



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

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

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Jessica Marques Batista*

Porto, julho de 2021



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

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

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Jessica Marques Batista*

Trabalho efetuado sob a orientação de

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

Porto, julho de 2021

*“Para ser grande, sê inteiro: nada  
Teu exagera ou exclui.  
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és  
No mínimo que fazes.  
Assim em cada lago a lua toda  
Brilha, porque alta vive.”  
- Fernando Pessoa*

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos e ao Prof. Doutor Pedro Dias, por serem o exemplo enquanto orientadores, pelo rigor, profissionalismo e competência ímpares. À Prof.<sup>a</sup> Luísa pelo apoio incondicional, por me ouvir e me guiar, mesmo que o caminho fosse difícil, por me ajudar a ser resiliente e a confiar, pela paciência e disponibilidade. Ao Prof. Pedro pela sensibilidade e atenção, por marcar os pequenos detalhes com grandes gestos. A ambos, o meu grande e forte agradecimento, por não desistirem e não me deixarem desistir, por serem equipa, não só de investigação mas, sobretudo, de amizade.

Ao Prof. António Fonseca pelo marco de excelência ao longo do Mestrado, por ser figura de idoneidade e humanismo. Espero que possamos continuar a partilhar experiências. Obrigada!

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Vânia Sousa Lima pela inspiração, pelos momentos de reflexão, pela honestidade, por desafiar competências e partilhar tanto conhecimento. Hoje, a frase “*as palavras criam realidade*”, faz ainda mais sentido e, por isso, obrigada por ter contribuído para que a realidade chegasse até aqui.

A todos os Professores, com quem me cruzei durante o meu percurso académico, do Instituto Superior Miguel Torga e da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, pelo ensino de excelência, rigor e apoio.

À minha Mãe e ao meu Pai, por serem modelos de persistência, resiliência, força, educação e amor. Pelo esforço diário para que os sonhos sejam possíveis e concretizáveis. Pelo apoio e incentivo infinito. Por sermos “*a união que faz a força*” e por me ensinarem que “*sem dedicação nada se consegue*”. Amo-vos com todo o meu coração! Esta conquista é, também, vossa.

Ao Guilherme por ser ponto de abrigo, pelo companheirismo, entrega e amor. Por ter estado a meu lado ao longo destes cinco anos sem hesitar a viagem. Por sonhar comigo e me fazer acreditar até no impossível. Por me fazer rir com alma e ser tão feliz. Por ser a brisa mais bonita da minha vida. Hoje é o primeiro dia do resto das nossas vidas. *Gosti!*

Aos meus avós, por serem base de ensinamentos, carinho e determinação. Por serem abrigo e colo. Crescer convosco é o maior privilégio da vida.

Aos pais e à avó do Guilherme por me receberem sempre de braços abertos e por serem família, que significa tanto. Por todo o carinho e apoio diário.

Ao Pedro, ao Diogo e à Ana, por estarem até muito antes do início da viagem, por acreditarem e me incentivarem a ser a minha melhor versão, por serem os melhores amigos da

vida, que não estão sempre de corpo mas permanecem sempre de alma. Obrigada por serem sempre os braços para onde regresso, dê o mundo as voltas que der.

Ao André, ao Leo e ao Igor, pelos momentos felizes que proporcionam, por serem os amigos que fazem esquecer qualquer angústia, pelas longas conversas, pelas noites atípicas e tão especiais. Por serem alegria. Obrigada pela irmandade. Hoje brindamos!

À Raquel, à Soraia, ao André e ao Gonçalo, por não serem de longa data mas fazerem parecer. Por me ampararem. Por terem sido o abraço mais reconfortante quando no início desta viagem eu tinha bilhete para tão longe. Do Alentejo e do Gerês para a vida. Para onde e quando o próximo destino? Prometo disponibilidade!

À Magui, ao Rui, ao Miguel e à Sabrina, por terem sido uma surpresa tão bonita, por darem colo nos tempos mais incertos, pelas palavras amigas, pela energia e os risos tão contagiantes. Sou mais e melhor por vos ter.

À Andrea. Da capa negra para a vida. Pelo colo, motivação, cumplicidade e lealdade. Pela confiança e resiliência. Pelo amor. Pelas gargalhadas infinitas e as noites de (d)es(espe)tud(r)o. Coimbra ganhou outro sentido por fazeres parte.

À Raquel por ser o presente mais bonito destes dois anos, pela lealdade e confiança. Por ser sol em dias de chuva, por me fazer rir até doer a barriga. Por ser o modelo daquilo em que acredito. As palavras nunca farão jus ao quão especial és.

À Capela pela inteligência singular, pela assistência em momentos de crise, pela disponibilidade imediata e por me receber sempre de sorriso rasgado.

À Vanuza por ter sido uma colega excepcional ao longo deste ano, por sentir esta experiência como eu e por estar, agora, a viver esta vitória comigo. Eu disse-te que íamos conseguir... Conseguimos Van!

# ÍNDICE

<b>LISTA DE TABELAS E FIGURAS</b> .....	VII
<b>GLOSSÁRIO</b> .....	VIII
<b>RESUMO</b> .....	IX
<b>ABSTRACT</b> .....	X
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	11
<b>1.1. Prestação de cuidados formais a pessoas idosas</b> .....	11
<b>1.2. Saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas</b> .....	12
<b>1.3. Literacia em saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas</b> .....	14
<b>1.4. Avaliação da literacia em saúde mental</b> .....	15
<b>2. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	18
<b>2.1. Fase 1: Revisão da Literatura</b> .....	18
2.1.1. Método .....	18
2.1.2. Resultados .....	19
<b>2.2. Fase 2: Geração de itens</b> .....	21
2.2.1. Método .....	21
2.2.2. Resultados .....	21
<b>2.3. Fase 3: Reflexão falada</b> .....	26
2.3.1. Método .....	26
2.3.2. Resultados .....	27
<b>3. DISCUSSÃO</b> .....	40
<b>4. CONCLUSÕES</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	45

## **LISTA DE FIGURAS E TABELAS**

**Figura 1** – Etapas do desenvolvimento dos itens do LSMq CFI – secção cuidador

**Figura 2** – Geração de itens

**Figura 3** – Reflexão falada

**Tabela 1** – Questionários de avaliação de LSM desenvolvidos e/ou adaptados e validados para a população portuguesa

**Tabela 2** – Instrumentos de avaliação da LSM e de problemáticas de saúde prevalentes em cuidadores formais de pessoas idosas

**Tabela 3** – Matriz conceptual do desenvolvimento do LSMq CFI – secção cuidador

**Tabela 4** – Caracterização sociodemográfica dos participantes da reflexão falada

**Tabela 5** – Versão preliminar dos itens do LSMq CFI – secção cuidador

**Tabela 6** – Distribuição do número de itens por dimensão e problemática

## **GLOSSÁRIO**

**ABVD** – Atividades básicas da vida diária

**ERPI** – Estrutura residencial para pessoas idosas

**LSM** – Literacia em saúde mental

**LSMq CFI - secção cuidador** – Questionário de literacia em saúde mental para cuidadores formais de pessoas idosas: secção cuidador

## RESUMO

O presente estudo está integrado no projeto “*Expanding Mental Health Literacy*” e teve como objetivo o desenvolvimento da versão preliminar dos itens de um novo questionário para avaliar os níveis de literacia em saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas, considerando as necessidades de saúde mental destes profissionais.

O estudo foi desenvolvido ao longo de três fases: 1) revisão de literatura, 2) geração de itens e 3) reflexão falada.

A revisão da literatura permitiu identificar os problemas de saúde mental mais associados à prestação de cuidados formais a pessoas idosas, as principais dimensões do construto de literacia em saúde mental em adultos, bem como exemplos de itens para avaliação deste construto.

A geração de itens a partir da revisão da literatura, seguiu a matriz conceptual desenvolvida entre as dimensões da LSM e os principais problemas de saúde mental associados à prestação de cuidados formais a pessoas idosas. Neste processo, realizaram-se reuniões de brainstorming e consulta de especialistas.

A última fase consistiu na reflexão falada dos itens gerados, com cinco cuidadores formais de pessoas idosas. Esta fase permitiu avaliar a compreensão dos itens, conduzindo a reformulações em alguns e ao desenvolvimento de novos itens.

O principal resultado deste estudo foi o desenvolvimento de 113 itens que constituirão a versão experimental do LSMq CFI – secção cuidador.

**Palavras-chave:** questionário; literacia em saúde mental; cuidadores formais; pessoas idosas; problemas de saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas.

## **ABSTRACT**

This study is part of the “Expanding Mental Health Literacy” project, and it aimed to develop a preliminary version of the items of a new questionnaire to assess mental health literacy in formal caregivers of elderly people, considering the mental health needs of these workers.

The study followed three phases: 1) literature review, 2) item generation and 3) think aloud procedure.

The literature review identified the mental health problems most associated with the provision of formal care to older people, the main dimensions of the adult mental health literacy construct, as well as examples of items to assess this construct.

The generation of items followed the conceptual matrix drawn between the dimensions of the LSM and the main mental health problems associated with the provision of formal care to elderly people, using brainstorming meetings and expert review.

The last phase consisted of a think aloud procedure with five formal caregivers of elderly people, which allowed to assess item comprehension, resulting in the reformulation of some items and the development of new items.

The main result of this study was the development of 113 items that will integrate the LSMq CFI– caregiver section.

**Keywords:** questionnaire; mental health literacy; formal caregivers; elderly people; mental health problems of formal caregivers of elderly people.

