ( $p < 0,001$ ), e uma correlação negativa com a Saúde Psicológica, com coeficientes de -0,221 ( $p = 0,009$ ), -0,219 ( $p = 0,010$ ) e -0,171 ( $p = 0,044$ ). Em adição, a escala BACE-3 e os seus itens não relacionados com o estigma correlacionaram-se negativamente com a Saúde Física, correspondentemente com coeficientes de correlação de -0,230 ( $p = 0,006$ ) e -0,248 ( $p = 0,003$ ).

**Discussão:** Apesar do tamanho reduzido da amostra, a escala apresentou boa validade. Estudos futuros com avaliação teste-reteste e com amostras maiores são necessários para perceber melhor a consistência temporal e o impacto relativo destas barreiras.

**Conclusão:** A versão portuguesa da BACE-3 é um instrumento útil para avaliar as principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde nas pessoas com doença mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Estigma Social; Escalas de Graduação Psiquiátrica; Transtornos Mentais.

## INTRODUCTION

In Portugal, the records of patients with mental disease in primary healthcare show increasing numbers for all disorders. On one hand, it can mean greater accessibility to primary healthcare, but on the other hand it can be translated in increased help-seeking.<sup>1</sup> Regarding the prevalence of patients receiving hospital treatment, the number of admissions has decreased slightly. This may be due to a decline in accessibility to specialized healthcare in addition to the impact of the work delivered by the local services.<sup>2</sup>

Comprehending barriers and facilitators of healthcare for patients with mental disorders is crucial for healthcare and mental healthcare organizations to approach patient-centered care.<sup>3</sup> There are multiple reasons why people with mental diseases occasionally avoid or delay seeking for help from health services.<sup>4</sup> These barriers are sorted into instrumental barriers, including not knowing where to go for help,<sup>4,5</sup> financial barriers (transportation, housing, payment),<sup>3,4,6</sup> lack of structural support (inability or inconvenience to obtain appointments at the doctor's office)<sup>3,6,7</sup> and attitudinal barriers, such as lack of perceived need for treatment,<sup>5,6</sup> pessimism regarding effectiveness of treatment,<sup>4,6</sup> thinking the problem will resolve itself,<sup>4</sup> preferring to solve it on one's own,<sup>4-6</sup> deciding to wait until the problem 'goes away', favouring informal over formal support of help<sup>7</sup> and fear of being hospitalized against one's will.<sup>4</sup> Moreover, mental-illness related stigma, including the one that exists in the healthcare system and among healthcare providers,<sup>8</sup> has been described as being potentially more harmful than the illness itself,<sup>9</sup> affecting help-seeking behaviours and decreasing access to treatment and recovery.<sup>8,9</sup>

Although the existence of these different types of barriers is clearly recognized, we are still unaware of the relative impact they may have on access to mental healthcare.<sup>4</sup>

Delays in receiving treatment have been associated with poor outcomes.<sup>5</sup> For instance, lengthy delays in untreated psychotic illnesses are related with having more symptoms,<sup>4</sup>



poorer functioning, lower quality of life,<sup>4,5</sup> neurocognitive dysfunction, longer-lasting first hospitalizations, neuroanatomical changes such as decrease in grey matter volume<sup>5</sup> and decreased likelihood of remission.<sup>4</sup> Furthermore, these delays may be associated with unfavourable events, namely the involvement with criminal justice and involuntary admissions under mental legislation<sup>4</sup> as well as in bipolar disorder it can increase the risk of substance misuse and suicide attempts.<sup>5</sup>

In this study, we aimed to validate an instrument in Portugal targeted to identify the main barriers for initiation and perpetuation of mental healthcare in patients diagnosed with a mental disorder, allowing the opportunity to find strategies to overcome them.

## **METHODS**

### **Ethics**

This study was approved by the Ethics Committee of Coimbra University Faculty of Medicine and of the Centre Regional Health Administration (Appendix 1) and also by the National Data Protection Committee (Appendix 2).

### **Sample and recruitment**

A quasi-random convenience sample was defined by all patients with diagnosed mental disorder who attended consultation on the chosen health institutions between November 2017 and February 2018 in primary and specialized care in Coimbra and Aveiro regions. The inclusion criteria also included ability to conscientiously understand the purpose and the methods of this project. No exclusion criteria were used.

