



CATOLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

LSMq CFI (QUESTIONÁRIO DE LITERACIA EM SAÚDE MENTAL PARA CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS):

ESTUDO PRELIMINAR DAS CARACTERISTICAS PSICOMÉTRICAS

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Beatriz Carvalho Sottomayor Negrão

Porto, julho de 2022

*“(...) dar um passo de cada vez, mesmo que sejam pequeninos.
Porque são muitos passos, ainda que pequeninos, que fazem um passo grande.
E muitos passos grandes, fazem uma caminhada, para atingirmos o nosso destino (...).”*

Pai.

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Luísa Campos e ao Prof. Doutor Pedro Dias, pela orientação e apoio que me deram ao longo de toda esta fase, tão importante no meu percurso. Por serem exemplo de profissionalismo, mas também de amizade.

À Prof.^a Doutora Luísa Campos, por ter sido sempre exemplo daquilo que espero alcançar um dia. Ao Prof. Doutor Pedro Dias, por tudo que me ensinou, pela paciência e disponibilidade.

A todos os Professores, com quem me cruzei durante o meu percurso académico da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, pelo ensino de excelência e por todo o seu apoio.

À minha mãe, o meu pilar. Por ser porto de abrigo, pelo colo e pelo mimo. És o meu maior exemplo de força.

Ao meu pai, o meu melhor amigo. Por acreditar sempre em mim e me dar forças para fazer sempre mais e melhor. Pelo exemplo de empenho e dedicação.

À minha irmã, a melhor pessoa que conheço. És o meu maior exemplo de resiliência e superação.

A todos os meus amigos, por me acompanharem nesta loucura que é a vida, pelo colo, conversas, risos e lágrimas que partilhamos (e que aturaram) ao longo destes últimos cinco anos.

À Rita Varandas, a minha primeira amiga da faculdade. Por teres caminhado sempre ao meu lado ao longo desta jornada, nos bons e nos maus momentos. A “colega” que virou amiga para a vida.

Obrigada por acreditarem sempre na melhor versão de mim, mesmo quando eu não sou capaz de o fazer.

Índice

Agradecimentos	III
Lista de Tabelas	V
Glossário	VI
Resumo	VII
Abstract	VIII
1. Enquadramento Teórico	9
1.1. Prestação de Cuidados Formais a Pessoas Idosas	9
1.2. O Impacto da prestação de Cuidados Formais	10
1.3. Importância de Literacia em Saúde Mental nos Cuidadores Formais	11
2. Método	14
2.1. Amostra	15
2.2. Instrumentos	16
2.3. Procedimentos	18
a) Recolha de dados	18
b) Tratamento e análise de dados	19
3. Apresentação e Discussão de Resultados	20
4. Conclusões	57
Referências Bibliográficas	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Exemplo de itens eliminados e retidos por dimensão – Secção Cuidador

Tabela 2 – Exemplo de itens eliminados e retidos por dimensão – Secção Pessoa Idosa

Tabela 3 – Frequência de respostas aos itens – Secção Cuidador

Tabela 4 – Frequência de respostas aos itens – Secção Pessoa Idosa

Tabela 5 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “conhecimentos” – Secção Cuidador

Tabela 6 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “competências de primeira ajuda” – Secção Cuidador

Tabela 7 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de procura de ajuda” – Secção Cuidador

Tabela 8 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de autoajuda” – Secção Cuidador

Tabela 9 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “conhecimentos” – Secção Pessoa Idosa

Tabela 10 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de primeira ajuda” – Secção Pessoa Idosa

Tabela 11 – Análise da Consistência interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de autoajuda” – Secção Pessoa Idosa

Tabela 12 – Correlações entre as sub-escalas do LSMq SVa e as sub-escalas do LSM CFI

Glossário

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ERPI – Estrutura Residencial Para Idoso

CD – Centro de Dia

SAD – Serviços de Apoio ao Domicílio

LSM – Literacia em Saúde Mental

LSMq SVa – Questionário de Literacia em Saúde Mental, Short Version para Adultos

LSMq CFI – Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de pessoas Idosas

Resumo

O presente trabalho, integrado no projeto “*Expanding Mental Health*”, teve como principal objetivo estudar preliminarmente as características psicométricas do LSMq CFI.

O questionário é composto por 110 itens, estruturado em duas secções - Secção Cuidador (58 itens) e Secção pessoa Idosa (52 itens).

O estudo exploratório integrou uma amostra de 42 cuidadores formais, que se encontravam a desempenhar as suas funções em ERPI, CD e/ou SAD.