# 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1.1. Prestação de cuidados formais a pessoas idosas

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescente envelhecimento demográfico, tornando-se a prestação de cuidados a pessoas idosas um importante desafio para as sociedades, principalmente, a nível europeu. Segundo Lage e Araújo (2014), as pessoas idosas são, tradicionalmente, cuidadas pelas suas famílias. No entanto, com a alteração das estruturas familiares (e.g., alteração do papel social da mulher; alteração das configurações laborais – maior imprevisibilidade de horários, trabalho por turnos e trabalho por objetivos; migração do meio rural para o meio urbano), a procura de cuidados de saúde e de apoio social para as pessoas idosas tem aumentado progressivamente (Guerra et al., 2019) tornando-se, cada vez mais, fundamental o papel dos cuidadores formais.

Entende-se por cuidador formal<sup>1</sup>, o profissional que assume formalmente o exercício de uma profissão, a quem se exigem competências, conhecimentos e capacidades específicas, necessárias para o desempenho do seu papel com aptidão e sensibilidade, providenciando o apoio necessário ao indivíduo de quem cuida, seja em contexto domiciliário ou institucional, sendo remunerado pela sua prestação (Oliveira et al., 2007; Pereira et al., 2014; Sequeira, 2018). Os cuidadores formais de pessoas idosas exercem funções de assistência às necessidades humanas, essencialmente ao nível das atividades básicas da vida diária (ABVD) associadas ao autocuidado e à sobrevivência (e.g., alimentação, higiene) (Carmona-Torres et al., 2019; Dias et al., 2015; Machado, 2014).

A maioria dos cuidadores formais de pessoas idosas são do sexo feminino (e.g., Altamirano & Sepúlveda, 2020; Manuel et al., 2020; Pereira & Marques, 2014; Pinheira & Beringuilho, 2017), variando a sua idade, entre os 20 anos e os 65 anos (a idade predominante é, em média, de aproximadamente 50 anos) (e.g., Manuel et al., 2020; Pereira & Marques, 2014; Pinheira & Beringuilho, 2017). Estes cuidadores tendem a apresentar um baixo índice de escolaridade possuindo, maioritariamente, o ensino básico (e.g., Manuel et al., 2020; Pereira & Marques, 2014; Pinheira & Beringuilho, 2017).

Cuidar de uma pessoa idosa institucionalizada poderá implicar riscos para a saúde do cuidador formal, quer físicos (e.g., lesões músculo-esqueléticas e pressão arterial elevada), quer psicológicos, que poderão ser superiores ou inferiores, consoante as características da pessoa

---

<sup>1</sup> Ao longo desta dissertação, a referência a cuidadores e a prestação de cuidados, está relacionada com a prática formal de cuidados a pessoas idosas.

idosas (e.g., grau de dependência, doença crónica) e as do próprio cuidador (e.g., tempo de experiência, formação profissional) (Akpunne, 2015; Barbosa et al., 2011; Cuéllar-Flores et al., 2012; Oliveira et al., 2007).

## **1.2. Saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas**

Segundo Altamirano e Sepúlveda (2020), a prestação de cuidados formais envolve tarefas emocionalmente exigentes, que poderão influenciar negativamente o bem-estar do cuidador podendo surgir sintomatologia depressiva, ansiosa, níveis de stress elevados, bem como perturbações de ansiedade e depressão e síndrome de *burnout* (e.g., Azevedo et al., 2010; Duffy et al., 2009; Figueiredo et al., 2012; Martins et al., 2019; Miyamoto et al., 2010; Neto et al., 2015; Pelissier et al., 2015; Ribeiro et al., 2008; Sousa, 2011; Testad et al., 2010; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2007).

Diferentes fatores poderão condicionar a qualidade da prestação de cuidados, nomeadamente as características do próprio contexto laboral, tais como: a elevada carga horária, a inflexibilidade de horário, os salários reduzidos e perspectiva limitada de progressão na carreira (e.g., Iordanou et al., 2009; Khalaf et al., 2009; Özçakar et al., 2012; Zhang et al., 2011). Neste ponto, importa salientar que a menor preparação para prestar cuidados formais tem sido apontada pela literatura como sendo um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psicológicas nos cuidadores (e.g., Engström et al., 2011; Lucchetti et al., 2014).

O tratamento despersonalizado das pessoas idosas (e.g., Griffiths et al., 2018) tem, também, sido associado à experiência de sobrecarga do cuidador formal. Da mesma forma, o contacto constante com o sofrimento, com a dor e com a morte (Griffiths et al., 2018) e, conseqüentemente, o luto (e.g. Anderson & Ewen, 2011; Manuel et al., 2020) constituem-se como problemas que afetam o bem-estar do cuidador e, subseqüentemente, a prestação de cuidados.

Para além das exigências físicas e psicológicas da prestação de cuidados formais e dos aspetos contextuais anteriormente referidos, as crenças, os estereótipos e as representações sociais que os cuidadores detêm sobre si próprios, sobre a prestação de cuidados e sobre as pessoas idosas, também têm impacto na sua saúde mental e, conseqüentemente, na qualidade das funções prestadas (Rodrigues, 2014). Níveis reduzidos de conhecimento sobre saúde mental podem resultar na crença de que o papel do cuidador é complicado, caótico e de que não é possível realizar uma gestão da exaustão emocional percebida pelo próprio, potenciando estratégias de *coping* mal adaptativas, que favorecem os aspetos negativos da prestação de

cuidados e promovem o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *burnout* (Barbosa et al., 2011; Childers, 2019; Cooper et al., 2007; Hazelhof et al., 2016; Mitchell & Pössel, 2017). Soltys e Tyburski (2020) concluíram que a crença dos cuidadores de que as suas práticas são inúteis está associada a uma experiência subjetiva de maior *stress* e, portanto, a uma menor tolerância. Childers (2019) concluiu que os cuidadores capazes de construir e atribuir um significado positivo às suas ações, recorrem a estratégias de *coping* mais adaptativas e têm maior motivação para ultrapassar as dificuldades, nomeadamente em situação de *burnout*.

Os recursos pessoais, tais como a atribuição de significado, a autoeficácia, o suporte social, familiar e institucional têm um papel fundamental na redução da sobrecarga percebida pelo cuidador, sendo importantes preditores de saúde nos cuidadores formais (Rong et al., 2020; Soltys & Tyburski, 2020). Em muitos casos, os cuidadores possuem crenças espirituais e religiosas que os auxiliam a enfrentar os desafios do seu trabalho, vivenciando as situações com menor *stress*, melhor qualidade de vida, esperança, otimismo e gratidão (e.g., Koenig, 2012; Morano & King, 2005). Nestes casos, existe menor prevalência de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *burden* e um envolvimento positivo entre cuidador e pessoa idosa (e.g., Agorastos et al., 2014; Koenig, 2012; Lucchetti et al., 2014; Peres et al., 2018), funcionando a espiritualidade e a religião como estratégia de *coping* adaptativas (e.g., Koenig, 2012; VanderWeele et al., 2017).

Geralmente, os cuidadores priorizam o bem-estar da pessoa idosa de quem cuidam, em prol do seu próprio bem-estar (Griffiths et al., 2018; Tatangelo et al. 2018). Ao não reconhecer ou valorizar as próprias dificuldades, os cuidadores tendem a não procurar ajuda e a não desenvolver estratégias de autoajuda para aliviar o seu mal-estar (Colomé et al., 2011; Cuéllar-Flores et al., 2012; Diniz et al., 2018; Guedes, 2014). Neste ponto, também é importante salientar que, muitas vezes, as instituições desvalorizam as necessidades emocionais dos seus colaboradores, investindo pouco na formação contínua e ajustada às problemáticas inerentes ao envelhecimento e ao processo de cuidar (Guedes, 2014; Soltys & Tyburski, 2020).

Do exposto, a promoção da literacia em saúde mental (LSM), um construto elementar para a promoção de saúde mental e prevenção de problemas de saúde mental, assume especial relevância na população de cuidadores formais de pessoas idosas.

### 1.3. Literacia em saúde mental de cuidadores formais de pessoas idosas

O conceito de literacia em saúde mental surgiu como extensão da conceptualização de literacia em saúde, em 1997, por Jorm e colaboradores, sendo definido como os “conhecimentos e crenças sobre perturbações mentais, que ajudam o seu reconhecimento, gestão ou prevenção” (p. 182). Este conceito integra diferentes componentes, nomeadamente: a) “a capacidade para reconhecer perturbações específicas ou diferentes tipos de mal-estar psicológico; b) conhecimentos e crenças relativos a fatores de risco e causas; c) conhecimentos e crenças sobre intervenções de autoajuda e ajuda profissional disponível; d) atitudes que viabilizam o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; e e) conhecimento de como aceder a informações adequadas de saúde mental” (Jorm, 2000, p. 396). Em 2012, foi acrescentado um novo componente ao conceito de LSM, que diz respeito à “capacidade de fornecer suporte a alguém que tem um problema de saúde mental” (p. 231) que, segundo Dias et al. (2018) diz respeito a competências de primeira ajuda. Por conseguinte, a LSM não se circunscreve apenas a conhecimentos, mas também a atitudes e a intenções comportamentais relacionadas com a saúde mental; não se centra apenas em estratégias e comportamentos centrados no próprio, mas também na ajuda a prestar aos outros (Tay et al., 2018; Vasconcelos, 2016).

Níveis elevados de LSM estão associados à identificação precoce e ao reconhecimento de sintomas associados aos problemas de saúde mental, aumentando o reconhecimento da necessidade da procura de ajuda (Jung et al., 2016). Os cuidadores formais, ao procurarem ajuda adequada assim que reconhecem os seus sintomas, poderão prevenir a evolução de problemas de saúde mental (White & Casey, 2017).