Taking into account consensus on psychometric instruments development, we aimed to obtain a minimum of 10 participants per scale item – 300 patients were calculated to be recruited.<sup>10</sup>

Investigators sent a request for participation and further received authorization from 6 primary healthcare facilities chosen by convenience (USF Briosa and USF Coimbra Centro, integrated in ACES Baixo Mondego; USF São João de Ovar, USF Aveiro-Aradas, USF Flor de Sal and USF Viva Saúde in ACES Baixo Vouga) and 2 Hospitals (CHUC in Coimbra; CHBV in Aveiro).

In primary healthcare institutions, either investigators in the waiting room or their attributed Family Physician invited all previously signaled patients with diagnosed mental disorder to participate. In hospitals, the distribution was made only by the investigators before or after their appointments. Informed written consent was obtained in duplicate, one for the investigators and another for the participant (Appendix 3).

Investigators informally clarified patients that, if they didn't have the opportunity to fill in all the questionnaire, priority was to be given to the first scale, for the reason that it is the main

instrument in this study, and that they were always available to elucidate patient's doubts and concerns. Once written consent was signed, questionnaires were filled in by the participants; the diagnosis was registered by their attending doctor according to DSM-5.<sup>11</sup> Then, participants were asked to leave the documents in closed boxes properly identified located in the waiting rooms. Each questionnaire was attributed a number, with the purpose of guaranteeing patient's confidentiality.

### **Instruments**

The first part of the questionnaire aimed to collect demographic data. The survey included other related scales, namely on illness and help-seeking behaviour (IHSBS),<sup>12,13</sup> physical and psychological health (SF-SP)<sup>14-16</sup> and stigma (SS),<sup>17</sup> in prior to complement the study and evaluate the concordance between the acquired data (Appendix 4).

The experimental Portuguese version of BACE-3 scale, the fundamental instrument in this study, is a 30-item measured in a Likert scale scored from 'not at all' (0 points) to 'a lot' (3 points), with higher scores indicating a greater barrier. Items number 5, 14, 24, 27, 28 and 29 also included a 'not applicable' option. It encompasses the BACE treatment stigma subscale score, which describes the stigma-related barriers by calculating the mean ratings of the answers to these items. The non-stigma-related barriers can be classified into instrumental and attitudinal barriers. A score for these barriers may be calculated similarly as for the stigma-related barriers. The prevalence of both stigma-related and non-stigma-related barriers was calculated based on mean response and standard deviation, the percentage of people reporting they had felt the barrier to any degree (percentage of participants who answered 1, 2 or 3) and the percentage thinking the barrier as a major barrier (percentage of participants who circled 3).<sup>4,18</sup>

IHSBS is translated into European Portuguese and validated in Portugal with good fidelity.<sup>13</sup>

This self-report questionnaire evaluates help-seeking behaviour, illness behaviour and health

worries through 17 statements scored on a Likert Scale from ‘strongly disagree’ (1 point) to ‘strongly agree’ (5 points).<sup>12,13</sup>

SF-SP is an adapted version of a general health item from SF-36, which is validated in Portugal<sup>16</sup> and used to assess the individual’s general perception about his physical and psychological health in two items, scored from ‘very bad’ (1 point) to ‘very good’ (5 points).<sup>14-16</sup>

SS is a measure of stigma in mental illness that was provisionally translated into European Portuguese and it is still not validated in Portugal. It contains 28 questions that emerged from earlier qualitative research into patients’ experience of mental illness. Each one of the items is scored on a 5 point Likert scale varying from ‘strongly disagree’ (1 point) to ‘strongly agree’ (5 points).<sup>17</sup>

### **Translation**

BACE-3 was neither validated in Portugal nor translated into European Portuguese. Also, it was not adapted to our country’s clinical reality. A Brazilian Portuguese version has been developed,<sup>19</sup> but its psychometric properties and clinical use have not been reported. Additionally, there are no instruments or questionnaires in our country that assess barriers in accessing mental health care. The investigators obtained consent from the original authors. After that, accordingly to the standard adaptation procedures,<sup>18</sup> the first step was the translation into local language, followed by back-translation performed by a different group of translators. Afterwards, the study team discussed the translation to resolve any disputed items. Investigators applied this trial version to a sample of patients from both primary and specialized care and noted their suggestions. Lastly, using the information gathered from all these stages, we obtained a final Portuguese language version of the scale.