Após análise preliminar dos dados, os resultados evidenciam uma frequência de respostas equilibrada na grande maioria dos itens do questionário, uma boa consistência interna das escalas tendo sido, ainda, identificada uma correlação positiva, de magnitude elevada, e significativa entre os *scores* totais das secções do LSMq CFI e entre estas e as diferentes subescalas do LSMq SVa.

O desenvolvimento deste instrumento permitirá identificar as necessidades de literacia em saúde mental específicas deste público-alvo, possibilitando o desenvolvimento de programas de promoção e de intervenção adaptados aos cuidadores formais de pessoas idosas.

Palavras-chave: literacia em saúde mental, questionário, características psicométricas, cuidadores formais, pessoas idosas.

Abstract

The present study, which is part of the "*Expanding Mental Health*" project, had the main purpose of preliminarily studying the psychometric characteristics of the LSMq CFI.

The questionnaire is composed of 110 items, structured in two sections - Caregiver Section (58 items) and Elderly Section (52 items).

The exploratory study included a sample of 42 formal caregivers, who were performing their functions in ERPI, DC and/or SAD.

After preliminary data analysis, the results show a balanced frequency of answers in most items of the questionnaire, a good internal consistency of the scales, having also been identified a positive correlation, of high magnitude and significant between the total scores of the sections of the LSMq CFI and between these and the different subscales of the LSMq SVa.

The development of this instrument will allow for the identification of mental health literacy needs specific to this target audience, enabling the development of promotion and intervention programs adapted to formal caregivers of the elderly.

Keywords: mental health literacy; questionnaire; psychometric characteristics; formal caregivers; elderly people.

1. Enquadramento Teórico

A Organização Mundial de Saúde (2015) prevê que, em 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas idosas em todo o mundo. Este crescimento da população idosa verifica-se, igualmente, em Portugal, sendo este considerado um dos países mais envelhecidos do mundo.

Segundo dados preliminares do último recenseamento, realizado em 2021, pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2020 foi atingindo, em Portugal, um equivalente a 167 idosos por cada 100 jovens.

Estes dados têm conduzido à procura de respostas na sociedade, que permitam a manutenção do bem-estar e da segurança das pessoas idosas (Rodrigues, 2014).

Não obstante o idoso preferir permanecer no seu local de residência durante o seu envelhecimento, uma vez que lhe permite manter a sua rede social, preservar os marcos ambientais e desfrutar de uma maior qualidade de vida (Luppa, et al, 2010), um conjunto de fatores têm obrigado, cada vez mais, à sua institucionalização.

Entre os diferentes fatores, destacam-se a necessidade de apoio na mobilidade, a presença de défices cognitivos, a falta de rede de suporte, a perda de apoios sociais e a pobreza (Levenson, 2001).

Com este aumento da institucionalização, surge a necessidade de um maior número de profissionais qualificados, com competências para proporcionar uma maior qualidade de vida e um maior bem-estar neste processo inevitável, que é envelhecer (Pereira et al., 2014). Por conseguinte, o papel dos cuidadores formais torna-se inquestionável no apoio a um envelhecimento positivo das pessoas idosas.

1.1. Prestação de Cuidados Formais a Pessoas Idosas

O Cuidador Formal exerce a sua função em locais direcionados para a prestação de cuidados para idosos, sendo remunerado pelo seu serviço (Sousa, 2011), e tanto se pode tratar de profissionais de Ação Direta, como de profissionais das Equipas Técnicas.

Relativamente aos profissionais de Ação Direta, estes possuem responsabilidades centradas na assistência das necessidades humanas, nomeadamente ao nível da sua alimentação, higiene pessoal, entre outras relacionadas com as suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (Dias et al., 2015; Machado, 2014).

O perfil destes profissionais corresponde, maioritariamente, a indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos, com habilitações literárias reduzidas (predominando o ensino básico), não possuindo nenhuma formação previa específica para o trabalho que desempenham (Ferreira, 2012; Manuel et al., 2020).

Os Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, Animadores Socioculturais, Fisioterapeutas, entre outros, são os profissionais que integram as Equipas Técnicas (Sequeira, 2010), prestando cuidados ao nível do apoio psicológico, da estimulação da comunicação, do desenvolvimento de atividades recreativas, entre outros (Gonçalves, 1992).

Trata-se de profissionais com uma formação prévia e específica para o desempenho das suas funções (Sequeira, 2007).