A LSM está positivamente relacionada com o suporte social (Jung et al., 2017), desempenhando um papel significativo na redução dos efeitos negativos de situações de maior sobrecarga, sendo considerado um recurso importante para melhorar a funcionalidade do cuidador formal (Soltys & Tyburski, 2020). Cuidadores formais que possuem LSM estão mais aptos a fornecer ajuda ao outro – colega ou o recetor de cuidados (White & Casey, 2017).

Aumentar os níveis de LSM em cuidadores formais é fundamental para o desenvolvimento de estratégias de *coping* mais adaptativas, contribuindo para o desenvolvimento de uma comunidade de cuidadores atenta e disponível na resposta às necessidades da pessoa idosa, dos colegas e de si próprio (Jung et al., 2017; Mehrotra et al., 2018; Mumbauer-Pisano & Barden, 2020; Phillipson et al., 2015; White & Casey, 2017).

#### 1.4. Avaliação da literacia em saúde mental

Ao longo das últimas décadas foram desenvolvidos diferentes instrumentos de avaliação da literacia em saúde mental e de construtos próximos (e.g., estigma), em diversos países (e.g., Austrália, Reino Unido, Canadá, China, Índia, Portugal) e destinados a diferentes populações-alvo.

Numa revisão realizada por Wei et al. (2016), foram identificados 15 questionários<sup>2</sup> centrados na avaliação dos conhecimentos sobre saúde mental em geral e sobre perturbações mentais específicas (e.g., depressão, esquizofrenia, ansiedade e perturbação de hiperatividade com défice de atenção). Os questionários variaram no seu formato de resposta – escolha múltipla, resposta *likert*, *error-choice items*<sup>3</sup>, respostas dicotómicas (e.g., verdadeiro ou falso, sim ou não) e preenchimento de resposta escrita – destinando-se a diferentes públicos-alvo (membros da comunidade, cuidadores informais, polícias, profissionais de saúde mental, alunos, atletas, emigrantes e professores).

Em 2017, Wei et al., identificaram 24 estudos nos quais eram descritas as propriedades psicométricas de 12 questionários<sup>4</sup>, que avaliam especificamente a componente da LSM – procura de ajuda – em diferentes públicos-alvo (alunos, membros da comunidade, pacientes, pais, atletas e indivíduos de religião católica). Em 2018, os mesmos autores, identificaram 117 estudos nos quais eram descritas as propriedades psicométricas de 101 questionários<sup>5</sup>, que avaliam especificamente o estigma sobre problemas de saúde mental, em diferentes públicos-

---

<sup>2</sup> *Knowledge about Schizophrenia Questionnaire (KASQ); Knowledge Questionnaire on Home Care of Schizophrenics (KQHS); Knowledge about Schizophrenia Test (KAST); Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test (MC-KOMIT); Mental Health Knowledge Schedule (MAKS); Depression Multiple Choice Question (MCQ); Depression Literacy (D-Lit); Anxiety Literacy Questionnaire (A-Lit); Test of Knowledge About ADHD (KADD); Knowledge about Depression and Mania Inventory (KDMI); Mental Health Literacy Scale (MHLS); Journey of Hope (JOH) Outcome Survey; Knowledge of Mental Disorders (KMD); Adolescent Depression Knowledge Questionnaire (ADKQ); Mental health disorder recognition questionnaire (MDRQ) e Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ).*

<sup>3</sup> Itens de escolha múltipla em que todas as alternativas estão incorretas – os respondentes tendem a selecionar alternativas erróneas consistentes com a sua atitude perante determinada dimensão (American Psychological Association, s.d.).

<sup>4</sup> *Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help Scale (ATSPPH); Attitudes Toward Help-Seeking Scale (ATHSS) Chinese version; General Help Seeking Questionnaire (GHSQ); Intention of Seeking Counseling Inventory (ISCI); Help Seeking Intentions (HAS); The New Inventory of Attitudes Toward Seeking Mental Health Services (IASMHS); Help-Seeking Attitude Scale (HSAS); Mental Health Literacy Scale (MHLS); Jorm Mental health literacy survey (items on attitudes/beliefs toward treatment) (Jorm MHL); Scale of Attitudes Toward Seeking Psychological Help for Secondary Students (ASPH-S); Help Seeking Acceptability (HAS) e Parental Attitudes Toward Psychological Services Inventory (PATPSI).*

<sup>5</sup> e.g., *Self-reported prejudiced attitudes (SRPA); Peer Mental Health Stigmatization scale (PMHSS); Depression Stigma scale (DSS)/PPSS; Generalized Anxiety Stigma scale (GASS); Beliefs toward Mental Illness (BMI); Self-Esteem and Stigma Questionnaire (SE/SQ); Attitudes to Mental Illness Questionnaire (AMID); Attitudes to Severe Mental Illness (ASMI); Beliefs and attitudes toward people diagnosed with psychosis (BAP); Adolescent Attitudes toward Serious Mental Illness (ATSMI-AV).*

alvo (indivíduos com perturbação mental e os seus companheiros ou cuidadores, membros da comunidade, profissionais de saúde e funcionários, estudantes universitários, polícias, atletas e militares).

Numa revisão de questionários de avaliação de LSM, os autores O'Connor et al. (2014) identificaram 13 instrumentos de avaliação de LSM para adultos, jovens adultos, crianças e grupos específicos (polícias, estudantes universitários e profissionais de emergência médica). Os questionários eram de autorrelato com diferentes tipos de formato de resposta: escolha múltipla, resposta *likert*, respostas dicotómicas (verdadeiro ou falso, sim ou não) e vinhetas clínicas.

Em Portugal, foi possível identificar cinco questionários de avaliação da LSM, que foram desenvolvidos e/ou adaptados e validados para a população portuguesa (Tabela 1). Os questionários variam no seu formato de resposta (reposta *likert* e vinhetas clínicas), destinando-se a jovens e jovens adultos, com idades entre os 10 e os 25 anos, à exceção da Escala de Literacia em Saúde Mental (Rocha, 2017) que se destina à população geral acima dos 16 anos de idade.

**Tabela 1**

*Questionários de avaliação de LSM desenvolvidos e/ou adaptados e validados para a população portuguesa*

Autor(es)	Medida/Estudo	Tipo de instrumento	População	Amostra (N)	Idade	
Loureiro (2015)	Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas	Autorrelato e vinhetas clínicas	Jovens	4.938	14-24 anos	
Campos et al. (2016)	Questionário de Literacia em Saúde Mental	Estudo 1	Autorrelato (resposta <i>likert</i> )	Jovens	239	12-15 anos
		Estudo 2	Autorrelato (resposta <i>likert</i> )	Jovens	737	11-17 anos
Rocha (2017)	Escala Literacia em Saúde Mental	Autorrelato (resposta <i>likert</i> )	População geral	337	> 16 anos	

Rosa (2018)	Literacia em saúde mental em adolescentes. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação: MentaHLiS	Vinhetas clínicas	Jovens	757	10-18 anos
Dias et al. (2018)	Literacia em saúde mental em jovens adultos: adaptação e estudo das propriedades psicométricas do Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq)	Autorrelato (resposta <i>likert</i> )	Jovem adulto	356	18-25 anos

Dos questionários desenvolvidos e/ou adaptados para a população portuguesa, constata-se que nenhum permite a avaliar as necessidades específicas dos cuidadores formais, ao nível da LSM, estando mais centrados em questões de saúde mental gerais e em grupos etários mais jovens.

Do exposto, não parece existir na literatura nacional e internacional uma medida que permita avaliar a LSM de cuidadores formais e, mais especificamente, de pessoas idosas (O'Connor & Casey, 2015; Spiker & Hammer, 2019; Tay et al., 2018; Yuen et al., 2018). Considerando os problemas de saúde mental dos cuidadores formais, abordados anteriormente (e também dos da pessoa idosa), bem como das necessidades específicas de LSM deste público-alvo, torna-se pertinente o desenvolvimento de um questionário de LSM para cuidadores formais, que avalie por um lado 1) as questões de saúde mental centradas em si próprio; e, por outro lado, 2) as questões de saúde mental centradas na pessoa idosa cuidada.

O presente estudo tem como principal objetivo 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 dos cuidadores<sup>6</sup>.

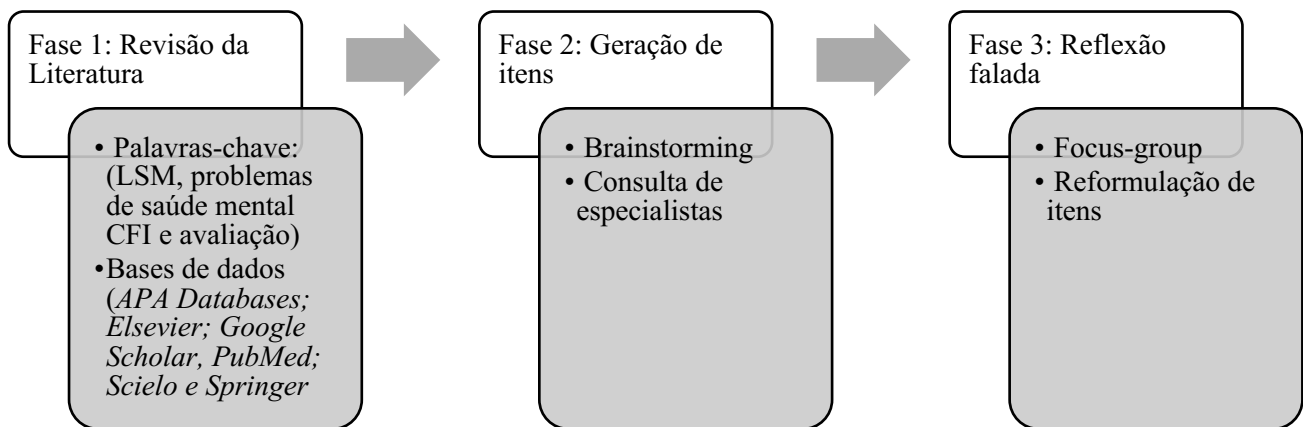
<sup>6</sup> Em paralelo a esta dissertação, está a decorrer um estudo que foca nos níveis de LSM do cuidador formal relativamente à pessoa idosa a quem presta cuidados.

