



UNIVERSIDADE  
CATOLICA  
PORTUGUESA

PORTO

# DESENVOLVIMENTO DE UM QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL PARA CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS: SECÇÃO PESSOA IDOSA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Vanuza Sirino Albano*

Porto, julho 2021



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA  
PORTO

# DESENVOLVIMENTO DE UM QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL PARA CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS: SECÇÃO PESSOA IDOSA

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Vanuza Sirino Albano*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos  
Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, julho 2021

## Agradecimento

“Até aqui me ajudou o Senhor” (1 Samuel 7:12).

Esta dissertação é o fruto de trabalho árduo pessoal, mas também contou com o apoio de diversas pessoas que incentivaram, emocionalmente, intelectualmente, financeiramente, direta e indiretamente a minha jornada, por isso quero agradecer aos meus orientadores:

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos e ao Prof. Doutor Pedro Dias, pelo tempo, paciência, correções minuciosas, compreensão, lágrimas e risos que fizeram parte deste momento. Conseguimos.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Elisa Veiga, sempre gentil, que marcou a minha história na Universidade Católica, quando em nossa reunião de admissão há dois anos atrás me disse: “não deixamos ninguém para trás”. Obrigada.

À minha amada companheira de vida, obrigada pela renúncia destes cinco anos, obrigada por segurar as pontas da família neste período e segurar a minha mão o tempo todo, obrigada.

Ao Augusto, pelas madrugadas juntos na sala, por me esperar pontualmente em casa após as aulas. Me desculpe pelas vezes que não te pude levar no parque, estava escrevendo a tese.

À minha mãe, obrigada por todo o apoio. Mesmo estando distante, esteve tão presente.

À minha irmã Fátima Albano, por ser esse alicerce na nossa família e, sempre que eu pensava em desistir, lá estava ela, firme como uma rocha, te amo mais que tudo.

À Jessica Marques Batista, minha querida, obrigada por me ensinar, por me acalmar, por ser amiga, você vai longe.

À Maria Velleca, mia amica e sorella di cuore, grazie per il tuo incoraggiamento.

À Sandra Monteiro, muito obrigada pelas tardes estudando comigo.

À minha psicóloga Prof.<sup>a</sup> Doutora Cátia Oliveira, meu muito obrigada.

Ao Prof. Daniel Azevedo e à Prof.<sup>a</sup> Doutora Rita Oliveira, muito obrigada pelo apoio.

À Andreia Viriato muito obrigada pelo incentivo e apoio.

## Índice

Agradecimento.....	III
Índice de Tabelas e Figuras.....	V
Glossário.....	VI
Resumo.....	VII
Abstract.....	VIII
<b>1. Enquadramento teórico.....</b>	<b>9</b>
1.1. Prestação de Cuidados Formais aos Idosos.....	10
1.2. Literacia em Saúde Mental de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas.....	12
1.3. Instrumentos de avaliação da Literacia em Saúde Mental de Pessoas Idosas.....	13
<b>2. Estudo empírico.....</b>	<b>15</b>
2.1. Fase 1: Revisão da literatura.....	15
Método.....	15
Resultados.....	16
2.2. Fase 2: Geração de itens.....	17
2.2.1. Reuniões de Brainstorming.....	17
Método.....	17
Resultados.....	17
2.2.2. Reuniões com Especialistas.....	18
Métodos.....	18
Resultados.....	18
2.3. Fase 3: Reflexão falada.....	19
Método.....	19
Resultados.....	20
<b>3. Discussão.....</b>	<b>29</b>
<b>4. Conclusões.....</b>	<b>31</b>
<b>5. Referências.....</b>	<b>33</b>

## **Índice de Tabelas e Figuras**

**Figura 1** – Etapas do desenvolvimento preliminar dos itens do LSMq Cuidadores Formais de Pessoas Idosas – Secção Pessoa Idosa

**Figura 2** – Etapas da primeira fase

**Figura 3** – Esquema da metodologia Geração de itens

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes da reflexão falada

**Tabela 2** – Versão preliminar dos itens do LSMq CFI: secção pessoa idosa

## **Glossário**

A-Lit – Anxiety Literacy Questionnaire

CD – Centro de Dia

CV – Centro de Convívio

DGS – Direção Geral de Saúde

D-Lit – Depression Literacy Questionnaire

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

LS – Literacia em Saúde

LSM – Literacia em Saúde Mental

QuALiSMental – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental

LSMq – Questionário de Literacia e saúde mental

LSMq CFI – Questionário de Literacia em Saúde Mental dos Cuidadores Formais de Idoso

MAKS – Mental Health Knowledge Schedule

MC-KOMIT – Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test

MHQ – Mental Health Questionary

OMS – Organização Mundial de Saúde

SAD – Serviços de Apoio Domiciliar

## Resumo

O presente estudo teve como objetivo principal desenvolver a versão preliminar dos itens de um novo questionário de literacia em saúde mental (LSM) de cuidadores formais de idosos, considerando as necessidades de saúde mental dos idosos cuidados.

O processo para a realização deste estudo foi constituído por três fases. Iniciou com a revisão da literatura centrada nos contributos teóricos e empíricos relativos às temáticas LSM e problemas de saúde mental prevalentes nos idosos, bem como sobre questionários que avaliam a LSM e construtos próximos. Posteriormente, a segunda fase consistiu na geração de itens, considerando simultaneamente as dimensões da LSM – “conhecimentos de problemas de saúde mental”, “competências de primeira ajuda” e “estratégias de autoajuda” – e os problemas de saúde mental com maior prevalência em idosos – depressão, ansiedade e demência. Nesta fase, foram realizadas reuniões de *brainstorming* entre os elementos da equipa de investigação e reuniões com duas especialistas em psicometria. Por último, na terceira fase, foi realizada uma reflexão falada dos itens com a participação de cinco cuidadores formais de idosos, permitindo a análise, reformulação e eliminação de itens.

No final deste estudo, resultaram 84 itens que integrarão a versão experimental do LSMq CFI – secção pessoa idosa. Estudos futuros deverão focar-se no estudo das propriedades psicométricas do questionário cujos itens foram desenvolvidos no âmbito desta dissertação.

**Palavras-chave:** Literacia em saúde mental; cuidadores formais de idosos; problemas de saúde mental prevalentes em idosos; questionários de literacia em saúde mental

## **Abstract**

The main objective of this study was to develop a preliminary version of items for a new questionnaire in mental health literacy (MHL) for formal caregivers of the elderly, considering mental health needs for the elderly that they take care of.

The process of the execution of this study consisted in three phases. It started with a review of the literature focused on theoretical and empirical contributions related to MHL topics and mental health problems prevalent in elderly people, as well as questionnaires that assess MHL and close constructs. Subsequently, the second phase consisted in the generation of items, simultaneously considering MHL dimensions – “knowledge of mental health issues”, “first-aid skills” and “self-help strategies” – and the most prevailing mental health problems in elderly people – depression, anxiety, and dementia. In this phase, there were carried out brainstorming meetings with the investigating team members and meetings with two psychometric specialists. Lastly, in the third phase, there was carried out a spoken reflection of the items with the participation of five caregivers of elderly people, allowing their analysis, reformulation, and elimination of items.

At the end of this study, there were obtained 84 items that will integrate the experimental version of the MHLq FCE – section elderly person. Future studies should be focused on the psychometric properties of the questionnaire for which items were developed as the scope of this thesis.

**Keywords:** Mental health literacy; formal caregivers of the elderly; mental health problems prevalent in the elderly; mental health literacy questionnaires

## 1. Enquadramento teórico

O envelhecimento populacional é um dos fenómenos mais importantes da nossa atualidade, tanto a nível nacional, como mundial, o que conduz a reflexões significativas ao nível sociofamiliar, socioeconómico e de cuidados de saúde (Banhato & Nascimento, 2007; Lambotte et al., 2018).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2019), “estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100”. A Europa tem a maior percentagem da população com 60 anos ou mais (25%) e, globalmente, a população com 80 anos ou mais estima-se que irá triplicar até 2050, passando de 137 milhões, em 2017, para 425 milhões em 2050 (ONU, 2019).

Associado ao envelhecimento está a maior fragilidade e dependência da pessoa idosa surgindo, desta forma, uma maior necessidade de apoio e cuidados de longa duração, aumentando também a necessidade de cuidados formais dentro da sociedade (Lambotte et al., 2018; Wilson et al., 2013).