## **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

This study accounted for a total of 162 participants, of which 94 (58.0%) completed the survey in specialized care and 68 (42.0%) in primary healthcare.

Concerning the demographic data (Table 1), the mean age was 41 years (range 18 to 82) and the majority of participants were female (69.1%), single (46.9%) or married/in a civil partnership (38.9%). In terms of education, a higher percentage of participants attended high school (27.8%), middle school (24.0%) or had a bachelor's degree (21.0%). The most frequent occupations were specialists of intellectual and scientific activities (14.8%), personal services and security workers and sellers (13.0%) and nonqualified workers (10.5%). Most were working (36.4%) or unemployed (18.5%) and the less significant number of people were on sick leave (9.9%). The most common diagnoses were depression (45.1%) and anxiety disorders (29.6%).

**Table 1** - Demographic data of the sample

Variable		<i>n</i>	%
Gender ( <i>n</i> =161)	Female	112	69.1
	Male	49	30.2
Age ( <i>n</i> =162)	Mean=41.019±16.547	Range=18-82	
Relationship status ( <i>n</i> =161)	Single	76	46.9
	Married/Civil partnership	63	38.9
	Divorced/Separated	19	11.7
	Widowed	3	1.9
Level of education ( <i>n</i> =159)	Elementary school	29	17.9
	Middle School	39	24.0
	High school	45	27.8
	Bachelor	34	21.0
	Master	10	6.2
	PhD	2	1.2

Employment situation (n=157)	Working	59	36.4
	Sick leave	16	9.9
	Unemployed	30	18.5
	Student	27	16.7
	Retired	25	15.4
Medical diagnosis (n=162)	Depressive Disorders	73	45.1
	Anxiety Disorders	48	29.6
	Bipolar and Related Disorders	16	9.9
	Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders	20	12.3
	Personality Disorders	7	4.3
	Substance-Related and Addictive Disorders	5	3.1
	Feeding and Eating Disorders	3	1.9
	Obsessive-compulsive and related disorders	4	2.5
	Neurodevelopmental disorders	4	2.5
	Somatic Symptom and Related Disorders	2	1.2
	Dissociative Disorders	2	1.2
	Sleep-Wake Disorders	4	2.5
Trauma- and Stressor-Related Disorders	10	6.2	

### Descriptive analysis

In what relates to stigma-related barriers (Table 2), ‘concern about what people at work might think, say or do’ was not only the most commonly reported barrier to any degree in this category (65.12%), but also the highest rated major barrier in this survey (22.09%). Other frequently reported items were ‘feeling embarrassed or ashamed’ (59.87%) and ‘concern that I might be seen as weak for having a mental health problem’ (57.69%). The latter was also the second most frequently reported major barrier (14.10%) and ‘concern that it might harm my chances when applying for jobs’ was the third (13.00%). Furthermore, the BACE treatment stigma subscale score was 0.86 ( $\pm 1.04$ ), ranging from 0 to 3.

**Table 2** - Frequencies, percentages and mean scores of stigma-related barriers

Stigma-related barriers	Total ( <i>n</i> )	Mean ( <i>sd</i> )	% Reporting barrier to any degree	% Reporting as a major barrier
28. Concern about what people at work might think, say or do	86	1.27 (1.17)	65.12	22.09
3. Concern that I might be seen as weak for having a mental health problem	156	1.00 (1.06)	57.69	14.10
5. Concern that it might harm my chances when applying for jobs	100	0.93 (1.08)	51.00	13.00
24. Concern that my children may be taken into care or that I may lose access or custody without my agreement	62	0.65 (1.03)	33.87	12.90
12. Concern that I might be seen as ‘crazy’	158	0.86 (1.05)	49.37	12.66
21. Not wanting a medical health problem to be on my medical records	155	0.78 (1.05)	43.23	12.26
9. Feeling embarrassed or ashamed	157	1.00 (1.02)	59.87	12.10
26. Concern about what my friends might think, say or do	154	0.84 (1.03)	48.05	11.04
19. Concern that people might not take me seriously if they found out I was having professional care	158	0.88 (1.02)	51.27	10.13
17. Concern that people I know might find out	155	0.73 (0.98)	43.23	9.68
14. Concern that I might be seen as a bad parent	83	0.61 (0.98)	32.53	8.43
8. Concern about what my family might think, say, do or feel	157	0.72 (0.95)	43.95	7.01