## 2. ESTUDO EMPÍRICO

O desenvolvimento dos itens do “LSMq cuidadores formais de pessoas idosas (LSMq CFI) - secção cuidador”, compreendeu três fases: 1) revisão da literatura; 2) geração de itens; e 3) reflexão falada. Cada uma das fases contemplou diferentes etapas, apresentadas na Figura 1.

**Figura 1**

*Etapas do desenvolvimento dos itens do LSMq CFI: Secção Cuidador*



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

### 2.1. Fase 1: Revisão da Literatura

#### 2.1.1. Método

A primeira fase correspondeu a uma revisão da literatura teórica e empírica considerando a temática da literacia em saúde mental (e.g., Campos et al. 2016; Dias et al. 2018; Jorm, 2000; Jorm 2012) e os problemas de saúde mental com maior prevalência em cuidadores formais de pessoas idosas. Esta revisão considerou as seguintes palavras-chave: literacia em saúde mental; cuidadores formais de pessoas idosas; questionários de literacia em saúde mental; questionários de avaliação de componentes específicos da LSM (e.g., estratégias de autoajuda, estereótipos, atitudes na procura de ajuda); e perturbações mentais em cuidadores

formais de pessoas idosas<sup>7</sup>. Estas palavras-chave foram pesquisadas em seis bases de dados: *APA Databases; Elsevier; Google Scholar, PubMed; Scielo e Springer*.

Os artigos foram revistos de acordo com os seguintes critérios de inclusão iniciais: a) artigos publicados em inglês e português e b) artigos publicados entre 2000 e 2021. Nesta análise foram, em seguida, priorizados os artigos de meta análise e de revisão sistemática da literatura, bem como os referentes a estudos realizados com amostras de adultos. Nos artigos referentes a instrumentos de avaliação, foram considerados ainda critérios de fiabilidade (e.g., alfa de Cronbach) relativos às propriedades psicométricas dos instrumentos. Os artigos foram selecionados, tendo por base a leitura dos resumos, a sua pertinência e a adequação aos objetivos deste estudo.

### 2.1.2. Resultados

A revisão da literatura permitiu identificar os problemas de saúde mental mais associados à prestação de cuidados formais a pessoas idosas, as principais dimensões do construto de LSM em adultos, bem como exemplos de itens para avaliação deste construto.

Quanto aos *problemas de saúde mental mais prevalentes em cuidadores formais a pessoas idosas*, foram identificadas as perturbações de ansiedade e de depressão, a síndrome de *burnout* e a problemática do luto (e.g., Anderson & Ewen, 2011; Azevedo et al., 2010; Duffy et al., 2009; Figueiredo et al., 2012; Martins et al., 2019; Miyamoto et al., 2010; Neto et al., 2015; Pelissier et al., 2015; Ribeiro et al., 2008; Sousa, 2011; Testad et al., 2010; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sánchez, 2007).

No que diz respeito às *principais dimensões do construto de LSM*, tendo como base o conceito de LSM de Jorm (2012) e o questionário LSMq para jovens adultos (Dias et al., 2018), foram consideradas as seguintes quatro dimensões para organizar os itens: 1) conhecimentos de problemas de saúde mental; 2) crenças ou estereótipos; 3) competências de primeira ajuda e de procura de ajuda; e 4) estratégias de autoajuda. Estas dimensões foram consideradas como premissa para o desenvolvimento e adequação das fases subsequentes.

Relativamente a *exemplos de itens para a avaliação deste construto*, foram examinados 13 questionários (Tabela 2). Destes, sete centravam-se na LSM de forma geral e com referências a diferentes problemas de saúde mental (Compton et al., 2011; Dias et al., 2018; Evans-Lacko et al., 2010; O'Connor & Casey, 2015; Jung et al., 2016; Loureiro, 2015; Wang

---

<sup>7</sup> Para a seleção das palavras-chave foi ainda considerada a avaliação de necessidades de saúde mental de cuidadores formais, realizada pela equipa de investigação em contexto de uma ERPI.

et al., 2013); três questionários focavam-se na LSM em relação a problemas de saúde mental específicos – depressão e ansiedade (Gabriel & Violato, 2009; Gulliver et al., 2012; Griffiths et al., 2004); dois questionários avaliavam as experiências de luto (Delalibera et al., 2011; Frade et al., 2009); e, por último, um questionário avaliava a síndrome de *burnout* (Fonte, 2011).

**Tabela 2**

*Instrumentos de avaliação da LSM e de problemáticas de saúde prevalentes em cuidadores formais de pessoas idosas*

Domínio de avaliação	Autor/ano	Instrumento
LSM geral	Compton et al. (2011)	<i>Multiple-Choice Knowledge of Mental Illnesses Test</i> (MC-KOMIT)
	Dias et al. (2018)	Questionário literacia em saúde mental – jovem adulto (LSMq- jovem adulto)
	Evans-Lacko et al. (2010)	<i>Mental Health Knowledge Schedule</i> (MAKS)
	O’Connor & Casey (2015)	<i>Mental Health Literacy Scale</i> (MHLS)
	Jung et al. (2016)	<i>Knowledge-oriented Mental Health Literacy</i>
	Loureiro (2015)	Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental (QuALiSMental)
	Wang et al. (2013)	<i>Mental Health Knowledge Questionnaire</i> (MHKQ)
LSM depressão e ansiedade	Gabriel & Violato (2009)	<i>Knowledge of depression MCQ Test</i>
	Griffiths et al. (2004)	<i>Depression Literacy questionnaire</i> (D-Lit)
	Gulliver et al. (2012)	<i>Anxiety Literacy questionnaire</i> (A-Lit)
Experiência de luto Síndrome de burnout	Delalibera et al. (2011)	Instrumento de Avaliação da Perturbação de Luto Prolongado
	Frade et al. (2009)	Inventário de Luto Complicado (ICG)
	Fonte (2011)	Copenhagen Burnout Inventory – Versão portuguesa (CPI-PT)

## 2.2. Fase 2: Geração de itens

### 2.2.1. Método

A segunda fase consistiu na geração de itens a partir da revisão da literatura, seguindo o cruzamento entre as quatro 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 os quatro problemas de saúde mental associados à prestação de cuidados formais a pessoas idosas – ansiedade, depressão, síndrome de *burnout* e luto marginalizado.

Neste processo, realizaram-se reuniões de *brainstorming* com a equipa de investigadores, bem como a consulta de especialistas em psicometria. Foram realizadas seis reuniões de *brainstorming* centradas na revisão dos itens que estavam a ser gerados e sua uniformização da estrutura (e.g., estrutura frásica, tempos verbais, vocabulário). Foram realizadas duas reuniões de consulta com duas especialistas, doutoradas em Psicologia e investigadoras em psicometria, que tiveram como objetivos 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.

### 2.2.2. Resultados

No início da fase dois, foram gerados 249 itens.

No decorrer deste processo – reuniões de *brainstorming* e consulta de especialistas - foram tomadas diversas decisões relativamente aos itens, nomeadamente: 1) itens que abordassem problemáticas mais prevalentes em cuidadores formais (depressão, ansiedade, *burnout* e luto marginalizado), ou questões gerais sobre saúde mental; 2) itens relativos a sintomas, causas, curso ou intervenção; 3) divisão da dimensão “competências de primeira ajuda e procura de ajuda” em duas (“competências de primeira ajuda” e “procura de ajuda”) – considerando que as dimensões podem ser avaliadas separadamente e tendo como objetivo a geração de itens que permitissem avaliar convenientemente estas duas dimensões; 4) eliminação da dimensão “crenças ou estereótipos”, gerando-se itens em sentido inverso (revelando crenças erradas ou estereótipos) nas dimensões consideradas; 5) formulação dos itens considerando a identificação de possibilidades ou intenções (e.g., substituir “Se eu me sinto triste (...)” por “Se eu me sentisse triste (...)”); 6) estabelecimento do tipo de escala de resposta - escala de *likert* de concordância de cinco pontos – este formato de cinco pontos,

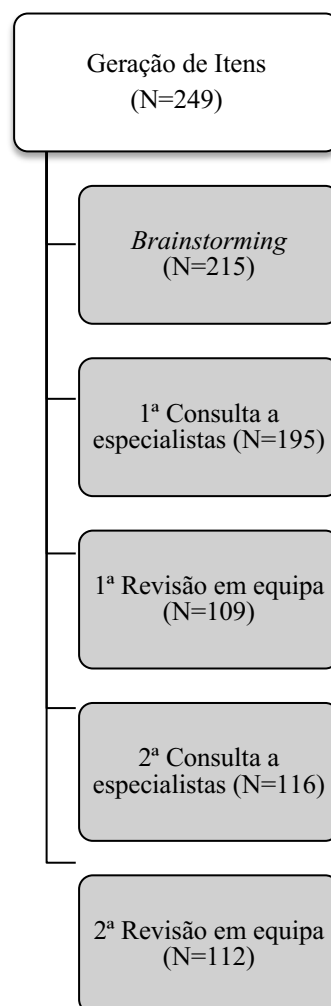
possibilita uma resposta intermédia, que pode corresponder efetivamente à perceção dos sujeitos respondentes, para além de que permite respostas entre os polos, através de um continuum (e.g., concordo - discordo) (Nemoto & Beglar, 2014); 7) a linguagem técnica deveria ser ajustada para linguagem simples e facilitadora de compreensão para o público alvo (e.g., substituição de “perturbação mental” por “problema de saúde mental”).