As perturbações depressivas e demências (incluindo Alzheimer) são os principais problemas de saúde mental causadores de morbilidade nas populações acima dos 60 anos de idade em Portugal, que é consistente com dados da Direção Geral de Saúde (2014), de prevalência de depressão de 8%-20% na população idosa, sendo também a causa mais comum de aumento de incapacidade em idosos (Fisher & Goldney, 2003; Lengenfelder et al., 2019; Nataatmadja & Gray, A, 2021). Também os quadros demenciais são muito comuns na população idosa, com uma prevalência que dobra a cada cinco anos, aproximadamente, a partir dos 65 anos (Farinha, 2010).

Os problemas de ansiedade nos idosos são diagnosticados com menor frequência do que entre os jovens adultos, por serem muitas vezes erradamente considerados como fazendo parte do processo de envelhecimento devendo, por isso, considerar-se uma prioridade de saúde pública (Cole & Dendukuri, 2003; Kishita et al., 2020; Nataatmadja & Gray, A, 2021; Piper et al., 2018).

Algumas variáveis, tais como a idade e o sexo, têm sido associadas como fatores de risco para perturbações mentais nos idosos (Farrer et al., 2008; Piper et al., 2018). Da mesma forma, fatores psicológicos individuais e contextuais têm sido relacionados com a manifestação de problemas de saúde mental (e.g., ansiedade e depressão), nomeadamente a perda de autonomia, a morte de amigos e/ou parentes, isolamento social, restrições financeiras,

agravamento do estado geral de saúde com especial relevância para o funcionamento cognitivo (Azevedo, 2015; Banhato & Nascimento, 2007; Fisher & Goldney, 2003; Piper et al., 2018).

### **1.1. Prestação de Cuidados Formais aos Idosos**

Alguns estudos sugerem que o número de cuidadores formais aumentará com o passar do tempo, decorrente das tendências sociais, das mudanças no tamanho das famílias e nos estilos de vida e do aumento da participação da mulher no mercado de trabalho (Lambotte et al., 2018; Li et al., 2020; Yiu et al., 2020), assistindo-se, progressivamente, a uma maior necessidade de recorrer a cuidadores formais para os mais idosos (Batista et al., 2014; From et al., 2015; Zwar et al., 2021).

Cuidar de pessoas idosas é uma importante questão de saúde pública que afeta a qualidade de vida de milhões de pessoas (Batista et al., 2014). As responsabilidades de cuidar podem aumentar e mudar à medida que as necessidades do recetor aumentam, que é o caso mais usual no envelhecimento, podendo resultar em exigências adicionais para o cuidador formal (Batista et al., 2014; From et al., 2015; Holst & Skär, 2017; Lethin et al., 2016).

Entende-se por cuidador formal o membro de uma equipa de saúde, especialista formal remunerado, treinado, voluntário associado a uma organização que fornece avaliação, educação, apoio, cuidados práticos e supervisão para pessoas que vivem com problemas de saúde crónica, incapacitante ou grave (Batista et al., 2014; From et al., 2015; Hoffman & Zucker, 2016; Nataatmadja & Gray, A, 2021; Pohontsch et al., 2017; Ribeiro et al., 2009).

Com base na literatura, compreende-se que a maioria dos cuidadores formais de idosos são do sexo feminino, com idades entre os 20 e 65 anos e com baixo nível de escolaridade (Gitlin & Hodgson, 2018; Lemes & Neto, 2017; Pires et al., 2020). Muitos destes profissionais trabalham em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), em serviços de apoio domiciliário (SAD), centros de dia (CD) ou centros de convívio (CV), instituições privadas com fins lucrativos ou de solidariedade social (Acirole & Bergamo, 2019; Batista et al., 2014; Farrer et al., 2008; Rodrigues, 2014).

Os cuidadores formais de idosos fornecem assistência às necessidades sociais e/ou de saúde (Hoffman & Zucker, 2016), desempenhando tarefas tais como: ajudar na higiene corporal e bucal, na alimentação, na locomoção, no cuidar do vestuário (Holst & Skär, 2017). Os cuidados de saúde e de assistência às necessidades sociais contribuem para uma maior autoestima do idoso e para a redução de *stress* dos mesmos, ajudando-os a manterem as suas rotinas diárias (Almeida, 2011). Por conseguinte, o cuidador formal possui um importante

papel na motivação e na estimulação da autossuficiência do idoso, além do apoio às atividades de vida diária e na medicação (Batista, 2012; Romo-Escudero et al., 2021).

Segundo Fernandes (2010), o cuidador formal deve “conhecer bem a pessoa cuidada, a sua história de vida, as suas dores, incapacidades, as suas emoções, pois além de cuidar do corpo é necessário cuidar do bem-estar psíquico” (p. 44), devendo recorrer a informações e formações sobre o envelhecimento e aspetos relacionados (Delalibera et al., 2011; Nardi et al., 2012).

Desta forma, o cuidador formal deverá possuir conhecimentos e competências técnicas necessárias para uma melhor qualidade do seu trabalho no ato de cuidar (Gitlin & Hodgson, 2018). Para além do anteriormente referido, as qualidades físicas e intelectuais, a tolerância com o idoso, a capacidade de observação, as qualidades éticas e morais, o sentido de responsabilidade e a motivação (Batista, 2012; Gitlin & Hodgson, 2018) assumem-se fundamentais na prestação de cuidados formais.

Os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais são afetados pela exigência dos cuidados às pessoas idosas, exigindo dos cuidadores uma maior dedicação ao cuidar (Li et al., 2020). Adicionalmente, o estigma e as crenças pré-existentes que o cuidador formal tem em relação à pessoa idosa e à prestação de cuidados aos mesmos também são determinantes e influenciam a saúde mental destes profissionais (Campos et al., 2016; Henderson et al., 2013; Zwar et al., 2021). Existem algumas crenças relativas à pessoa idosa, do ponto de vista do cuidador formal, dos quais Reis e Ceolim (2007) destacam sete: as pessoas idosas são doentes; não são produtivas; a maior parte precisa de ajuda para realizar as suas atividades quotidianas; mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida; são conservadoras e incapazes de mudar; estão isoladas e sofrem de solidão; e, finalmente, todas as pessoas idosas são semelhantes.

Muitos cuidadores formais têm a perceção de que o seu trabalho é infrutífero, stressante e caótico, afetando negativamente a sua estabilidade emocional e, conseqüentemente, a qualidade da prestação de cuidados (Kahn et al., 2016; Zwar et al., 2021).

Tendo em conta estes aspetos, torna-se essencial que os cuidadores formais possuam uma maior compreensão das condições clínicas prevalentes na pessoa idosa, para que possam corresponder profissionalmente de forma adequada (Reis et al., 2019; Rodrigues, 2014). Portanto, para que o cuidador formal não tenha o papel de substituir a autonomia do idoso ou infantilizá-lo, mais sim de o motivar para a execução de funções e atividades quotidianas, é necessário e fundamental um conhecimento e maior LSM no que diz respeito ao idoso e à visão do envelhecimento (From, 2011; Kelly et al., 2007).

## **1.2. Literacia em Saúde Mental de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas**

O conceito de Literacia em Saúde Mental foi introduzido por Jorm et al. (1997) como uma extensão do termo Literacia em Saúde (LS), definido como o “conhecimento e crenças sobre perturbação mental, o seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997, p. 182), onde incluiu a capacidade de reconhecer e distinguir diferentes perturbações mentais; conhecimento e crenças sobre fatores de risco e causas para essas perturbações; conhecimento e crenças sobre autoajuda e ajuda profissional que é acessível; atitudes que podem promover ajuda adequada; e conhecimento sobre formas de obter informações relevantes sobre saúde mental (Jorm, 2000).

Diferentes estudos centrados na LSM apontam que as mulheres possuem níveis superiores de LSM (Farrer et al., 2008; Tay et al., 2018). Para além do sexo, a idade, a saúde física e mental, o grau de escolaridade, o nível socioeconómico (Galustyan, 2019) e a experiência anterior de problemas de saúde mental e utilização de tratamentos (Cutler et al., 2018) também têm sido associados a níveis superiores de LSM. Numa perspetiva geográfica, as populações ocidentais demonstram níveis superiores de LSM, comparativamente com as regiões em desenvolvimento (Furnham & Hamid, 2014; Mendenhall & Frauenholtz, 2013).

A investigação tem salientado o impacto positivo da LSM, nomeadamente no que diz respeito à qualidade da prestação de cuidados formais a pessoas idosas (Rahman, 2014) e ao suporte social (Coelho & Ribeiro, 2000).