1.2. O Impacto da prestação de Cuidados Formais

A prestação de cuidados formais em Estabelecimentos Residenciais Para Idosos (ERPI) tem sido descrita como acarretando um elevado risco para a saúde física e psicológica destes profissionais (Ribeiro et al., 2008), devido ao tipo de características dos utentes institucionalizados – p.ex., nível superior de dependência, menores condições psicológicas – e do próprio cuidador – p.ex., menores níveis de experiência e formação, condições de trabalho precárias (Barbosa et al., 2011).

São profissionais com maior predisposição para o desenvolvimento de problemas psicológicos e de sintomatologia psicopatológica (Azevedo et al., 2010) estando mais expostos a determinados problemas de saúde mental, nomeadamente, a situações de *stress*, à depressão, ansiedade (Wu, 2009), síndrome de *burnout* (Vicente & Oliveira, 2015), bem como de desenvolver um luto complicado (OPP, 2020).

A literatura refere um conjunto de fatores que aumentam a predisposição do cuidador para os problemas anteriormente referidos, nomeadamente a dificuldade em lidar com a fragilidade dos idosos, o excessivo envolvimento emocional, o ambiente organizacional (p.ex., conflitos interpessoais, tempo investido na instituição, ausência de retribuição reconhecida (Vicente & Oliveira, 2015), a falta de conhecimento relativo as problemas psicológicos e respetivo impacto emocional e físico, a dificuldade de organização e de planeamento das tarefas a desempenhar (Barbosa et al., 2011).

1.3. Importância de Literacia em Saúde Mental nos Cuidadores Formais

Dos fatores anteriormente referidos, salienta-se o baixo nível de conhecimentos sobre problemas de saúde mental o que, segundo a literatura, se verifica como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de perturbações mentais neste público-alvo (Lucchetti et al., 2014).

O conceito de LSM (Jorm et al., 1997) refere-se à capacidade que os indivíduos têm em conhecer diversas perturbações mentais e as crenças associadas que lhes estão associadas, permitindo o seu reconhecimento, a sua gestão e a sua prevenção, tanto neles próprios, como nos outros.

Este conceito integra cinco componentes, tais como 1) o conhecimento das diversas perturbações mentais e respetivos sinais e sintomas; 2) o conhecimento relativo aos fatores de risco das perturbações mentais; 3) o conhecimento centrado nos diversos meios de apoio existentes; 4) as atitudes facilitadoras que conduzem ao reconhecimento e à procura de ajuda adequada para o problema; e, por último, 5) o conhecimento acerca das diversas formas de procura de informação útil para o problema.

Deste modo, a literatura permite-nos compreender que a LSM assume um papel fundamental ao nível da prevenção e da intervenção precoce de problemas de saúde mental (Jorm, 2000).

Mais precisamente no contexto de prestação de cuidados formais a pessoas idosas, de acordo Lindquist et al. (2011), a prevalência de bons níveis de LSM nos cuidadores, permite que estes cuidem adequadamente deles próprios, bem como dos idosos a quem prestam cuidados.

Níveis mais elevados de LSM neste público-alvo, permite-lhes reconhecer, gerir e intervir precocemente nos problemas de saúde mental que, tanto eles, como as pessoas idosas, podem vir a desenvolver.

Ao longo dos últimos tempos, foram desenvolvidos diversos instrumentos de avaliação da LSM, contudo, alguns destes apenas avaliam o estigma associado à saúde mental, ou a LSM associada a problemáticas específicas (p.ex., ansiedade e depressão), não considerando as restantes dimensões da LSM nem os diversos problemas de saúde mental associados à prestação de cuidados formais.

Para além disso, os públicos-alvo destes instrumentos (p.ex., jovens, atletas) não permitem avaliar a LSM em cuidadores formais de pessoas idosas especificamente.

Exemplos destes questionários são:

O questionário *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS) de Lacko et al. (2010) desenvolvido para a população adulta, foca-se em seis áreas acerca do estigma associado à saúde mental – procura de ajuda, reconhecimento, apoio, emprego, tratamento e recuperação.

Os questionários *Anxiety Literacy Questionnaire* (A-Lit) e *Depression Literacy Questionnaire* (D-Lit) de Gulliver et al. (2012), dirigem-se a atletas e procuram avaliar a LSM específica para a ansiedade e depressão, respetivamente.

A *Multicomponent MHL Scale* de Jung et al. (2016) destina-se à população em geral e pretende avaliar a capacidade de os indivíduos identificarem os principais problemas de saúde mental – depressão, ansiedade e esquizofrenia – contudo, não avalia a LSM como um todo.