Para além das decisões anteriores, foi ainda definido que o número de itens deveria ser, o mais possível, equivalente entre todas as dimensões.

Ao longo deste processo, os itens foram revistos, reformulados e, no caso de conteúdos redundantes, eliminados, resultando num total de 112 itens. A Figura 2 descreve a evolução do número de itens ao longo da fase dois.

## Figura 2

### *Geração de itens*



No final da fase 2, com base no cruzamento da revisão de literatura com a geração de itens e a consulta a especialistas, foi possível consolidar uma matriz conceptual (Tabela 3) que cruza as dimensões do construto de LSM – 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental; 2) competências de primeira ajuda; 3) procura de ajuda e 4) estratégias de autoajuda – e os problemas de saúde mental mais prevalentes na população em estudo – depressão, ansiedade, síndrome de *burnout* e luto.

**Tabela 3***Matriz conceptual do desenvolvimento do LSMq CFI – secção cuidador*

Dimensões Problemas	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Competências de primeira ajuda	Procura de ajuda	Estratégias de autoajuda
<i>Ansiedade</i>	Capacidade para reconhecer a ansiedade, bem como os conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco, as causas e as intervenções mais adequadas para a ansiedade.		Atitudes e crenças que promovem a procura de ajuda adequada, bem como conhecimentos sobre as diferentes formas de obter informação relevante sobre a ansiedade.	Conhecimentos e crenças sobre estratégias que permitem gerir, autonomamente, as dificuldades resultantes da ansiedade.
<i>Depressão</i>	Capacidade para reconhecer a depressão, bem como os conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e as causas e as intervenções mais adequadas para a depressão.		Atitudes e crenças promovem a procura de ajuda adequada, bem como conhecimentos sobre as diferentes formas de obter informação relevante sobre a depressão.	Conhecimentos e crenças sobre estratégias que permitem identificar e gerir, autonomamente, as dificuldades resultantes da depressão.
<i>Burnout</i>	Capacidade para reconhecer a síndrome de <i>burnout</i> , bem		Atitudes e crenças que promovem a procura de ajuda	Conhecimentos e crenças sobre estratégias que

Dimensões Problemas	Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Competências de primeira ajuda	Procura de ajuda	Estratégias de autoajuda
	como os conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e as causas da síndrome de <i>burnout</i> .		adequada, bem como conhecimentos sobre as diferentes formas de obter informação relevante sobre a síndrome de <i>burnout</i> .	permitem identificar e gerir, autonomamente, as dificuldades resultantes da síndrome de <i>burnout</i> .
Luto	Capacidade para reconhecer processo de luto, bem como os conhecimentos e crenças sobre os fatores de risco e as causas do luto.		Atitudes e crenças que promovem a procura de ajuda adequada, bem como conhecimentos sobre as diferentes formas de obter informação relevante sobre o luto.	Conhecimentos e crenças sobre estratégias que permitem identificar e gerir, autonomamente, as dificuldades resultantes do luto.
Questões gerais de saúde mental em contexto profissional		Capacidade para fornecer suporte ou ajuda a um colega cuidador que tem um problema de saúde mental, bem como crenças que prejudicam a capacidade para a ajuda.		Conhecimentos sobre estratégias de autoajuda que permitem identificar e gerir, autonomamente, as dificuldades em contexto profissional.

## 2.3. Fase 3: Reflexão falada

### 2.3.1. Método

A terceira fase consistiu num procedimento de reflexão falada.

Doze cuidadores formais de duas ERPI foram convidados a participar na reflexão falada, procurando-se diversidade de género e idade, área e tempo de experiência profissional. Nesse contacto, foram apresentados os objetivos e o procedimento da reflexão falada, assegurando-se a confidencialidade deste processo e o anonimato dos dados recolhidos.

Participaram cinco cuidadores formais de pessoas idosas de duas Estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), com idades compreendidas entre 25 e os 57 anos (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Caracterização sociodemográfica dos participantes da reflexão falada*

Participantes	Idade	Género	Categoria Profissional	Habilitações Escolares	Número de anos de experiência profissional*
1	25	Feminino	Animação Sociocultural	12º ano	5 anos
2	46	Masculino	Animação Sociocultural	12º ano	1 ano
3	46	Feminino	Animação Sociocultural	Licenciatura	20 anos
4	55	Feminino	Auxiliar de Enfermaria	4º ano	19 anos
5	57	Feminino	Auxiliar de Ação Direta	9º ano	23 anos

*Nota.*

\* Experiência profissional na área de prestação de cuidados a pessoas idosas.

A sessão de reflexão falada decorreu em formato híbrido (presencial e online, através da plataforma *zoom.us*), tendo em consideração as disponibilidades dos participantes, com a duração de duas horas.

A sessão iniciou com a apresentação do projeto de investigação e com os objetivos da reflexão, sendo explicitado o papel dos participantes e assegurada a confidencialidade e o anonimato dos resultados. Neste momento inicial foram recolhidos os dados sociodemográficos dos participantes (idade, género, categoria profissional, habilitações escolares e tempo de experiência na área), bem como o esclarecimento de dúvidas dos participantes. A equipa de investigação moderou a discussão em grupo, registou a informação recolhida e coordenou os participantes.

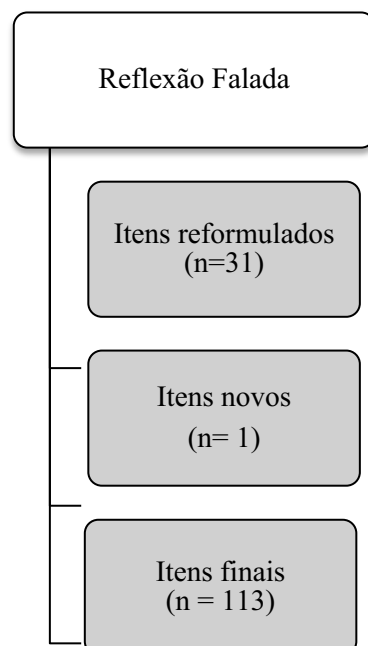
Foram apresentados 112 itens individualmente ao grupo de cuidadores e foi pedido que comentassem cada item, tendo em consideração a sua clareza (e.g., “compreenderam a frase?”), o modo como responderiam ao item, utilizando uma escala de concordância, bem como sugestões de melhoria dos itens (e.g., “mudaria alguma expressão/palavra?”; “seria útil fornecer um exemplo?”; “acrescentaria algum item ao questionário?”).

### 2.3.2. Resultados

Na Figura 3 encontram-se esquematizados os resultados decorrentes da reflexão falada.

**Figura 3**

*Reflexão falada*



Foram reformulados 31 itens (e.g., substituição da palavra “manifestação” por “sintoma”) e foi introduzido um novo item na dimensão “Conhecimentos sobre problemas de saúde mental” (“Insegurança na realização das tarefas profissionais é um sintoma de *burnout* (esgotamento profissional)”).

Esta fase permitiu alcançar um total de 113 itens (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Versão preliminar dos itens do LSMq CFI – secção cuidador*

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1 <sup>a</sup> ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
1. Dor no peito é um sintoma de ansiedade.*	1. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, encorajo-o/a a procurar ajuda de um psicólogo.	1. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p. ex., depressão, ansiedade), sei onde procurar informações credíveis.	1. Fazer atividades que deem prazer ajuda a lidar com a depressão.*
2. Respiração muito acelerada/descontrolada é um sintoma de ansiedade*	2. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, ouço/a com atenção.	2. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), sei onde procurar ajuda profissional.	2. Praticar exercício físico ajuda a lidar com a depressão.*
3. Depressão é um sinal de fraqueza.	3. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para "andar para a frente".	3. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro os serviços de apoio psicológico.	3. Criar pensamentos úteis e dizê-los a si próprio (p.ex., “isto é difícil, mas já passei por isto antes”) ajuda a lidar com a ansiedade.*

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
4. Fatores genéticos (p.ex., hereditariedade) são uma causa possível de depressão.	4. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para procurar ajuda de um profissional de saúde especializado.	4. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), tenho a certeza que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) é útil.*	4. Praticar yoga e/ou meditação/ atenção plena ajuda a lidar com a ansiedade.*
5. Acontecimentos de vida negativos (p.ex., perder um emprego) são uma causa possível de ansiedade.	5. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe perguntar como se sente.	5. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), sei onde procurar apoio especializado.	5. Praticar relaxamento ajuda a lidar com a ansiedade.*
6. Luto é uma causa possível de depressão.	6. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para não valorizar o problema até que melhore.	6. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um psicólogo.	6. Parar um pouco antes de começar o trabalho ajuda a lidar com a depressão.*

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
7. Alterações do sono (dormir demasiado ou dormir muito pouco) são um sintoma de ansiedade.*	7. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe atribuir tarefas de trabalho para o/a manter ocupado/a.	7. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um familiar.	7. Planear o trabalho com tempo ajuda a lidar com a ansiedade.*
8. Alterações do sono (dormir demasiado ou dormir muito pouco) são um sintoma de depressão.*	8. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo se o/a incentivar a praticar exercício físico.	8. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de amigos.	8. Cumprir as pausas previstas no trabalho ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).*
9. Fadiga/ cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.*	9. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, encorajo-o/a a procurar ajuda de um psiquiatra.	9. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um colega.	9. Consumir bebidas alcoólicas ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).*
10. Fadiga/ cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.*		10. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um psiquiatra.	10. Manter distância emocional na relação com o idoso de quem cuido