A LSM do cuidador formal pode contribuir para que o mesmo tenha maior capacidade em reconhecer os primeiros sintomas das perturbações mentais nas pessoas idosas de quem cuida, e os diferentes tipos de sofrimento (Federman et al., 2009) e auxiliar na procura de ajuda, resultando, assim, numa diminuição da duração do tratamento e num melhor prognóstico (Bragg et al., 2018). Assim, quanto maior for o nível de LSM do cuidador formal, melhor conseguirá desempenhar as suas funções, assim como também terá mais facilidade em reconhecer os sintomas e intervir de forma correta para auxiliar as pessoas idosas (Jung et al., 2016). Ao invés, a falta ou níveis inferiores de LSM dos cuidadores formais podem contribuir para mortes na comunidade, não reconhecimento das perturbações de saúde mental e consequentemente uma falta de tratamento de forma atempada (Henderson et al., 2013; Tay et al., 2018); pode conduzir também a ideias erradas sobre o problema de saúde mental da pessoa idosa e suas causas (Morgan et al., 2012).

### 1.3. Instrumentos de avaliação da Literacia em Saúde Mental de Pessoas Idosas

Existem vários instrumentos para avaliar a LSM e construtos próximos (e.g., estigma face a problemas de saúde mental) na população em geral.

A entrevista desenvolvida no *Australian National Survey of Youth and Parents* por Jorm et al. (2007) é constituída por quatro vinhetas sobre depressão, depressão com uso indevido de álcool, fobia social e psicose (esquizofrenia), não avaliando a LSM como um todo.

O questionário *Mental Health Knowledge Schedule (MAKS)* de Lacko et al. (2010) destina-se à população adulta. É um instrumento breve, constituído por 12 itens (respondidos através de uma escala *Likert*) centrados em seis áreas do estigma relacionado com a saúde mental: procura de ajuda, reconhecimento, apoio, emprego, tratamento e recuperação. Este instrumento deve ser utilizado com outros instrumentos que avaliam outras dimensões da LSM.

O questionário *Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test (MC-KOMIT)* de Compton et al. (2011) é constituído por 33 itens de escolha múltipla e avalia conhecimentos sobre problemas de saúde mental mais comuns (depressão, Alzheimer, ansiedade), para uma população específica, oficiais da polícia.

Os questionários australianos *Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit)* e *Depression Literacy Questionnaire (D-Lit)* de Gulliver et al. (2012) avaliam a LSM específica para ansiedade em atletas e para a depressão, respetivamente. Cada questionário é composto por 22 itens, aos quais os entrevistados podem responder a cada item com uma das três opções – verdadeiro, falso ou não sei.

O questionário *The Mental Health Literacy Scale* de O'Connor & Casey (2015), também desenvolvido na Austrália, é constituído por 35 itens, ao qual inquiriu a população dos 18 aos 80 anos, utilizando uma escala univariada, para profissionais de saúde e indivíduos da comunidade. Para a fase final do teste psicometrico, foi utilizado estudantes do primeiro ano do curso de psicologia.

A *Multicomponent MHL Scale* de Jung et al. (2016) é constituída por 30 itens, utilizando a escala de *Likert*. Foi desenvolvida para a população em geral, com o intuito de avaliar a capacidade dos participantes em identificar os principais problemas de saúde mental (depressão, ansiedade e esquizofrenia), não avalia a LSM como um todo.

A maioria dos instrumentos são validados para a população adulta ou de jovens adultos, sendo que é prevalente a construção em itens respondidos através de uma escala *likert*.

Para a população portuguesa, o número de instrumentos com o objetivo de avaliar a LSM ainda se mantém bastante reduzido, sendo de importante relevância para o presente estudo os instrumentos que se seguem.

O *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental* de Loureiro (2015) é constituído por itens que pretendem avaliar as cinco diferentes componentes da LSM para a população jovem, composto por questões sociodemográficas (e.,g: género, idade, residência, distrito e escolaridade e descrição de uma vinheta sobre uma adolescente de 16 anos com depressão. Não há referências de estudos sobre a saúde mental das características psicometricas deste estudo (Almeida, 2014).

O questionário *Mental Health Literacy* (O'Connor & Casey, 2015; versão *portuguesa* – Rocha, 2016) é constituído por 29 itens e pretende avaliar conhecimentos sobre saúde mental da população entre os 17 anos e os 71 anos. A versão final do estudo avalia 5 dimensões da LSM.

O *Questionário de Literacia em saúde mental (LSMq)* de Campos et al. (2016) é um questionário de autorrelato, constituído por 33 itens, numa escala de tipo likert de cinco pontos (1=discordo muito a 5=concordo muito), para jovens, organizado em três dimensões da literacia em saúde mental: “conhecimentos/esterótipos sobre problemas de saúde mental”, “procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda”, “estratégias de autoajuda”.

O LSMq-jovem foi, em 2018, adaptado para jovens adultos – *Questionário de Literacia em saúde mental – jovem adulto (LSMq)* de Dias et al. (2018), é constituído por 29 itens para jovens adultos, numa escala tipo *Likert*, estando organizado em quatro dimensões: “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”; “crenças erradas/esterótipos; “procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda” e “estratégias de autoajuda”.

Em síntese, da revisão efetuada emerge a importância da necessidade de desenvolver um instrumento em LSM para cuidadores formais de pessoas idosas, bem como de ter uma avaliação específica da saúde mental da pessoa idosa, não tendo sido identificado nenhum instrumento de avaliação da literacia em saúde mental para cuidadores formais e, mais especificamente, de pessoas idosas.

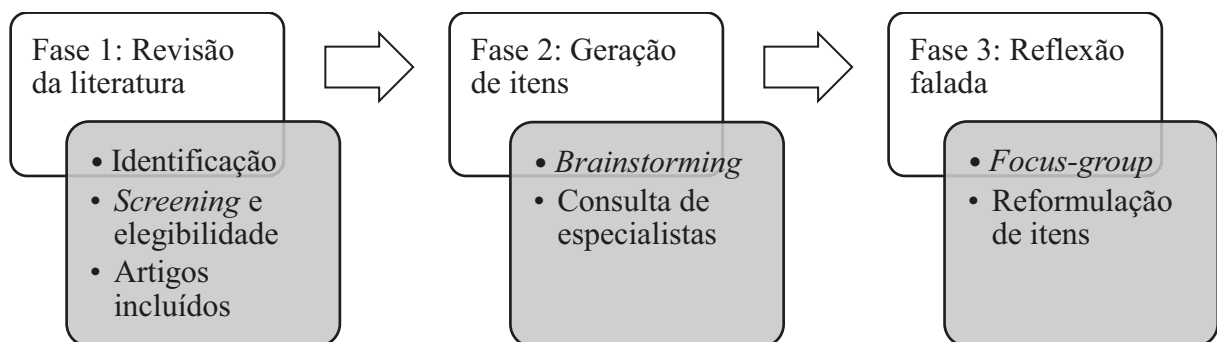
O presente trabalho tem, desta forma, como objetivo principal desenvolver a versão preliminar dos itens de um novo questionário para avaliar os níveis de literacia em saúde mental na população de cuidadores formais de pessoas idosas, considerando as necessidades de saúde mental das pessoas idosas cuidadas (estando a ser desenvolvida a secção cuidador, por outra aluna de mestrado em psicologia).

## 2. Estudo empírico

O desenvolvimento dos itens do Questionário de literacia em saúde mental para cuidadores formais de pessoas idosas – LSMq CFI: secção pessoa idosa” compreendeu três fases: 1) revisão da literatura; 2) geração de itens; e 3) reflexão falada. Cada uma das fases contemplou diferentes etapas, esquematizadas na Figura 1.

**Figura 1**

*Etapas do desenvolvimento preliminar dos itens do LSMq Cuidadores Formais de Pessoas Idosas – Secção Pessoa Idosa*



Dada a natureza deste estudo, apresentar-se-á, para cada uma das fases, o método e resultados simultaneamente.

### 2.1. Fase 1: Revisão da literatura

#### Método

O processo para a realização deste estudo iniciou com uma revisão da literatura centrada nos contributos teóricos e empíricos relativos às temáticas da LSM (Campos et al., 2016; Dias et al, 2018; Jorm et al.,1997) e dos problemas de saúde mental prevalentes nas pessoas idosas, bem como sobre questionários que avaliam construtos próximos.