Regarding attitudinal barriers (Table 3), ‘wanting to solve the problem on my own’ was the most frequently reported barrier to any degree in the entire the survey, indicating that 68.59% of the participants experienced that this issued stopped, delayed or discouraged them from getting or continuing professional care for a mental health problem. Other common attitudinal



barriers were often identified, such as ‘concerns about the treatments available (e.g. medication side effects)’ (65.41%) and ‘dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts’ (63.69%). The top major barriers in this category were ‘fear of being put in the hospital against my will’ and ‘dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts’ and both achieved equal percentages (17.83%), followed by ‘wanting to solve the problem on my own’ (17.31%). Moreover, the mean score for the attitudinal barriers was 0.88 ( $\pm 1.03$ ), ranging from 0 to 3.

**Table 3** - 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	157	0.90 (1.17)	43.95	17.83
18. Dislike of talking about my feelings, emotions or thoughts	157	1.21 (1.12)	63.69	17.83
2. Wanting to solve the problem on my own	156	1.16 (1.06)	68.59	17.31
25. Thinking I did not have a problem	153	0.88 (1.05)	50.33	13.07
20. Concerns about the treatments available (e.g. medication side effects)	159	1.08 (1.01)	65.41	11.95
22. Having had previous bad experiences with professional care for mental health	157	0.66 (0.99)	37.58	10.19
13. Thinking that professional care probably would not help	159	0.80 (0.98)	49.69	9.43
7. Thinking the problem would get better by itself	154	0.94 (0.95)	61.04	9.09
23. Preferring to get help from family or friends	154	0.75 (0.92)	48.70	7.14
10. Preferring to get alternative forms of care (e.g. traditional/religious healing or alternative/complementary therapies)	154	0.38 (0.79)	23.38	5.19

Referring to instrumental barriers (Table 4), ‘difficulty taking time off work’ was the uppermost scored item regarding the percentage of participants who reported it as barrier to any degree (61.25%) and, at the same time, the item with the highest percentage as a major barrier (17.50%). The second and third most-highly scored items as a barrier to any degree were ‘being unsure where to go to get professional care’ (52.56%) and ‘being to unwell to ask for help’ (51.95%). The remaining top major barriers were ‘not being able to afford the financial costs involved’ (15.38%) and ‘being to unwell to ask for help’ (11.69%). In addition, the instrumental barriers’ mean score was 0.66 ( $\pm 0.95$ ), ranging from 0 to 3.

**Table 4** - 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	80	1.10 (1.10)	61.25	17.50
11. Not being able to afford the financial costs involved	156	0.91 (1.08)	51.28	15.38
16. Being to unwell to ask for help	154	0.89 (1.03)	51.95	11.69
30. Having no one who could help me get professional care	154	0.58 (0.91)	35.06	7.79
29. Having problems with childcare while I receive professional care	62	0.61 (0.91)	37.10	6.45
1. Being unsure where to go to get professional care	156	0.79 (0.90)	52.56	6.41
6. Problems with transport or travelling to appointments	153	0.41 (0.79)	26.14	5.23
15. Professionals from my own ethnic or cultural group not being available	153	0.16 (0.49)	11.76	1.31

### **Reliability and internal consistency**

Cronbach's  $\alpha$  for responses to the 30 items of the BACE-3 scale was 0.961. Although we found Cronbach's  $\alpha$  value of 0.962 for questions number 2, 10 and 16 and 0.963 for question number 6, no single item elimination would significantly increase the internal consistency of the scale.