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
11. Falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas é um sintoma de depressão.	11. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um médico de família.	ajuda a não sofrer com a sua morte.*	11. Aceitar que o cansaço extremo faz parte do trabalho ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).*
12. Ansiedade não é um problema de saúde mental.	12. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda, penso que as pessoas ficam com uma opinião negativa sobre mim.*	12. Definir prioridades nas tarefas de trabalho ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).*	13. Realizar o trabalho mais devagar e com mais tempo ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).*
13. Irritabilidade é um sintoma de ansiedade.	13. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda, ninguém vai valorizar o que eu digo.	14. Procurar “desligar” do trabalho no fim do	
14. Preocupação excessiva é um sintoma de ansiedade.	14. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade)		

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
15. Agitação ou lentificação psicológica e/ou física são um sintoma de depressão.*	e procurar ajuda, quem sabe vai contar a outras pessoas.	15. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda, penso no que os outros poderão pensar sobre mim.*	turno ajuda a lidar com o burnout (esgotamento profissional).* 15. Fazer um ritual de despedida (p. ex., celebração religiosa em conjunto) é uma boa estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.
16. Burnout (esgotamento profissional) só acontece quando há demasiada carga horária no trabalho.*	16. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), não procuro ajuda porque nada me vai ajudar.	16. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), não procuro ajuda porque nada me vai ajudar.	16. Escrever uma carta a dizer o que não lhe consegui dizer é uma boa estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.
17. Sintomas físico (p.ex., cansaço excessivo,	17. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade)	17. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade)	17. Fazer uma homenagem é uma boa

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
<p>enxaqueca) são uma manifestação de burnout (esgotamento profissional).</p>		<p>e pedir ajuda a um/a colega, vão todos ficar a saber do meu problema.</p>	<p>estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.</p>
<p>18. Burnout (esgotamento profissional) só acontece quando existe demasiado stress familiar.</p>		<p>18. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e pedir ajuda a um/a colega, ele/a pode pensar que tenho dificuldades (p.ex., financeiras) para recorrer a um profissional.</p>	<p>18. Manter-me isolado durante muito tempo no contexto do meu trabalho é uma boa estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.</p>
<p>19. Irritabilidade ou impaciência com os colegas são um sintoma de burnout (esgotamento profissional).*</p>		<p>19. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda profissional, vou ter vergonha.</p>	<p>19. Manter uma relação emocional positiva com os idosos de quem cuido ajuda a lidar com a sua morte.</p>
<p>20. Falta de atenção e concentração são um sintoma de burnout (esgotamento profissional).*</p>		<p>20. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda profissional, não conto a ninguém.</p>	<p>20. Ser assertivo no meu local de trabalho (dizer aos outros o que penso, sem agressividade nem</p>

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
21. Alterações de memória são um sintoma de burnout (esgotamento profissional).*	21. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de um/a colega.	passividade) contribui para uma boa saúde mental.	21. Manter relações sociais positivas no meu local de trabalho (p.ex., com colegas) contribui para uma boa saúde mental.
22. Burnout (esgotamento profissional) só acontece quando existe má comunicação no trabalho.*	22. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de um familiar.	22. Passar algum tempo em contacto com a natureza contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	23. Ter bons hábitos de sono contribui para uma boa saúde mental no trabalho.
23. Insegurança na realização das tarefas profissionais é um sintoma de burnout (esgotamento profissional).**	23. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de amigos.		

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
24. Isolamento é um sintoma de burnout (esgotamento profissional).	24. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, sei onde procurar ajuda profissional.	24. Ter tempo de lazer com qualidade contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	
25. Ter tido uma relação próxima com um idoso, em contexto profissional, pode levar a uma experiência de luto difícil.	25. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de um psicólogo.	25. Encarar o meu trabalho como uma missão que me traz realização pessoal contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	
26. Medo excessivo é um sintoma de ansiedade.	26. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de um psiquiatra.	26. Ter uma dieta equilibrada contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	
27. Na depressão, a intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação.	27. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda do médico de família.	27. Praticar exercício físico regular contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	
28. Medicação ansiolítica (p.ex., tranquilizantes) é a	28. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu		

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
forma mais eficaz de tratar a ansiedade.		contexto de trabalho, "dar tempo ao tempo" é mais útil do que procurar ajuda profissional.	
29. Medicação antidepressiva é eficaz no tratamento de algumas manifestações de ansiedade.		29. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho e procurar ajuda, ninguém vai valorizar o que digo.	
30. Uma pessoa com ansiedade entra sempre em pânico nas situações de que tem medo.		30. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho e procurar ajuda profissional, vou ter vergonha.	
31. Depressão é rara em homens.		31. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, não acredito que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) seja útil.*	
32. É impossível para uma pessoa com depressão ter um bom desempenho profissional.		32. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda de amigos.	

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
33. Os sintomas de depressão melhoram imediatamente após o início da medicação.		33. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda de um colega.	
34. A morte é uma realidade do meu trabalho, por isso não faz sentido ficar muito triste quando morre um idoso de quem cuido.		34. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda de um familiar.	
35. Depressão não é um verdadeiro problema de saúde mental.		35. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda do médico de família.	
36. Só os familiares do idoso falecido passam por um processo de luto.		36. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda de um psiquiatra.	
		37. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), procuro ajuda de um psicólogo.	

Dimensão 1: Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Dimensão 2: Competências de 1ª ajuda	Dimensão 3: Procura de ajuda	Dimensão 4: Estratégias de ajuda
		38. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional) e procurar ajuda, vou ter vergonha.	
		39. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), não acredito que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) seja útil.*	
		40. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), não procuro ajuda porque o meu posto de trabalho pode ficar em risco.	
		41. Caso sinta mal-estar psicológico por burnout (esgotamento profissional), não procuro ajuda porque não há nada a fazer.	

*Nota.*

\* Item alterado.

\*\* Novo item.

A Tabela 6, descreve o número de itens distribuídos por dimensão e problemática.

**Tabela 6**

*Distribuição do número de itens por dimensão e problemática*

Dimensões Problemática	1		2		3		4		Total
	Itens	Inversos	Itens	Inversos	Itens	Inversos	Itens	Inversos	
Gerais	-	-	6	3	-	-	8	-	17
Ansiedade	9	3	-	-	-	-	4	-	16
Depressão	6	6	-	-	-	-	3	-	15
Ans e Dep*	-	-	-	-	11	9	-	-	20
Burnout	6	3	-	-	6	4	5	1	25
Luto	1	2	-	-	7	4	4	2	20
Total	22	14	6	3	24	17	24	3	113

*Nota.*

\* Na dimensão 3 (procura de ajuda), os itens referentes à problemática de ansiedade e depressão são os mesmos.

### 3. DISCUSSÃO

A evolução do paradigma da prestação de cuidados a pessoas idosas tem revelado consequências no bem-estar do cuidador formal, traduzindo-se em diferentes problemas de saúde mental (Altamirano & Sepúlveda, 2020). Numa perspetiva preventiva e remediativa, é importante o desenvolvimento de estratégias que promovam um nível superior de bem-estar, quer no cuidador, quer na pessoa idosa enquanto recetor de cuidados. Neste sentido, a LSM assume-se como um construto elementar para a promoção de saúde mental e prevenção de problemas de saúde mental nos cuidadores formais.

O presente estudo teve como objetivo principal o desenvolvimento da versão preliminar dos itens de um novo questionário para avaliar os níveis de LSM na população de cuidadores

formais de pessoas idosas, considerando as necessidades de saúde mental dos cuidadores. O estudo foi desenvolvido ao longo de três fases, seguindo as questionários (e.g., American Educational Research Association, 2014; Freire & Almeida, 2001; Hinkin, 1998; Netemeyer et al., 2003).

A primeira fase do estudo, correspondente à revisão de literatura teórica e empírica, permitiu a sistematização de informação, possibilitando o aprofundamento conceptual do construto e das necessidades dos cuidadores formais, orientando a fase posterior, de forma a operacionalizar a pesquisa, nas dimensões do conceito de LSM. A revisão de literatura permitiu identificar aos principais problemas de saúde mental em cuidadores formais de idosos, nomeadamente: ansiedade, depressão, síndrome de *burnout* e luto marginalizado (Anderson & Ewen, 2011; Azevedo et al., 2010; Duffy et al., 2009; Figueiredo et al., 2012; Martins et al., 2019; Miyamoto et al., 2010; Neto et al., 2015; Pelissier et al., 2015; Ribeiro et al., 2008; Sousa, 2011; Testad et al., 2010; Vicente & Oliveira, 2011; Zamora & Sanchéz, 2007) e as dimensões do conceito de LSM (Dias et al., 2018; Jorm, 2000; Jorm, 2012): conhecimentos sobre problemas de saúde mental; crenças erradas e estereótipos; competências de primeira ajuda e procura de ajuda; e estratégias de autoajuda.

Adicionalmente, a revisão de literatura viabilizou o estudo de outros instrumentos de avaliação, reforçando a pertinência do presente estudo, uma vez que não parece existir na literatura uma medida que permita avaliar a LSM de cuidadores formais de pessoas idosas (O'Connor & Casey, 2015; Spiker & Hammer, 2019; Tay et al., 2018; Yuen et al., 2018).

Desta forma, a metodologia e os resultados obtidos nesta primeira fase – revisão da literatura – contribuíram para o avanço para a geração de itens, de forma estruturada, com o desenvolvimento de uma matriz conceptual, que cruza as dimensões do construto de LSM e os principais problemas de saúde mental dos cuidadores formais.