Na revisão da literatura foram utilizadas as seguintes palavras-chave – literacia em saúde mental; cuidadores formais de pessoas idosas; problemas de saúde mental prevalentes em pessoas idosas<sup>1</sup>; questionários de literacia em saúde mental e outros questionários de avaliação de construtos próximos (e.g., estigma; autoajuda) nas seguintes seis bases de dados *Google Scholar*, *Elsevier*, *Scielo*, *PubMed*, *Research Gate*, *Web of Science*. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em Inglês e Português, entre os anos de 2000 e de 2022. Este intervalo de tempo alargado deveu-se à escassez de artigos específicos sobre o a prestação de cuidados formais a pessoas idosas. Por último, os artigos foram selecionados tendo por base a leitura dos resumos e a sua pertinência e adequação aos objetivos deste estudo.

## **Resultados**

Na primeira pesquisa foram encontrados cerca de 15.234 resultados, incluindo artigos científicos, dissertações e livros, sendo que, após remoção de duplicações, citações, artigos não publicados, foi selecionado um total de 325 resultados. Destes, após leitura e análise dos resumos, em função da adequação aos objetivos deste trabalho, foram utilizados para o presente estudo um total de 156 artigos (Figura 2). Os artigos selecionados foram aqueles que eram mais recentes, que traziam maior relevância para o estudo, que complementavam o conteúdo do trabalho, que contribuía direta e indiretamente para o processo de criação de itens e que focavam o construto central do presente estudo.

A revisão da literatura contribuiu para circunscrever as principais problemáticas de saúde mental nas pessoas idosas: depressão, ansiedade e demências (Jorm et al., 2007; Lacko et al., 2010; Compton et al., 2011; Gulliver et al., 2012; O'Connor & Casey, 2015; Campos et al., 2016; Jung et al., 2016; Rocha, 2016; Dias et al., 2018), sendo estes problemas incluídos no processo de elaboração dos itens.

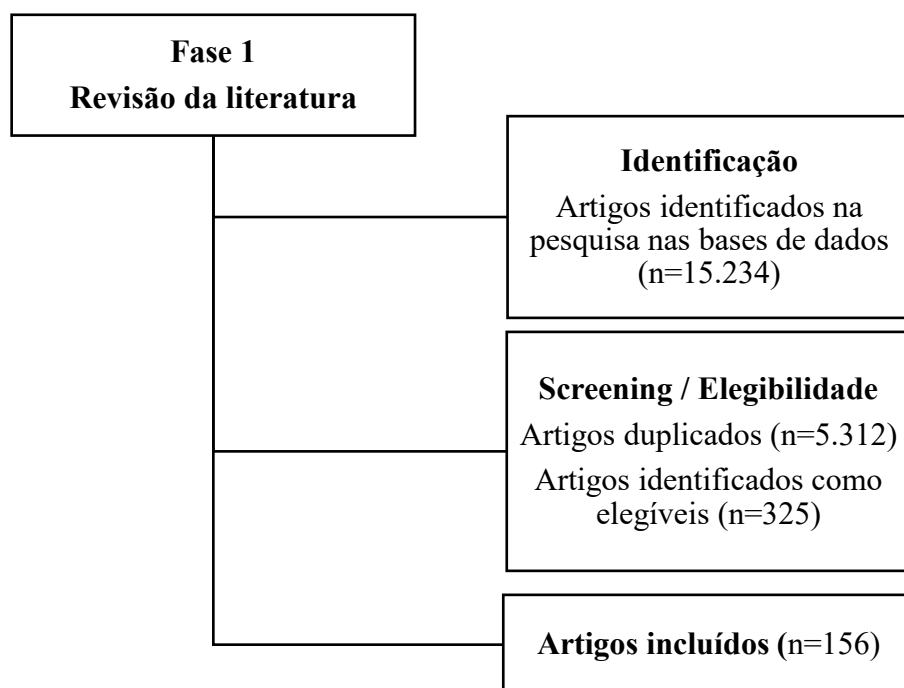
Da revisão de literatura resultou também a importância de evidência e consistência nas diversas publicações sobre dimensões, estruturas e categorias associadas à LSM.

## **Figura 2**

---

<sup>1</sup> Para a seleção das palavras-chaves foi ainda considerada a avaliação de necessidades de saúde mental de cuidadores formais, realizada pela equipa de investigação em contexto de uma ERPI.

## *Etapas da fase 1*



## **2.2.Fase 2: Geração de itens**

### **2.2.1. Reuniões de Brainstorming**

#### **Método**

A segunda fase consistiu na geração de itens, partindo da revisão da literatura, considerando simultaneamente as dimensões da LSM propostas por Dias et al. (2018) – “conhecimentos de problemas de saúde mental”; “crenças ou estereótipos”; “competências de primeira ajuda e de procura de ajuda”; e “estratégias de autoajuda” – e as problemáticas de saúde mental mais prevalentes em idosos – ansiedade, depressão, demências.

Durante esta fase, foram realizadas seis reuniões de *brainstorming* entre a equipa de investigação, com o objetivo de revisão dos itens que estavam a ser gerados e a uniformização da estrutura dos mesmos (e.g., estrutura frásica, tempos verbais).

#### **Resultados**

Com base nas reuniões de *brainstorming* foi decidido que, relativamente à dimensão “competências de primeira ajuda e procura de ajuda” fosse apenas utilizado o conceito de “competências de primeira ajuda”, ficando os itens agrupados em torno das seguintes dimensões: 1) conhecimentos de problema de saúde mental em pessoas idosas; 2) competência de primeira ajuda a pessoas idosas e 3) estratégia de autoajuda para pessoas idosas.

Após este processo, foram realizadas reuniões de *brainstorming* adicionais com o objetivo de reorganizar os itens no que diz respeito ao tipo de conteúdo, problemática e dimensão, criando colunas em cada dimensão para identificar a problemática presente no conteúdo do item (e.g., depressão, ansiedade, demência) e identificar o que está a ser avaliado no respetivo item (e.g., sintomas, fatores de risco, tratamento e crença); validar as especificidades de cada item quanto à sua problemática específica; gerar novos itens por forma a obter diversidade abrangente de cada dimensão e subtipos. Após estas reuniões, resultou um total de 136 itens.

### **2.2.2. Reuniões com Especialistas**

#### **Métodos**

Foram também realizadas duas reuniões com duas especialistas, doutoradas em Psicologia e investigadoras em psicometria, que tiveram como objetivo a revisão dos itens gerados, bem como a discussão relativa à sua distribuição pelas dimensões do conceito de LSM e tipo de escala de resposta.

#### **Resultados**

Na primeira reunião com os especialistas foram tomadas decisões relativamente ao tipo de escala de resposta – escala de *Likert* de concordância; eliminação da dimensão “crenças ou estereótipos”, gerando-se itens invertidos em todas as dimensões (e.g., “Intervenção psicológica é menos eficaz do que a intervenção psicofarmacológica na depressão em pessoas idosas”). Foi sugerido que houvesse um número equivalente de itens em todas as dimensões, sendo discutida a desconstrução da linguagem técnica para uma linguagem adequada ao público-alvo (e.g., “sintoma” para “manifestação”). *A posteriori*, tendo em conta as considerações discutidas, obteve-se um resultado de 80 itens.