Additionally, we obtained a Cronbach's  $\alpha$  of 0.964 for the BACE treatment stigma subscale score, which also implies that no changes should be made in order to augment the internal consistency of the instrument.

### **Construct validity**

BACE-3 scale, stigma-related and non-stigma-related items were significantly positively correlated with the SS, respectively with correlation coefficients of 0.570 ( $p < 0.001$ ), 0.656 ( $p < 0.001$ ) and 0.422 ( $p < 0.001$ ) (Table 5).

Additionally, BACE-3 and its non-stigma-related items showed a significant negative correlation with the physical health component of SF-SP scale, with Spearman's rho of -0.230 ( $p = 0.006$ ) for the BACE-3 full scale and of -0.248 ( $p = 0.003$ ) for the non-stigma-related barriers. BACE-3 and all its subscales also revealed a significant negative correlation with the psychological health constituent of SF-SP scale, with a correlation coefficient of -0.221 ( $p = 0.009$ ) for the BACE-3 scale, -0.219 ( $p = 0.010$ ) for the stigma-related barriers and -0.171 ( $p = 0.044$ ) for the non-stigma-related barriers (Table 5).

This study found no correlation between IHSBS and BACE-3 scale neither with any of the BACE-3 subscales (Table 5).

**Table 5** - Correlation between BACE-3 full scale plus subscale scores and SS, SF-SP and IHSBS

		<b>BACE-3</b>	<b>Stigma-related barriers</b>	<b>Non-sigma-related barriers</b>
<b>SS</b>	<b>Correlation coefficient</b>	0.570**	0.656**	0.422**
	<b>Significance p</b>	<0.001	<0.001	<0.001
<b>SF</b>	<b>Correlation coefficient</b>	-0.230**	-0.145	-0.248**
	<b>Significance p</b>	0.006	0.088	0.003
<b>SP</b>	<b>Correlation coefficient</b>	-0.221**	-0.219**	-0.171*
	<b>Significance p</b>	0.009	0.010	0.044
<b>IHSBS</b>	<b>Correlation coefficient</b>	-0.039	0.041	-0.094
	<b>Significance p</b>	0.626	0.609	0.236

\*p<0,05; \*\*p<0,01

BACE-3 – Barriers to Access to Care Evaluation

SS – Stigma Scale

SF – *Saúde Física* / Physical Health

SP – *Saúde Psicológica* / Psychological Health

IHSBS – Illness and Help-Seeking Behaviour Scale

## **DISCUSSION**

The main goal of this study was to create and subsequently validate the Portuguese version of the BACE-3 scale and provide Portuguese healthcare services with a valuable tool to evaluate the barriers to access to care.

### **Strengths and limitations**

One of the main strengths of this study is inherent to the characteristics of the BACE-3 scale itself, namely its comprehensiveness and openness to evaluate not only the extent to which the barrier is experienced at any level, but also when it is perceived as a major barrier.<sup>4</sup> Regarding the strength of the translation, the independent back-translation and the discussion of the translation by the study team ensured the test items were not susceptible to conceptual deviations from the original scale. Another favourable aspect focuses on the diversity of the sample, consisting of patients attending primary and specialized healthcare, with different backgrounds and diagnoses.

This study has several limitations, such as the sampling bias, regarding 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), the restrict inclusion of healthcare users (which left out those who use it less or do not use it at all) and the small sample size compared to the estimated number of patients previously calculated to be recruited. Moreover, the under-representation of the male gender may be due to male patients being generally less significant healthcare users and the large prevalence of depression and anxiety diagnoses can be explained by the fact that depression and anxiety are the main nosologic entities of the so-called group of common mental disorders.<sup>1</sup> Also, the necessity for investigators to elucidate some of the patients' doubts about the content of the items may compromise the application of the scale to the Portuguese population, since these inhabitants' low literacy can lead to difficulty interpreting the scale's items.