A segunda fase do estudo – geração de itens – decorreu de uma listagem exaustiva de itens, que foram submetidos à apreciação da equipa de investigação, em reuniões de *brainstorming*, e consulta de especialistas em psicometria. O facto de, numa fase inicial, o número de itens ser elevado tem a vantagem de uma maior representatividade do construto a avaliar, diminuindo a probabilidade de, *a posteriori*, se obterem índices reduzidos de validade e fidelidade dos resultados (Freire & Almeida, 2001).

O questionário que será desenvolvido pretende não só avaliar os níveis de conhecimento em saúde mental, mas também atitudes e intenções comportamentais do cuidador formal, pelo que os itens foram construídos sob a forma de afirmação, optando-se por uma escala *likert* de cinco pontos. Este formato de cinco pontos, possibilitará uma resposta

intermédia, que pode corresponder efetivamente à realidade dos sujeitos respondentes, para além de permitir respostas entre os polos, através de um continuum (e.g., concordo - discordo) (Nemoto & Beglar, 2014).

Procurou-se que cada item estivesse escrito numa linguagem simples e fácil de entender, de modo que o significado do item fosse claro para os cuidadores formais, permitindo a compreensão do que é desejado medir para, assim, ser evitada a contaminação da variância irrelevante do construto, produzida por variáveis contextuais que influem na resposta (Nemoto & Beglar, 2014). Outro aspeto considerado no desenvolvimento dos itens, relacionou-se com a questão de itens formulados inversamente. O recurso a itens formulados na negativa ou de forma inversa, impulsiona no respondente o juízo crítico, conduzindo um envolvimento cognitivo e concentração superiores e a uma maior probabilidade de responder com veracidade, minimizando o viés de resposta (Croasmun & Ostrom, 2011; Freire & Almeida, 2001). Para este efeito, foram gerados itens inversos, representados por crenças e estereótipos, em todas as dimensões.

De acordo com a literatura, a consulta a especialistas é de extrema importância na geração de itens (American Educational Research Association, 2014; Freire & Almeida, 2001). No caso do presente estudo, refletiu-se através da experiência prévia de cada uma no desenvolvimento e validação de instrumentos. Este domínio da psicometria, informou sobre questões na elaboração dos itens (e.g., equilíbrio do número de itens – afirmativos e inversos; formulação da linguagem dos itens), que podem ter impacto positivo ou negativo nas análises psicométricas subsequentes. Adicionalmente, o envolvimento de especialistas permitiu a uniformização da estrutura dos itens (e.g., estrutura frásica, tempos verbais, vocabulário), auxiliou na identificação de elementos dos itens que necessitavam de alteração ou de ser eliminados, com o principal objetivo de potenciar as propriedades psicométricas na fase posterior. Neste processo, foram seguidos os critérios relacionados com o referencial metodológico de Pasquali (2010) quanto à construção de itens: objetividade, simplicidade, clareza, relevância, precisão, modalidade, tipicidade, credibilidade.

No final da segunda fase, foi possível consolidar-se a matriz conceptual que tem em consideração a revisão de literatura e os resultados da consulta de especialistas. Esta matriz cruza as dimensões do construto de LSM – 1) conhecimentos sobre problemas de saúde mental; 2) competências de primeira ajuda; 3) procura de ajuda e 4) estratégias de autoajuda – e as principais problemáticas de saúde mental de cuidadores formais – depressão, ansiedade, síndrome de burnout e luto.

A terceira fase do estudo – reflexão falada – envolveu cinco cuidadores formais de pessoas idosas, com características representativas da população-alvo a que se destina o LSMq-CFI e também com alguma heterogeneidade (e.g., tempo de experiência profissional, categoria profissional diversificada) (Manuel et al., 2020; Pereira & Marques, 2014; Pinheira & Beringuilho, 2017). Segundo Netemeyer et al. (2003) o método de reflexão falada refere-se a uma fase mais qualitativa e a uma das etapas significativas para o desenvolvimento de escalas de medida. De acordo com Freire e Almeida (2001), este método apresenta diversas vantagens, nomeadamente: “detetar ambiguidades no conteúdo e formato dos itens; avaliar a eficácia das várias alternativas de resposta e detetar itens mal construídos”. (p.115) Como resultado da reflexão falada, verificaram-se mudanças em itens que geraram ambiguidade relativo ao conteúdo e em itens que, embora fossem de fácil compreensão, necessitaram de reformulação para alcançar maior clareza, bem como se verificou que a escala de resposta *likert* se adequaria à formulação dos itens apresentados, atingindo o objetivo do presente estudo – versão preliminar dos itens para o questionário LSMq CFI – secção cuidador.

#### **4. CONCLUSÕES**

O presente estudo constitui-se como uma das etapas para o desenvolvimento de um questionário, que pretende avaliar os níveis de LSM em cuidadores formais de pessoas idosas, tendo em consideração as questões de saúde mental dos cuidadores. Foram seguidas as boas práticas de construção e validação de instrumentos - revisão de literatura consultada com intencionalidade e profundidade; geração de itens, com reuniões de *brainstorming* e consulta de especialistas e a reflexão falada com - permitindo o desenvolvimento de 113 itens preliminares, que constituirão a versão experimental do LSMq CFI – secção cuidador.

Como limitação do presente estudo, poderá ser apontado o facto de a reflexão falada ter integrado participantes com reduzida diversidade de experiências da prestação de cuidados formais, em função da natureza da instituição. Esta reflexão teria beneficiado da participação de cuidadores formais de outras instituições (e.g., privadas ou públicas) e de zonas diferentes do país (e.g., meio rural).

A próxima etapa de investigação pressupõe o estudo das propriedades psicométricas da versão experimental do questionário, com vista à elaboração da sua versão final. Considera-se necessário o aprofundamento do estudo da escala de resposta, no sentido de garantir

estabelecimento de pontos de corte entre níveis inferiores e superiores de literacia em saúde mental.

Do exposto, o presente trabalho constituiu-se numa etapa fundamental para o desenvolvimento do questionário LSMq CFI, que se espera que contribua para a definição de boas práticas institucionais, nomeadamente, relacionados com os cuidadores formais de pessoas idosas. Mais, especificamente, permitirá a avaliação de necessidades de literacia em saúde mental em cuidadores formais de pessoas idosas, o desenho de programas de intervenção centrados na promoção de LSM, bem como a avaliação da sua eficácia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agorastos, A., Demiralay, C., & Huber, C. G. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychology research and behavior management*, 7, 93-101. <https://psycnet.apa.org/record/2014-27068-001>
- Akpunne, B. C. (2015). Psycho-social factors and psychological wellbeing of formal Caregivers. *European Journal Humanitis and Social Sciences*, 34(1), 1855-1871.
- Altamirano, J. C., & Sepúlveda, M. C. (2020) Caracterización de la producción científica Iberoamericana sobre el bienestar psicológico de cuidadores institucionales de adultos mayores en los últimos diez años (2010-2020). *Salud y Bienestar Colectivo*. 4(2), 79-95. <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/88/83>
- American Educational Research Association. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.
- American Psychological Association. (s.d.). Error-choice technique. In *APA dictionary of psychology*. Acedido a 22 Junho, 2021, em <https://dictionary.apa.org/error-choice-technique>
- Anderson, K. A., & Ewen, H. H. (2011). Death in the nursing home: an examination of grief and well-being in nursing assistants. *Research in Gerontological Nursing*, 4(2), 87-94. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100702-01>
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. & Cunha, M. (2010). Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. (1534-1546). Universidade do Minho.
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 119-129. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36222221009>
- 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.upsyl5-2.dppq>

Carmona-Torres, J. M., Rodríguez-Borrego, M. A., Laredo-Aguilera, J. A., López-Soto, P. J., Santacruz-Salas, E., & Cobo-Cuenca, A. I. (2019). Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PloS one*, 14(7), e0220157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220157>

Childers, K. M. (2019). Sense of Coherence and caregivers of persons with dementia. *Behavioral Sciences*, 9(2), 14. <https://doi.org/10.3390/bs9020014>

Colomé, I. C. S., Marqui, A. B. T., Jahn, A C., Resta, D. G., Carli, R., Winck, M. T., & Nora, T. T. D. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de enfermagem*, 13(2), 306-12. <https://doi.org/10.5216/ree.v13i2.9376>

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>

Cooper, C., Balamurali, T. B. S., & Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 175-195. <https://doi.org/10.1017/S1041610206004297>

Croasmun, J. T., & Ostrom, L. (2011). Using Likert-Type Scales in the Social Sciences. *Journal of Adult Education*, 40(1), 19-22. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ961998.pdf>

Cuéllar-Flores, I., del Pilar Sánchez-López, M., & Santamaría, P. (2012). Personality and psychological adjustment in formal caregivers. What is best for caring is also the best for caregivers?. *Anuario de Psicología*, 42(2), 151-164. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97026840001>

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, E. G., Andrade, F. B. D., Duarte, Y. A. D. O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1623-1635. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>

- 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), 1318. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Diniz, M. A. A., Melo, B. R. S., Neri, K. H., Casemiro, F. G., Figueiredo, L. C., Gaioli, C. C. L. O., & Gratão, A. C. M. (2018) Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11): 3789-3798. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
- Duffy, B., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia*, 8(4), 515-541. <https://doi.org/10.1177/1471301209350285>
- Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 732-741. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01270.x>
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448. <https://doi.org/10.1177/070674371005500707>
- Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15, 31-55. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p31-55>
- Fonte, C. M. S. D. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Economia]. Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/18118>
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., & Pacheco, D. (2009). Validation of Portuguese version for inventory of complicated grief. In *Oslo, Norway: European Congress of Traumatic Stress*.
- Freire, T. & Almeida, L. (2001) Escalas de Avaliação: Construção e validação. In E. M. Fernandes, & L. S. Almeida (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.