Em Portugal o número de instrumentos que permitam avaliar a LSM ainda é escasso, nomeadamente, o *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental: estudo das propriedades psicométricas* de Loureiro (2015); o *Questionário de Literacia em Saúde Mental* de Campos et al. (2016); o *Questionário de Literacia em Saúde Mental em Adolescentes* (MentaHLiS) de Rosa (2018); o *Questionário de Literacia em Saúde Mental: Adaptação e Estudo das Propriedades Psicométricas do questionário de Literacia em Saúde Mental* (LSMq) de Dias et al. (2018); e ainda o *Questionário de Literacia em Saúde Mental – Short Version para adultos* (LSMq SVa) de Campos et al. (em preparação).

Estes questionários foram desenvolvidos e/ou adaptados e validados para a população portuguesa. Contudo, apenas nos permitem avaliar questões de saúde mental de um modo geral e destinam-se maioritariamente à população jovem.

O *Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental – QuALiSMental*: estudo das propriedades psicométricas de Loureiro (2012) e procura avaliar cinco dimensões da LSM: “reconhecimento das perturbações”, “conhecimentos sobre os profissionais e tratamentos disponíveis”, “conhecimento sobre as estratégias de autoajuda”, “conhecimento das competências para prestar apoio e primeira ajuda aos outros” e “conhecimento do modo de como se podem prevenir as perturbações mentais”, mas dirige-se apenas para a população jovem (Loureiro, 2015).

O *Questionário de Literacia em Saúde Mental (LSMq – jovem)* (Campos et al., 2016) também se destina à população jovem, é composto por um total de 33 itens e procura avaliar apenas três dimensões da LSM: “conhecimentos/estereótipos sobre problemas de saúde mental”, “procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda” e “estratégias de autoajuda”.

O *Questionário de Literacia em Saúde Mental em Adolescentes (MentaHLiS)* (Rosa, 2018) também se destina a adolescentes e procura avaliar três dimensões da LSM: “reconhecimento do problema”, “recursos e opções de ajuda” e “crenças e intenções para prestar a primeira ajuda” e dois atributos da LSM: “barreiras e facilitadores na procura de ajuda” e “estilos de vida e comportamentos de saúde” acerca três problemas de saúde mental comuns: depressão, ansiedade e abuso de álcool.

O LSMq – jovem (Campos et al., 2016) foi adaptado para jovens adultos – *Questionário de Literacia em Saúde Mental: Adaptação e Estudo das Propriedades Psicométricas do questionário de Literacia em Saúde Mental* (Dias et al., 2018) é composto por um total de 29 itens e procura avaliar quatro dimensões da LSM: “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”, “crenças erradas/estereótipos”, “procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda” e “estratégias de autoajuda”.

O *Questionário de Literacia em Saúde Mental – Short Version para adultos (LSMq SVa)* (Campos et al., em preparação) trata-se de uma versão reduzida do questionário anterior, constituído por um total de 16 itens, avaliados de acordo com as mesmas quatro dimensões de LSM.

Surge então a necessidade de se desenvolver um instrumento que permitisse avaliar a LSM em cuidadores formais de idosos, considerando os principais problemas de saúde mental associados a este público-alvo e que contemplasse ainda os problemas de saúde mental da pessoa idosa cuidada, uma vez que não foi ainda identificado nenhum instrumento que permitisse avaliar estas componentes.

Deste modo, integrado no projeto “*Expanding Mental Health Literacy*”, foi desenvolvida uma versão preliminar dos itens¹ do Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de Pessoas Idosas – Secção Cuidador e Secção pessoa Idosa (LSMq CFI).

O seu desenvolvimento foi realizado no Centro de Investigação para o Desenvolvimento Humano da Universidade Católica Portuguesa – Porto e seguiu as boas práticas internacionais para o desenvolvimento de questionários de avaliação (p. ex., Hinkin, 1998; Freire & Almeida, 2001; Netemeyer et al., 2003; American Educational Research Association, 2014).

A versão preliminar é constituída por um total de 201 itens organizados em duas secções: 1) “Secção Cuidador” (112 itens) e 2) “Secção pessoa Idosa” (89 itens) e considera quatro dimensões da LSM: 1) Conhecimentos sobre problemas de saúde mental; 2) Competências de primeira ajuda; 3) Competências de procura de ajuda; e 4) Estratégias de autoajuda.