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

The attitudinal component accounted for the highest score (0.88), followed by the stigma-related (0.86) and the instrumental (0.66) types of barriers. The most regularly reported barrier to any degree was also attitudinal, which reinforces the significant impact of this type of barriers in access to mental healthcare. Similarly, a national USA survey described the desire to solve the problem on one's own as the most frequent motive for not seeking treatment and concluded that attitudinal barriers were more commonly reported than instrumental barriers.<sup>6</sup>

Stigma also plays an important role hindering the access to mental healthcare and subsequently delaying treatment. Although 'concern that it might harm my chances when applying for jobs' was the top stigma-related barrier in the BACE key paper<sup>4</sup> and in a study that reported treatment barriers to mental healthcare,<sup>5</sup> it was only ranked as the third top 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. In fact, people with history of mental disorder face many adversities in the employment market, namely stigma, employer's reluctance in hiring them and a perceived risk of failure.<sup>20</sup> We should also take into account that most of the participants were employed (36.4%), drawing closer to the perspective regarding co-workers reactions rather than the idea of the adversities searching for a job.

Regarding instrumental barriers, 'difficulty taking time off work' and financial concerns were both mentioned as highly-rated major barriers and they could be connected as economic insufficiency might make time lost from work too costly.<sup>21</sup>

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

## **Validity assessment**

Overall, internal consistency values were considered adequately good for the BACE-3 scale ( $\alpha=0.961$ ) and BACE treatment stigma subscale ( $\alpha=0.964$ ). Cronbach's  $\alpha$  value of the BACE treatment stigma subscale is deemed an argument in favour when analysing these items as an independent scale of stigma.

A test-retest was not performed to assess the reliability of the Portuguese version of BACE-3 and it could have been an important measure of the temporal constancy.

Concerning the construct validity, the BACE treatment stigma subscale correlated positively with the SS, which reinforced the fact that the BACE stigma treatment subscale could consistently measure stigma on its own. Furthermore, the BACE-3 scale correlated negatively with SF-SP scale, meaning that either worse physical or psychological health perceptions were associated with more barriers to access to care. Firstly, it is important to recognize the subjective perception obtained by the SF-SP scale does not always correspond to reality. Secondly, this population may also be less empowered, even negligent, managing their own health. This happens especially in patients with severe mental illness which are largely present in this sample since the majority was recruited in specialized care. Other studies also stated that, as result of stigmatization, patients with mental disorders commonly receive poorer quality care for their physical health problems,<sup>8,9</sup> due to the misattribution of the physical symptoms to their mental disorder,<sup>8</sup> which could contribute to an increase in morbidity and premature mortality.<sup>9</sup> Regarding psychological health, our results are consistent with a study that found that more severe psychiatric symptoms were associated with more perceived barriers to mental healthcare, as patients with severe mental illness usually have less financial resources, unstable living situations, social and cognitive skills deficits and fewer capacity of pleading for care.<sup>22</sup>

## **CONCLUSION**

Based on these study findings, we conclude that the European Portuguese version of the BACE-3 scale shows good internal consistency and validity for people with mental disorders. In the future, it can become a useful tool to investigate the main barriers to access to mental health care and understand their negative impact in help-seeking and treatment. Moreover, we believe that the stigma-related items in this instrument can also be applied and a measure of stigma on its own, as we can observe according to the good internal consistency and statistically significant positive correlation with the SS.



## **ACKNOWLEDGMENTS**

First, I express my sincere gratitude to Doctor Inês Rosendo and Doctor Nuno Madeira for their persistence, patience, support and knowledge.

In addition, I acknowledge the collaborators Doctor Sofia Morais, Doctor Tiago Santos, Doctor Natália Guerreiro, Doctor Eliana Bonifácio, Doctor José Antunes, Doctor Inês Silva, Doctor Ana Esperança and the participants for committing to this assignment.

I thank my mother, Maria do Carmo Peixoto, for always believing in me, without ever hesitating, and for being my biggest inspiration in life.

Last, but not least, I extend my heartfelt thanks to all my friends for staying by my side in my brightest and darkest hours.