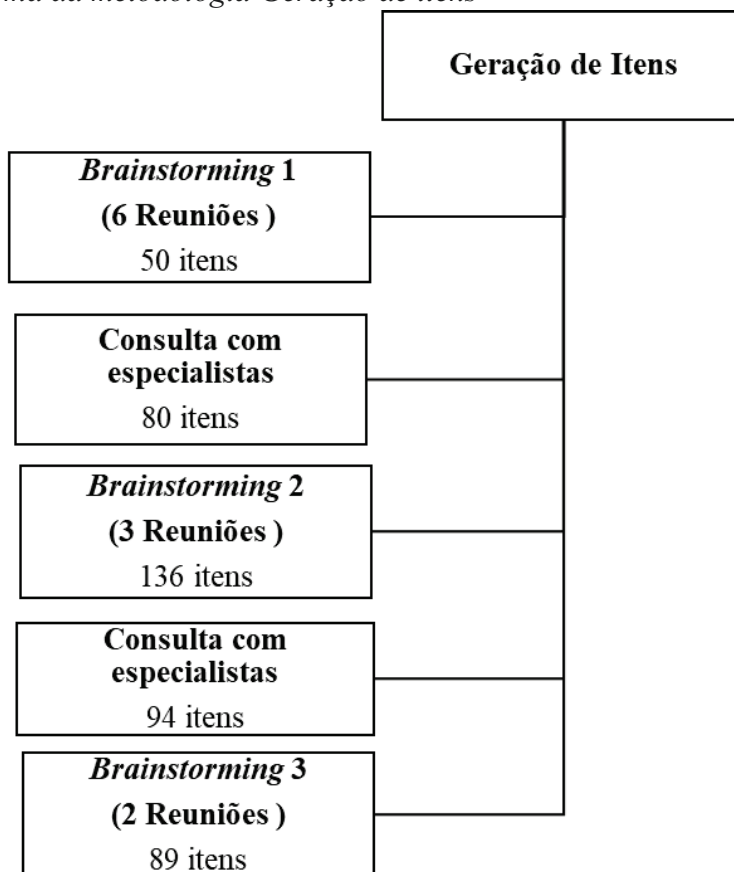
Numa segunda reunião com as especialistas foi atualizado o processo desenvolvido até ao momento e expostas as dúvidas relativamente à distribuição do número de itens referentes a cada dimensão, sendo consensual a resposta das especialistas quanto à necessidade de equilíbrio, de forma mais rigorosa possível, tanto nas dimensões, como problemas de saúde mental das pessoas idosas (ansiedade, depressão e demência), quanto para os seus subtipos (sintomas, fatores de risco, intervenção e crenças); foi sugerido a substituição da expressão “sintomas de (...)” para “manifestação de (...)”, substituição da expressão “fator de risco (...)” para “causa possível de (...)”, substituição da expressão “perturbação mental (...)” para “problema de saúde mental”. Ocorreu também a reformulação de itens (e.g., “O luto e os

sentimentos de perda podem levar à perturbação depressiva do idoso” passou a “O luto é uma causa possível de depressão no idoso”); eliminação de itens que não se adequavam ao objetivo do estudo (e.g., “A duração dos sintomas é um dos critérios importantes para o diagnóstico de uma perturbação mental nos idosos”). Este processo contribuiu para a construção de novos itens, resultando em 94 itens.

Para finalizar esta fase, foram realizadas mais duas reuniões adicionais de *brainstorming*, com o intuito de aplicar de forma rigorosa todos os feedbacks das reuniões anteriores com as especialistas, chegando ao resultado de 89 itens como apresentado na Figura 3.

**Figura 3**

*Esquema da metodologia Geração de itens*



### 2.3.Fase 3: Reflexão falada

#### Método

Na terceira fase foi realizado um procedimento de reflexão falada, junto de cuidadores formais de pessoas idosas, em formato híbrido (online e presencial), devido às restrições causadas pela pandemia, com a duração de 3 horas.

Foram convidados doze cuidadores formais, com características sociodemográficas e profissionais diversificadas, de duas estruturas residenciais para pessoas idosas sendo explicado o objetivo e os procedimentos da reflexão falada foi garantido aos participantes que seria mantida a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Participaram cinco cuidadores formais de pessoas idosas, com idades compreendidas entre 25 e os 57 anos (Tabela 1).

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica dos participantes da reflexão falada*

<i>Participantes</i>	<i>Idade</i>	<i>Género</i>	<i>Categoria Profissional</i>	<i>Habilitações Escolares</i>	<i>Tempo de experiência profissional na área da prestação de cuidados formais a pessoas idosas</i>
<i>1</i>	<i>25 anos</i>	<i>Feminino</i>	<i>Animação Sociocultural</i>	<i>12º ano</i>	<i>5 anos</i>
<i>2</i>	<i>46 anos</i>	<i>Masculino</i>	<i>Animação Sociocultural</i>	<i>12º ano</i>	<i>1 ano</i>
<i>3</i>	<i>46 anos</i>	<i>Feminino</i>	<i>Animação Sociocultural</i>	<i>Licenciatura</i>	<i>20 anos</i>
<i>4</i>	<i>55 anos</i>	<i>Feminino</i>	<i>Auxiliar de Enfermaria</i>	<i>4º ano</i>	<i>19 anos</i>
<i>5</i>	<i>57 anos</i>	<i>Feminino</i>	<i>Auxiliar de Ação Direta</i>	<i>9º ano</i>	<i>23 anos</i>

Foram apresentados 89 itens de forma individual ao grupo, sendo pedido que comentassem cada item, levando em consideração a clareza do item (e.g., “compreenderam a frase?”), o modo como responderiam ao item, se havia sugestões a possíveis melhorias do item (e.g., “mudaria alguma expressão/palavra?”; “seria útil utilizarmos algum exemplo?”; “acrescentaria algum item ao questionário?”). Os comentários e sugestões realizados pelos participantes foram registados pelos investigadores.

## **Resultados**

Com base na reflexão falada, 66 itens foram reformulados, 5 itens retirados e 18 itens mantidos, obtendo-se um total de 84 itens (Tabela 2).

**Tabela 2**

*Versão preliminar dos itens do LSMq CFI: secção pessoa idosa*

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
- Item 1 “Irritabilidade é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 1 “Se um idoso de quem cuidado estiver com um problema de saúde mental, estou disponível para o ajudar” **	-Item 1 “Manter hábitos de sono regular é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 2 “Sonolência excessiva durante o dia é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 2 “Se um idoso de quem cuidado estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psiquiatra” **	- Item 2 “Realizar as atividades diárias (p. ex., passear no jardim), com a companhia de um amigo, é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 3 “Sentimento de culpa excessiva é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 3 “Se um idoso de quem cuidado estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psicólogo” **	- Item 3 “Criar rotinas e objetivos diários (p. ex., ler o jornal, fazer uma caminhada) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 4 “Insónia é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 4 “Se um idoso de quem cuidado estiver com um problema de saúde mental, estou disponível para o ouvir” **	- Item 4 “Manter uma aparência física cuidada não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
- Item 5 “Diminuição do apetite não é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 5 “Se um idoso de quem cuidado estiver com problema de saúde mental, pouco posso fazer para o ajudar” **	- Item 5 “Partilhar sentimentos ou problemas com alguém próximo é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 6 “Perda de interesse em atividades diárias é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 6 “Se um idoso de quem cuidado estiver com ansiedade, incentivo-o a praticar exercício físico” **	- Item 6 “Manter relações sociais positivas (p. ex., com um companheiro de quarto) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 7 “Pouca concentração nas tarefas é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 7 “Se um idoso de quem cuidado estiver com ansiedade, incentivo-o a concentrar-se na respiração (p. ex., respirar lenta e profundamente)” **	- Item 7 “A exposição diária à luz do sol é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão” **
- Item 8 “Sensação de vazio é um sintoma de depressão em idosos” **	- Item 8 “Se um idoso de quem cuidado estiver com ansiedade, incentivo-o a conversar sobre o que sente” **	- Item 8 “Praticar exercício físico regular é uma estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade” **
- Item 9 “Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de depressão em idosos” *	- Item 9 “Se um idoso de quem cuidado estiver com ansiedade, deixo-o estar mais sozinho, para que possa acalmar-se” **	- Item 9 “Focar no momento presente (p. ex., fazer meditação) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade” **

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
-Item 10 “Saúde física frágil (p. ex., ter várias doenças crônicas) é uma causa possível de depressão em idosos” *	- Item 10 “Se um idoso de quem cuidado estiver com depressão, incentivo-o a fazer o que lhe dá prazer (p. ex., música, jogos)” **	- Item 10 “Praticar aceitação em situações incertas da vida do idoso (p. ex., reconhecer que a incerteza faz parte da vida e focar no presente) é uma estratégia útil para lidar com a ansiedade” ***
- Item 11 “Viver sozinho não é uma causa possível de depressão em idosos” *	- Item 11 “Se um idoso de quem cuidado estiver com depressão, incentivo-o a participar em atividades artísticas (p. ex., pintura)” **	- Item 11 “Realizar, regularmente, atividades agradáveis e com utilidade (p. ex., plantar ou regar flores) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência” **
- Item 12 “Morte de pessoas queridas (p. ex., companheiro/a, filhos/as, amigos/as) é uma causa possível de depressão em idosos” **	- Item 12 “Se um idoso de quem cuidado estiver com choro fácil, estou a ajudá-lo se lhe disser que existem pessoas numa situação pior” **	- Item 12 “Respeitar as necessidades físicas (p. ex., descansar quando se sente cansado) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência” **
- Item 13 “Intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação na depressão em idosos” **	- Item 13 “Se um idoso de quem cuidado estiver com depressão, incentivo-o a conversar com um amigo” **	- Item 13 “Adquirir novos conhecimentos (p. ex., fazer um curso ou tentar um novo passatempo) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência” **
- Item 14 “A depressão afeta todos os idosos” *	- Item 14 “Se um idoso de quem cuidado apresentar perda	- Item 14 “A utilização de recursos práticos para

Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”	Dimensão “Competências de primeira ajuda”	Dimensão “Estratégias de autoajuda”
<p>- Item 15 “Falta de fé é uma causa possível de depressão em idosos” **</p> <p>- Item 16 “Tristeza prolongada é uma característica normal nos idosos” *</p> <p>- Item 17 “Perda de memória progressiva é um sintoma de demência em idosos” **</p> <p>- Item 18 “Perda da capacidade de raciocínio é um sintoma de demência em idosos” **</p> <p>- Item 19 “Vaguear (p. ex., andar sem direção) é um</p>	<p>de memória progressiva, pouco posso fazer para o ajudar” **</p> <p>- Item 15 “Se um idoso de quem cuidado estiver a vaguear (p. ex., andar sem direção), ajudo-o a encontrar um lugar seguro” **</p> <p>- Item 16 “Se um idoso de quem cuidado estiver com demência, incentivo-o a participar em atividades de estimulação cognitiva” **</p>	<p>apoiar a memória (p. ex., calendários, listas, notas) não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência” **</p> <p>- Item 15 “Prática de atividades de estimulação cognitiva (p. ex., puzzles, palavras cruzadas) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência” **</p> <p>- Item 16 “Prática de dieta saudável contribui para uma boa saúde mental em idosos” ***</p> <p>- Item 17 “Realizar atos de bondade (p. ex., ajudar um outro residente a deslocar-se em cadeira de rodas) contribui para uma boa saúde mental do idoso” **</p> <p>- Item 18 “Massagem de relaxamento contribui para uma boa saúde mental em idosos” ***</p> <p>- Item 19 “Prática de <i>mindfulness</i> (p. ex., yoga, meditação, atenção plena)</p>

Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”	Dimensão “Competências de primeira ajuda”	Dimensão “Estratégias de autoajuda”
sintoma de demência em idosos” **		contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 20 “Sintomas de ansiedade e de depressão podem ser manifestações de demência em idosos” *		- Item 20 “Contacto com a natureza contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 21 “Comportamentos socialmente desadequados (p. ex., retirar as roupas em público) são um sintoma de demência em idosos” **		- Item 21 “Ter uma alimentação regular contribui para uma boa saúde mental em idosos” ***
- Item 22 “Perda de memória a curto prazo (p. ex., repetir as mesmas perguntas num curto espaço de tempo) é um sintoma de demência em idosos” **		- Item 22 “Efetuar exercício aeróbico regularmente (p. ex., caminhar, correr) contribui para uma boa saúde mental em idosos” ***
- Item 23 “Comportamento agressivo (p. ex., agressão física ou verbal) não é um sintoma de demência em idosos” **		- Item 23 “Reduzir ou eliminar o consumo de bebidas alcoólicas contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 24 “Irritabilidade não é um sintoma de demência em idosos” **		- Item 24 “Ter uma dieta equilibrada contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 25 “A intervenção psicológica não é útil para o		- Item 25 “Praticar relaxamento contribui para

Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”	Dimensão “Competências de primeira ajuda”	Dimensão “Estratégias de autoajuda”
tratamento da demência em idosos” *		uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 26 “A demência afeta todos os idosos” *		- Item 26 “Fazer uma atividade que dê prazer, mesmo quando não tem vontade, contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 27 “Acidente vascular cerebral (AVC) é uma causa possível de demência em idosos” *		- Item 27 “Praticar exercício físico regular contribui para uma boa saúde mental do idoso” **
- Item 28 “Hipertensão é uma causa possível de demência em idosos” *		
- Item 29 “Diabetes tipo 2 é uma causa possível de demência em idosos” *		
- Item 30 “Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de demência em idosos” *		
- Item 31 “Fatores genéticos (p. ex., hereditariedade) não são uma causa possível de demência em idosos” *		
- Item 32 “Obesidade não é uma causa possível de demência em idosos” *		

---

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
---	--	--

---

- Item 33 “Tensão muscular é um sintoma de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 34 “Irritabilidade é um sintoma de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 35 “Alterações do sono (p. ex., dormir demasiado ou dormir muito pouco) são sintomas de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 36 “Cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 37 “Desconforto ou dor no peito são sintomas de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 38 “O tratamento da ansiedade em idosos é muito pouco eficaz” \*\*

- Item 39 “Preocupação excessiva não é um sintoma de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 40 “Intervenção psicológica é eficaz no tratamento da ansiedade em idosos” \*

---

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
---	--	--

---

- Item 41 “A medicação ansiolítica (tranquilizantes) é mais eficaz do que a intervenção psicológica para tratar a ansiedade em idosos”

\*\*

- Item 42 “Fatores genéticos (p. ex., hereditariedade) são uma causa possível de ansiedade no idoso” \*

- Item 43 “Acontecimentos de vida negativos (e.g., diagnóstico de uma doença, morte de um familiar) são uma causa possível de ansiedade em idosos” \*

- Item 44 “Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de ansiedade em idosos” \*

- Item 45 “Os efeitos secundários de alguns medicamentos (p. ex., medicação para a diabetes) confundem-se com sintomas de ansiedade em idosos” \*\*

- Item 46 “Medicação (p. ex., antidepressivos) é eficaz no

---

---

<b>Dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental”</b>	<b>Dimensão “Competências de primeira ajuda”</b>	<b>Dimensão “Estratégias de autoajuda”</b>
---	--	--

---

tratamento da depressão em idosos” \*\*

---

Nota: \* *Item inalterado*; \*\* *Item alterado*; \*\*\* *Item eliminado*.

### **3. Discussão**

O presente estudo pretendeu desenvolver uma versão preliminar dos itens de um novo questionário de LSM de cuidadores formais de pessoas idosas, considerando as necessidades de saúde mental das pessoas idosas de quem os cuidadores formais cuidam, utilizando como base, três das dimensões do construto de LSM apresentadas nos instrumentos desenvolvidos por Jorm et al. (1997), Campos et al. (2016) e Dias et al. (2018): 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental em pessoas idosas; 2) competência de primeira ajuda a pessoas idosas e 3) estratégias de autoajuda para pessoas idosas.

A primeira fase do estudo consistiu na revisão de artigos centrados nos contributos teóricos e empíricos relativos às temáticas da LSM (Campos et al., 2016; Dias et al, 2018; Jorm et al.,1997). Este processo permitiu organizar e identificar as dimensões do construto da LSM, quais os problemas de saúde mental mais prevalentes nas pessoas idosas (depressão, ansiedade e demência) (Castro-Calda & Mendonça, 2012; Cole & Dendukuri, 2003; Nataatmadja & Gray, A, 2021; Pachana et al., 2007; Waite et al., 2004), bem como instrumentos que avaliam a LSM e sua construção (Jorm et al., 1997). Esta primeira etapa permitiu elaborar uma matriz conceptual que estruturou a seguinte fase e o início do desenvolvimento da geração de itens.

A segunda fase, geração de itens, foi a fase mais exigente, devido à complexidade do conceito de LSM aplicado ao contexto da prestação de cuidados formais a pessoas idosas, sendo que o ponto de partida foi um número reduzido de itens. As reuniões de *brainstorming* e consultas com especialistas permitiram uma melhor definição do conceito e conseqüentemente a construção de itens dentro de três dimensões aplicáveis à população-alvo (Freire & Almeida, 2001). A dimensão “procura de ajuda” foi retirada uma vez que não se considerou adequado avaliar estes comportamentos da pessoa idosa, através do relato do cuidador formal. Em suma, foram definidas três dimensões acima citadas, três categorias de

problemática a serem avaliadas (depressão, ansiedade e demência) (Castro-Calda & Mendonça, 2012; Cole & Dendukuri, 2003; Nataatmadja & Gray, A, 2021; Pachana et al., 2007; Waite et al., 2004) e quatro características associadas a cada categoria de problemas (sintomas, fatores de risco, tratamento e crença) (Luty et al., 2006). Esta organização dos itens permitiu uma clarificação sobre o que (literacia em saúde mental de pessoas idosas) e a quem (cuidadores formais) o questionário se direciona.