- Gabriel, A., & Violato, C. (2009). The development of a knowledge test of depression and its treatment for patients suffering from non-psychotic depression: a psychometric assessment. *BMC psychiatry*, 9(56), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-56>
- Griffiths, A. W., Wood, A. M., & Tai, S. (2018). The prospective role of defeat and entrapment in caregiver burden and depression amongst formal caregivers. *Personality and Individual Differences*, 120, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.026>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185(4), 342-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342>
- Guedes, J. (2014) Cuidados formais a idosos – desafios inerentes à sua prestação. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 183-218). Coisas de Ler.
- Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Veiga, J., Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: perceções e satisfação profissional. *Gestão e Desenvolvimento*, (27), 291-313. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Cascar, A. L., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P. J., & 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), e69. <https://doi.org/10.2196/jmir.1864>
- Hazelhof, T. J. G. M., Schoonhoven, L., van Gaal, B. G. I., Koopmans, R. T. C. M., & Gerritsen, D. L. (2016). Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. *International nursing review*, 63(3), 507-516. <https://doi.org/10.1111/inr.12293>
- Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational research methods*, 1(1), 104-121. <https://doi.org/10.1177/109442819800100106>
- Iordanou, P., Koutavas, S., Koulierakis, G., Babatsikou, F., Kroustalli, E., & Tarpatzi, K. (2009). Syndrome of professional burn out in home service for elderly. *Health science journal*, 3(4), 232-241.

- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- 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>
- 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>
- Jung, H., von Sternberg, K., & Davis, K. (2017). The impact of mental health literacy, stigma, and social support on attitudes toward mental health help-seeking. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 252-267. <https://doi.org/10.1080/14623730.2017.1345687>
- Khalaf, A., Berggren, V., & Westergren, A. (2009). Caring for undernourished patients in an orthopaedic setting. *Nursing ethics*, 16(1), 5-18. <https://doi.org/10.1177/0969733008097986>
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, 2012, 1-33. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Lage, I. & Araújo, O. (2014) A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. In A.M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 221-260). Coisas de Ler.
- Loureiro, L. M. D. J. (2015). Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental-QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 79-88. <http://www.index-f.com/referencia/2015/r44079.php>
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Oliveira, G. R., Crispim, D., Pires, S. L., Gorzoni, M. L., Panicio, C. R. G., & Koenig, H. G. (2014). Nursing home care: exploring the role of religiousness in the mental health, quality of life and stress of formal

- caregivers. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(5), 403-413.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12092>
- Machado, P. A. P. (2014). *Papel do prestador de cuidados: Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do autocuidado* [Dissertação de doutoramento, Instituto Ciências da Saúde]. Universidade Católica Portuguesa Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/15344>
- Manuel, S., Gonçalves, G., Braz, N., & Sousa, C. (2020). O desenvolvimento de competências dos cuidadores formais: o caso das instituições de apoio a idosos na região do Algarve. *Envelhecimento ativo e educação (II)*, 87-100.  
<http://hdl.handle.net/10400.1/14868>
- Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A. J. D. S., Santos, P. T. A. D., Brugnera, L. M., & Gratão, A. C. M. (2019). Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. *Escola Anna Nery*, 23(2), 1-10.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>
- Mehrotra, K., Nautiyal, S., & Raguram, A. (2018). Mental health literacy in family caregivers: A comparative analysis. *Asian Journal of Psychiatry*, 31, 58-62.  
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.01.021>
- Mitchell, A. M., & Pössel, P. (2017). Repetitive Negative Thinking: The Link Between Caregiver Burden and Depressive Symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 210-216.
- 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>
- Morano, C. L., & King, D. (2005). Religiosity as a Mediator of Caregiver Well-Being: Does Ethnicity Make a Difference?. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 69-84.  
[https://doi.org/10.1300/J083v45n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J083v45n01_05)
- Mumbauer-Pisano, J., & Barden, S. M. (2020). Examining a Mental Health Literacy Intervention Among Economically Disadvantaged Youth. *Journal of Mental Health Counseling*, 42(4), 339-355. <https://doi.org/10.17744/mehc.42.4.04>
- Nemoto, T., & Beglar, D. (2014). Developing Likert-scale questionnaires. In N. Sonda & A. Krause (Eds.), *JALT 2013 conference proceedings* (pp. 1-8). Tokyo: JALT.
- Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and applications*. Sage Publications.

- Neto, F. M. A., Bauman, G. M., Faleiros, L. T., Reis, M. C. O., Camilo, P. M., & Toledo, D. O. (2015). Ansiedade e Depressão em Cuidadores Formais de idosos em instituição de longa permanência no município de Franca. *Investigação*, 14(5). <https://doi.org/10.26843/investigacao.v14i5.1111>
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, 229(1-2), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. *Journal of mental health*, 23(4), 197-204. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Oliveira, M. A., Queirós, C. & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, saúde & doenças*, 8(2), 181-196. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219037003>
- Özçakar, N., Kartal, M., DİRİK, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home?. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 15(3), 266-272.
- Pelissier, C., Fontana, L., Fort, E., Vohito, M., Sellier, B., Perrier, C., Glerant, V., Couprie, F., Agard, J. P., & Charbotel, B. (2015). Impaired mental well-being and psychosocial risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ open*, 5(3), 1-10. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007190>
- Pereira, S. A. D. S., & Marques, E. M. B. G. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. INFAD: Revista de Psicología*, 1(2), 133-140. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep/2014.n2.v1.016>
- Peres, M. F. P., Kamei, H. H., Tobo, P. R., & Lucchetti, G. (2018). Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. *Journal of religion and health*, 57(5), 1842-1855. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0400-6>
- Phillipson, L., Magee, C., Jones, S., Reis, S., & Skaldzien, E. (2015). Dementia attitudes and help-seeking intentions: an investigation of responses to two scenarios of an experience of the early signs of dementia. *Aging & mental health*, 19(11), 968-977. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.995588>
- Pinheira, V., & Beringuilho, F. (2017). Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. *International Journal of*

- Developmental and Educational Psychology. INFAD: Revista de Psicología, 1(2), 225-236.* <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124>
- Ribeiro, M. T. D. F., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., Magalhães, C. S. D., & Moreira, A. N. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva, 13*, 1285-1292.
- Rocha, I. (2017). *Adaptação e validação da escala Mental Health Literacy para a população portuguesa* [Dissertação de mestrado, Instituto Piaget]. <http://hdl.handle.net/10400.26/24532>
- Rodrigues, C. A. D. L. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1141>
- Rong, X., Wu, F., Tang, D., Zhao, Y., Guo, Q., He, F., & Zhang, S. (2020). Development of a self-management support program for caregivers of relatives with dementia in Shanghai. *Geriatric Nursing, 41(2)*, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.07.009>
- Rosa, A. G. S. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes. Desenvolvimento de um instrumento de avaliação* [Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar] Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/34502>
- Sequeira, C. (2018) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental* (2nd ed.). Lidel.
- Soltys, A., & Tyburski, E. (2020). Predictors of mental health problems in formal and informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. *BMC psychiatry, 20(435)*, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02822-7>
- Sousa, M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Cascais: Principia.
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: current challenges and future directions. *Journal of Mental Health, 28(3)*, 238-242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 77*, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.09.011>
- 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>

- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarsland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(8), 789-797. <https://doi.org/10.1002/gps.2419>
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K. (2017). Health and spirituality. *Jama*, 318(6), 519-520. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8136>
- Vasconcelos, M. G. T. D. (2016). *Literacia em saúde mental e o papel da proximidade a problemas de saúde mental: follow-up do projeto abrir espaço à saúde mental* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa] Universidade Católica Portuguesa do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.14/20556>
- Vicente, C. & Oliveira, R. (2011). A prevalência da síndrome de burnout no contexto de assistência à terceira idade e doentes crónicos. Em: II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia - Livro de Atas. Universidade de Évora, 14 e 15 de Novembro de 2011, Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Évora. 203-214.
- Wang, J., He, Y., Jiang, Q., Cai, J., Wang, W., Zeng, Q., Miao, J., Qi, X., Chen, J., Bain, Q., Cai, C., Ma, N., Zhu, Z., & Zhang, M. (2013). Mental health literacy among residents in Shanghai. *Shanghai archives of psychiatry*, 25(4), 224-235. <https://dx.doi.org/10.3969%2Fj.issn.1002-0829.2013.04.004>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2016). Measurement properties of tools measuring mental health knowledge: a systematic review. *BMC psychiatry*, 16(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1012-5>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2017). Measurement properties of mental health literacy tools measuring help-seeking: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 26(6), 543-555. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276532>
- Wei, Y., McGrath, P., Hayden, J., & Kutcher, S. (2018). The quality of mental health literacy measurement tools evaluating the stigma of mental illness: a systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 27(5), 433-462. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000178>
- White, M., & Casey, L. (2017). Helping older adults to help themselves: the role of mental health literacy in family members. *Aging & mental health*, 21(11), 1129-1137. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1206513>
- Yuen, E. Y. N., Knight, T., Ricciardelli, L. A., & Burney, S. (2018) Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. *Health & social care in the community*, 26(2), e191-e206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>

- Zamora, Z., & Sánchez, Y. (2007). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29213110>
- Zhang, Y., Flum, M., Nobrega, S., Blais, L., Qamili, S., & Punnett, L. (2011). Work organization and health issues in long-term care centers: Comparison of perceptions between caregivers and management. *Journal of gerontological nursing*, 37(5), 32-40. <https://doi.org/10.3928/00989134-20110106-01>