## REFERENCES

1. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Portugal : Saúde Mental em Números - 2015. Lisboa: DGS; 2015.
2. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental : 2017. Lisboa: DGS; 2017.
3. Bellamy CD, Flanagan EH, Costa M, Connell-bonarrigo MO, Le TT, Guy K, et al. Barriers and Facilitators of Healthcare for People with Mental Illness : Why Integrated Patient Centered Healthcare Is Necessary. *Issues Ment Health Nurs.* 2016;37:421–8.
4. Clement S, Brohan E, Jeffery D, Henderson C, Hatch SL, Thornicroft G. 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.
5. Dockery L, Jeffery D, Schauman O, Williams P, Farrelly S, Bonnington O, et al. Stigma- and non-stigma-related treatment barriers to mental healthcare reported by service users and caregivers. *Psychiatry Res.* 2015;228:612–9.
6. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Druss B, Wang PS, Wells KB, et al. Barriers to Mental Health Treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med.* 2011;41(8):1751–61.
7. Roskar S, Bracic MF, Kolar U, Lekic K, Juricic NK, Grum AT, et al. Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(7):614–21.
8. 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–

9. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123–32.
10. Tabachnick B, Fidell L. *Using Multivariate Statistics*. 5th ed. Needham Heights: Allyn & Bacon, Inc.; 2006.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
12. Macedo A, Costa M, Soares MJ, Madeira N, Pereira AT. Development, reliability and construct validity of the Illness and Help-Seeking Behaviour Scale.
13. Costa M. *Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença e Personalidade*. [Dissertação de Mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2016.
14. 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.
15. Ferreira PL. *Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 : Parte I - Adaptação Cultural e Linguística*. *Acta Med Port*. 2000;13:55–66.
16. Ferreira PL. *Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 : Parte II - Testes de Validação*. *Acta Med Port*. 2000;13:119–27.
17. 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.
18. *Barriers to Care Evaluation (BACE) : A measure to assess barriers to accessing care for mental ill health : Manual for Researchers*. 2012.
19. Silva L, Freitas P, Gadelha A, Clement S, Thornicroft G, Mari JDJ, et al. Adaptation of

- the Barriers to Access to Care Evaluation (BACE) scale to the Brazilian social and cultural context. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(4):287–91.
20. Boardman JED, Grove BOB, Perkins RA, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J psychiatry.* 2003;182:467–8.
  21. Becker AE, Kleinman A. Mental Health and the Global Agenda. *N Engl J Med.* 2013;369(1):66–73.
  22. Drapalski AL, Milford J, Goldberg RW, Brown CH, Dixon LB. Perceived barriers to medical care and mental health care among veterans with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 2008;59(8):921–4.

## 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>  9.07.2017  Dr. José Manuel Azenha Tereza Presidente do Conselho Directivo da A.R.S. Centro, I.P.
---	---

<b>ASSUNTO:</b>	Título: "Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala" 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
-----------------	--

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.

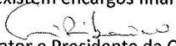
Em concomitância, será solicitado o preenchimento do questionário ECPAD (Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença) e estudada a concordância entre os resultados obtidos nestas duas escalas. Será realizada a análise estatística descritiva para caracterizar as principais barreiras referidas 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.

  
O Relator e Presidente da CES da ARS do Centro



**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'.

Filipa Calvão



## Appendix 3 – Informed consent

### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

**Título do estudo:** Principais barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental: validação de escala.

**Enquadramento clínico:** Estudo observacional transversal de uma amostra de conveniência de 300 utentes com doença mental diagnosticada que venham a consulta de setembro de 2017 a janeiro de 2018 em serviços de saúde da região centro: Hospitais de Coimbra e Aveiro e Unidades de Cuidados de Saúde Primários de Coimbra e Aveiro. Feito no âmbito das Teses de Mestrado de Ana Filipa Peixoto Miranda e Ana Catarina Vicente Camarneiro, orientadas pela Prof.<sup>a</sup> Inês Rosendo Carvalho e Silva Caetano e Dr. Nuno Gonçalo Gomes Fernandes Madeira.