As reuniões com especialistas foram importantes para a uniformização da linguagem no que diz respeito a tempos verbais e vocabulário, de modo que cada item fosse claro, tendo ainda sido sugerida a inclusão de itens formulados em sentido inverso (revelando crenças erradas). A experiência prévia das especialistas em psicometria e na elaboração de instrumentos foi essencial para que as alterações propostas potenciasses, na etapa posterior do estudo, a validade de construto, validade de critério e validade de conteúdo do instrumento (Pasquali, 2009). A validação de especialistas foi fundamental para compreender que existem questões na elaboração dos itens que podem ter impacto positivo ou negativo nas análises psicométricas subsequentes, potenciando as propriedades psicométricas na fase posterior deste estudo (Freire & Almeida, 2001).

Os itens foram elaborados como afirmações aos quais foi aplicada uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, que como mencionado é a construção mais prevalente em instrumentos de avaliação de LSM (Krebs et al., 2021). As escalas tipo *Likert* permitem não só avaliar os conhecimentos como também intenções comportamentais, possibilitando uma escala mais adaptada a realidade dos participantes (Freire e Almeida, 2001; Krebs et al., 2021).

Da mesma forma que a fase de elaboração de itens seguiu uma metodologia centrada no rigor do conteúdo dos itens, a fase da reflexão falada foi de extrema importância para um igual rigor de clareza, compreensão dos itens e consistência na formulação do mesmo (Mesquita, 2016). Nesta terceira fase de cariz mais qualitativo, o objetivo centrou-se na identificação de ambiguidades no conteúdo e formato dos itens, bem como na correção da construção e/ou nível de dificuldade que influencia a sua compreensão (Freire & Almeida, 2001). Foram envolvidos, nesta fase, cinco cuidadores formais de pessoas idosas com heterogeneidade de idade, escolaridade e função; foram prestadas instruções claras antes e durante as reuniões; e os itens foram lidos e apresentados um a um, garantindo-se a adoção de procedimentos adequados na reflexão falada (Freire & Almeida, 2001). O resultado desta fase

levou a uma ligeira redução do número de itens e à reformulação de um elevado número de itens, por necessidade de uniformização de linguagem e clareza de compreensão.

#### **4. Conclusões**

Com base na revisão de literatura e a escassez de instrumentos em relação às percepções do cuidador formal relativas à pessoa idosa, foi identificada a necessidade de se desenvolver um instrumento específico que avalie a LSM na população de cuidadores formais de pessoas idosas, considerando as necessidades de saúde mental das pessoas idosas.

A pertinência da investigação foi validada em todas as fases, revisão de literatura e questionários sobre o tema, *feedback* dos especialistas durante a geração de itens e motivação dos participantes no procedimento de reflexão falada (Freire & Almeida, 2001). A dificuldade da temática foi prevalente em todo o desenvolvimento do trabalho, porém a divisão do estudo em dois grupos (Desenvolvimento de um questionário de literacia em saúde mental para cuidadores formais de pessoas idosas: secção cuidador; Desenvolvimento de um questionário de literacia em saúde mental para cuidadores formais de pessoas idosas: secção pessoa idosa), contribuiu para que houvesse mais clareza nos resultados obtidos, uma vez que a secção pessoa idosa remete para os níveis de LSM do cuidador relativamente às necessidades de saúde mental das pessoas idosas; e a secção cuidador remete para os níveis de LSM do cuidador relativamente às necessidades de saúde mental do próprio cuidador, em contexto profissional (Miyamoto et al., 2010; Rodrigues, 2014; So & Tyburski, 2020).

Uma possível limitação do estudo diz respeito à reduzida diversidade dos participantes da reflexão falada, que poderia ter beneficiado da participação de mais profissionais com funções diversas na área do cuidado formal, de outras instituições e de zonas geográficas distintas (Freire & Almeida, 2001).

A sequência das três fases possibilitou o desenvolvimento de uma versão preliminar de 84 itens, que potenciam que a próxima etapa de investigação futura venha a conseguir propriedades psicométricas adequadas, do ponto de vista de validade e da fiabilidade (Souza et al., 2017). É importante ter em consideração, para a continuidade deste estudo e elaboração do questionário final, uma flexibilidade no número de itens, uma vez que não se pretende um número de itens demasiado reduzido, para não se colocar em risco a representatividade do

construto a ser avaliado, nem tão-pouco um instrumento demasiado longo, para não produzir desmotivação e falta de seriedade nas respostas (Freire & Almeida, 2001).

Este estudo, e posteriores fases do seu desenvolvimento, podem representar um passo essencial para a melhoria dos cuidados adaptados às necessidades de saúde mental das pessoas idosas. A identificação do conhecimento base e competências em LSM dos cuidadores formais de pessoas idosas é a primeira etapa para melhorar os níveis de LSM e, conseqüentemente, os níveis de cuidados prestados à pessoa idosa.

## 5. Referências

- Aciole, G. G., & Bergamo, D. C. (2019). Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. *Saúde Em Debate*, 43(122), 805–818. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>
- Almeida, M. L. F. (2011). *Autocuidado e promoção da saúde do idoso*. Universidade do Porto.
- Azevedo, M. S. A. (2015). O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: uma revisão integrativa [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. In *Ciência & Saúde Coletiva* (Vol. 20, Issue 7). <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>
- Banhato, E. F. C., & Nascimento, E. do. (2007). Função executiva em idosos: um estudo utilizando subtestes da escala WAIS-III. *Psico-USF*, 12(1), 65–73. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712007000100008>
- Batista, M. P. P., Almeida, M. H. M. de, & Lancman, S. (2014). Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 879–885. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13148>
- Batista, N. do R. F. (2012). *Dificuldades do Cuidador Formal da Pessoa Idosa dependente no Domicílio*.
- Bragg, T., Segal, D., & Coolidge, F. (2018). Mental Health Literacy and Attitudes about Mental Disorders among Younger and Older Adults: A Preliminary Study. *Open Journal of Geriatrics*, 1(2), 1–6. <https://www.sryahwapublications.com/open-journal-of-geriatrics/pdf/v1-i2/1.pdf>
- Campos, L., Dias, P., Palha, F., Duarte, A., & Veiga, E. (2016). Development and psychometric properties of a new questionnaire for assessing mental health literacy in young people. *Universitas Psychologica*, 15(2), 61–72. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-2.dppq>
- Castro-Calda, A., & Mendonça, A. (2012). *A DOENÇA DE ALZHEIMER E OUTRAS*

*DEMÊNCIAS EM PORTUGAL* (Lidel (ed.)).

- Coelho, M., & Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do coping sobre a percepção subjectiva de bem-estar e mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 79–87.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Compton, M. T., Hankerson-Dyson, D., & Broussard, B. (2011). Development, item analysis, and initial reliability and validity of a multiple-choice knowledge of mental illnesses test for lay samples. *Psychiatry research*, 189(1), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.041>
- Cutler, T. L., Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2018). How ‘mental health smart’ are you? Analysis of responses to an Australian Broadcasting Corporation News website Quiz. *Advances in Mental Health*, 16(1), 5–18. <https://doi.org/10.1080/18387357.2017.1317581>
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado Para a População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935–942.
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 13-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Direção Geral de Saúde (2014). Saúde Mental em Números. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>
- Farinha, M. C. (2010). *Epidemiologia da Demência em Portugal*. [Dissertação não publicada]

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Fernandes, S. (2010). *Vivências em lares de idosos: Diversidade de Percursos Um Estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Farrer, L., Leach, L., Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Age differences in mental health literacy. *BMC Public Health*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-125>
- Federman, A. D., Sano, M., Wolf, M. S., Siu, A. L., & Halm, E. A. (2009). Health literacy and cognitive performance in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(8), 1475–1480. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02347.x>
- Fisher, L. J., & Goldney, R. D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1), 33–40. <https://doi.org/10.1002/gps.769>
- Freire, T. & Almeida, L. (2001). Escalas de Avaliação: Construção e validação. In: Fernandes E and Almeida L (eds) *Métodos e Técnicas de Avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp.109-128). Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- From, I. (2011). *Health and quality of care from older peoples' and formal caregivers' perspective*.
- From, I., Wilde-Larsson, B., Nordström, G., & Johansson, I. (2015). Formal caregivers' perceptions of quality of care for older people: associating factors. *BMC Research Notes*, 8(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1597-77>
- Furnham, A., & Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal*, 19(2), 84–98. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-01-2013-0004>