**Explicação do estudo:** Primeiro, e com consentimento dos autores, será feita tradução da escala original BACE (*Barriers to Access to Care Evaluation*) com discussão pela equipa de investigadores e retro-tradução com re-análise por *focus group* constituído por cerca de 10 pessoas com patologia mental diagnosticada. Depois, serão entregues os inquéritos a 300 pessoas para auto-resposta. Em concomitância, será solicitado o preenchimento dos questionários MAKS (*Mental Health Knowledge Schedule*), ECPAD (Escala de Comportamento de Procura de Ajuda e de Doença), 2 itens da SF-36 relacionados com a saúde e da EE (Escala de Estigma) e estudada a concordância entre os resultados obtidos nestas 5 escalas. Por último, será realizada a análise estatística descritiva para caracterizar as principais barreiras referidas na amostra e análise fatorial para confirmação da consistência interna da escala.

**Condições e financiamento:** O próprio investigador financiará o estudo e não há pagamento a investidores ou participantes, nem compensação de despesas de deslocação. A participação será voluntária e não haverá prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar ou abandonar o estudo a qualquer momento. O estudo foi aprovado pela comissão de ética da ARS Centro.

**Confidencialidade e anonimato:** O estudo será realizado em anonimato. As respostas ao inquérito serão introduzidas numa base de dados e foi obtida autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

#### **O investigador:**

Assinatura:

Data:

~~~~~  
*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome do utente: \_\_\_\_\_

Assinatura:

Data:

Se analfabeto ou incapaz de ler ou assinar, representante legal ou 2 testemunhas imparciais:

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Este documento, composto por uma página, é feito em duplicado: uma via para o/a investigador/a, outra para a pessoa que consente.

## 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<br>Discordo<br>fortemente | 2<br>Discordo | 3<br>Nem concordo<br>nem discordo | 4<br>Concordo | 5<br>Concordo<br>fortemente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a pedir ajuda rapidamente.                                                                                        |                             |               |                                   |               |                             |
| 2. Sou uma pessoa que não costuma preocupar-se com doenças.                                                                                                                           |                             |               |                                   |               |                             |
| 3. Quando ando mais “nervoso” ou “em baixo” não dou importância e espero que passe.                                                                                                   |                             |               |                                   |               |                             |
| 4. Quando noto algum problema de saúde preocupo-me e fico a pensar nisso.                                                                                                             |                             |               |                                   |               |                             |
| 5. Tenho tendência a sentir mais sintomas físicos do que as outras pessoas.                                                                                                           |                             |               |                                   |               |                             |
| 6. Quando noto algum problema físico ou psicológico tenho tendência a “deixar andar”.                                                                                                 |                             |               |                                   |               |                             |
| 7. Considero que a minha saúde física é pior do que a das outras pessoas da minha idade.                                                                                              |                             |               |                                   |               |                             |
| 8. Tenho tendência a sentir-me mais “nervoso” ou “em baixo” do que as outras pessoas.                                                                                                 |                             |               |                                   |               |                             |
| 9. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir conselho ou ajuda a uma pessoa próxima.                                                                                             |                             |               |                                   |               |                             |
| 10. Quando não me sinto bem costumo primeiro pedir ajuda ao médico.                                                                                                                   |                             |               |                                   |               |                             |
| 11. Mesmo quando me sinto bem, faço consultas anuais de rotina.                                                                                                                       |                             |               |                                   |               |                             |
| 12. Quando o médico pede exames desleixo-me a fazê-los.                                                                                                                               |                             |               |                                   |               |                             |
| 13. Cumpro a medicação prescrita pelo médico.                                                                                                                                         |                             |               |                                   |               |                             |
| 14. Quando o médico receita uma medicação só tomo aquela que eu acho que é necessária.                                                                                                |                             |               |                                   |               |                             |
| 15. No geral, penso que compreendo bem os meus problemas de saúde.                                                                                                                    |                             |               |                                   |               |                             |
| 16. Para conhecer melhor os meus problemas de saúde e tratamentos procuro informação em muitos sítios (p.ex. médico, amigos, livros, internet...).                                    |                             |               |                                   |               |                             |
| 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). |                             |               |                                   |               |                             |

## 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.

|                                    |                      |                                          |                      |                                    |
|------------------------------------|----------------------|------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|
| <b>1</b><br>Discordo<br>fortemente | <b>2</b><br>Discordo | <b>3</b><br>Nem concordo<br>nem discordo | <b>4</b><br>Concordo | <b>5</b><br>Concordo<br>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.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_