- Galustyan, A. (2019). *A Literacia em Saúde Mental e o Bem-Estar do Cuidador Informal de Pessoas com Doença Mental*.
- Gitlin, L. N., & Hodgson, N. A. (2018a). Chapter 7 - Formal Caregivers: The Role of the Interprofessional Team (pp. 155–168). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128119280000077>
- Gitlin, L. N., & Hodgson, N. A. (2018b). Formal Caregivers. In *Better Living with Dementia* (pp. 155–168). <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-811928-0.00007-7>
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., Machinnon, A., Callear, A.L., Parsons, A.; ... & Stanimirovic, R. (2012). Internet-based Interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 14*(3), 69
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health, 103*(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hoffman, D., & Zucker, H. (2016). A call to preventive action by health care providers and policy makers to support caregivers. *Preventing Chronic Disease, 13*(7), 1–2. <https://doi.org/10.5888/pcd13.160233>
- Holst, A., & Skär, L. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing, 12*(4), 1–12. <https://doi.org/10.1111/opn.12158>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental

- disorders. *British Journal of Psychiatry*, 177, 396–401.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F., Wright, A., & Morgan, A. J. (2007). Beliefs about appropriate first aid for young people with mental disorders: findings from an Australian national survey of youth and parents. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 61–70. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2007.00012.x>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2016). Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Research*, 243, 278–286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.034>
- Kahn, P. V., Wishart, H. A., Randolph, J. S., & Santulli, R. B. (2016). Caregiver Stigma and Burden in Memory Disorders: An Evaluation of the Effects of Caregiver Type and Gender. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2016, 7–12. <https://doi.org/10.1155/2016/8316045>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). *Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders Claire*. 187(7), 1–5.
- Kishita, N., Contreras, M. L., West, J., & Mioshi, E. (2020). Exploring the impact of carer stressors and psychological inflexibility on depression and anxiety in family carers of people with dementia. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 17(April), 119–125. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.07.005>
- Krebs, D., Kühnel, S., & H, J. K. (2021). *Measurement properties of completely and end labeled unipolar and bipolar scales in Likert-type questions on income ( in ) equality*. 97(March), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2021.102544>
- Lacko, E. S.; Little, K.; Meltzer, H.; Rose, D.; Rhydderch, D.; Henderson, C. & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440–448.

- Lambotte, D., De Donder, L., Van Regenmortel, S., Fret, B., Dury, S., Smetcoren, A. S., Dierckx, E., De Witte, N., Verté, D., & Kardol, M. J. M. (2018). Frailty differences in older adults' use of informal and formal care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *79*, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.05.018>
- Lemes, C. B., & Neto, J. O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas Em Psicologia*, *25*(1), 17–28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lengenfelder, J., Dahlman, K. L., Ashman, T. A., & Mohs, R. C. (2019). Psychological assessment of the elderly. In *Handbook of Psychological Assessment*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-802203-0.00016-x>
- Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson, S., & Janlöv, A. C. (2016). Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *30*(3), 526–534. <https://doi.org/10.1111/scs.12275>
- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*, *000*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Loureiro, Luís Manuel de Jesus. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental - QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Rev. Enf. Ref.*, 79–88. <https://doi.org/doi.org/10.12707/RIV14031>
- Luty, J., Fekadu, D., Umoh, O., & Gallagher, J. (2006). Validation of a short instrument to measure stigmatised attitudes towards mental illness. *Psychiatric Bulletin*, *30*(7), 257–260. <https://doi.org/10.1192/pb.30.7.257>
- Marlene, A. F., & Helena. (2014). *Questionário de Literacia em Saúde Mental : Adaptação e estudo das características*. Universidade Católica Portuguesa.
- Mendenhall, A. N., & Frauenholtz, S. (2013). Mental health literacy: SocialWork's role in

- improving public mental health. *Social Work (United States)*, 58(4), 365–368.  
<https://doi.org/10.1093/sw/swt038>
- Mesquita, F. (2016). Construção e estudo psicométrico do Questionário de Audição de Música Paralelamente ao Estudo (QAMPE). Universidade de Lisboa.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal Caregiver Burden in Dementia: Impact of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and Activities of Daily Living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2010.01.002>
- Morgan, D. G., Cammer, A., Stewart, N. J., Crossley, M., D’Arcy, C., Forbes, D. A., & Karunanayake, C. (2012). Nursing Aide Reports of Combative Behavior by Residents With Dementia: Results from a Detailed Prospective Incident Diary. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(3), 220–227.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.07.003>
- Nardi, E. D. F. R., Santos, L. M. R. dos, Oliveira, M. L. F. de, & Sawada, N. O. (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 98–105.  
<https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18864>
- Nataatmadja, M., & Gray, A. N. . (2021). Kidney disease. In *Science Direct* (pp. 473–497).  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817080-9.00021-X>
- O'Connor, M. & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229, (511-516).  
Doi:10.1016/j.psychres.2015.05.064
- Organizações das Nações Unidas. (2019). Envelhecimento. Centro Regional de informações para a Europa Ocidental. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43.  
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, *19*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Piper, S. E., Bailey, P. E., Lam, L. T., & Kneebone, I. I. (2018). Predictors of mental health literacy in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *79*(January 2017), 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.07.010>
- Pires, C. L., Duarte, N., Paúl, C., & Ribeiro, O. (2020). Custos Associados à Prestação Informal de Cuidados a Pessoas com Demência. *33*(9), 559–567.
- Pohontsch, N. J., Scherer, M., & Eisele, M. (2017). (In-)formal caregivers' and general practitioners' views on hospitalizations of people with dementia - An exploratory qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2484-9>
- Rahman, T. (2014). Health Literacy: Prevalence among Elderly Care Givers and Its Impact on the Frequency of Elderly Hospitalization and Elderly Health Related Quality of Life. *Advances in Aging Research*, *3*, 380-387.
- Reis, D. E., Dourado, Z. V., & Guerra, F. L. R. (2019). QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO À SAÚDE DE CUIDADORAS FORMAIS DE IDOSOS. *24*, 47–61.
- Reis, P. O., Ceolim, M. F. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *41* (1). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000100008>
- Ribeiro, M. T., Ferreira, R., Magalhães, C., Moreira, A., & Ferreira, E. (2009). *Cuidadores Formais a idosos. 2.*
- Rocha, I. (2016). Adaptação e Validação da Escala Mental Health Literacy para a População Portuguesa. Instituto Piaget.
- Rodrigues, C. A. L. (2014). *Perfil dos Cuidadores Formais de Idosos e Motivos para a Função:*

*um estudo de caso.*

[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina\\_Rodrigues.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1141/1/Catarina_Rodrigues.pdf)

Romo-Escudero, F., LoCasale-Crouch, J., & Turnbull, K. L. P. (2021). Caregiver ability to notice and enact effective interactions in early care classroom settings. *Teaching and Teacher Education, 97*. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103208>

So, A., & Tyburski, E. (2020). *Predictors of mental health problems in formal and informal caregivers of patients with Alzheimer ' s disease.* 1–11.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-020-02822-7>

Souza, A. C.; Alexandre, N. M. C. & Guirardello, E. B. (2017). Propriedades Psicométricas na Avaliação de Instrumentos: Avaliação da Confiabilidade e Fiabilidade. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 26(3):649-659.* Doi: 10.5123/S1679-4974201700030002

Tay, J. L., Tay, Y. F., & Klainin-Yobas, P. (2018). Mental health literacy levels. *Archives of Psychiatric Nursing, 32(5), 757–763.* <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.04.007>

Waite, A., Bebbington, P., Skelton-Robinson, M., & Orrell, M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19(6), 582–587.* <https://doi.org/10.1002/gps.1136>

Wilson, R., Rochon, E., Mihailidis, A., & Leonard, C. (2013). Quantitative analysis of formal caregivers' use of communication strategies while assisting individuals with moderate and severe Alzheimer's disease during oral care. *Journal of Communication Disorders, 46(3), 249–263.* <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.01.004>

Yiu, H. C., Zang, Y., & Chau, J. P. C. (2020). Barriers and facilitators in the use of formal dementia care for dementia sufferers: A qualitative study with Chinese family caregivers in Hong Kong. *Geriatric Nursing, 000, 1–6.*

<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.06.018>

Zwar, L., Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Riedel-Heller, S. G., König, H. H., & Hajek,

A. (2021). The importance of familiarity with caregiving for public caregiver stigma: Evidence from a cross-sectional study in Germany. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 93(November 2020). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104301>