Na sequência do anteriormente referido, o presente estudo tem como objetivo geral a contribuição para o estudo preliminar das características psicométricas do LSMq CFI.

2. Método

Este estudo tem como objetivos específicos:

- Analisar a frequência de respostas aos itens do LSMq CFI;
- Analisar a consistência interna das dimensões e secções do LSMq CFI;
- Analisar a validade convergente do LSMq CFI com um instrumento de avaliação da LSM.

¹ *Desenvolvido pela Equipa de Investigação da Universidade Católica Portuguesa – Porto, no ano letivo 2020/2021

2.1. Amostra

Para o estudo preliminar das características psicométricas do LSMq CFI recorreu-se a uma amostra de 42 participantes, com idades compreendidas entre os 21 e os 61 anos, sendo 95.2% (n=40) pertencentes ao sexo feminino.

Relativamente ao estado civil dos participantes, a maioria são solteiros (46.3%, n=19) ou casados/juntos por união de facto (46.3%, n=19) e mais de metade não tem filhos (51.2%, n=21).

No que respeita às habilitações académicas, mais de metade da amostra (56.1%) completou abaixo da licenciatura – 26.8% o Ensino Básico (1º, 2º e 3º ciclo), 19.5% o Ensino Secundário e 9.8% um Curso Técnico Superior Profissional – os 43.9% restantes concluíram acima da Licenciatura, inclusive – 31.7% a Licenciatura e 12.2% o Mestrado/Doutoramento.

No momento de recolha do questionário, 10.7% (n=29) dos participantes encontravam-se a exercer as suas funções em contexto de ERPI e 31.7% (n=13) em contexto de CD, sendo que dois dos participantes que desempenham as funções em CD, integram paralelamente uma equipa de SAD (4.9%).

Para além de exercerem as suas funções nestes contextos, 40.5% (n=17) dos participantes presta cuidados extra, em contexto de prestação de cuidados informais – 31.3% ao pai/mãe, 6.3% a um irmão/a, 31.3% a um avô/avó e 31.3% a outro – a indivíduos com idades compreendidas entre os 46 e os 88 anos, com uma frequência de prestação de cuidados que varia entre todos os dias (37.5%), várias vezes por semana (43.8%), várias vezes por mês (12.5%) e esporadicamente (6.3%).

A maioria dos participantes encontra-se a trabalhar na área de prestação de cuidados formais há 10 ou mais anos (36.6%, n=15) e 31.7% (n=13) entre 1 e 3 anos e os restantes 31.7% trabalham na área entre os 4 e os 9 anos (n=7) e há menos de 1 ano (n=6). Da amostra total, maioritariamente com um regime de trabalho a tempo inteiro (78%, n=32), exercendo as suas funções por turnos (71.4%, n=30).

Ao nível das funções que desempenham, 38.1% trata-se de Auxiliares de Ação Direta, 35.8% pertencem à Equipa Técnica – um/a Enfermeiro/a, um/a Fisioterapeuta, um/a Animador/a Sociocultural, cinco Psicólogos/as, cinco Assistentes Sociais, um/a

Nutricionista (2,4) e um/a Terapeuta Ocupacional (2,4) – e os restantes 23.8% inclui profissionais Administrativos das instituições (n=12), 3 Auxiliares de Apoio a Idosos, um/a Ajudante de Lar, dois rececionistas e ainda um/a estagiário/a da área de Serviço Social.

De entre estes profissionais, 50% realizou uma formação específica para o desempenho das suas funções (p.ex., de Agente de Geriatria, Cursos de Ajudante de Lar, Cursos de Intervenção no Envelhecimento, Enfermagem, Licenciaturas em Psicologia, Licenciatura em Serviço Social, entre outras).

2.2. Instrumentos

Para além da recolha dos dados sociodemográficos relevantes, para o desenvolvimento do presente estudo, recorremos a dois instrumentos.

O *Questionário de Literacia em Saúde Mental* (MHLq-SVa) de Campos et al. (em preparação) e o *Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de pessoas Idosas* (LSMq-CFI).

Questionário de Literacia em Saúde Mental, Short Version para adultos (MHLq-SVa) – (Campos et al., em preparação)

O LSMq versão reduzida para adultos (em preparação) é um questionário de autorrelato e tem como objetivo analisar os níveis de Literacia em Saúde Mental.

O instrumento é constituído por um total de 16 itens, avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos (1= Discordo Totalmente, 2= Discordo, 3= Não concordo nem discordo, 4= Concordo, 5= Concordo Totalmente) e está organizado em 4 dimensões da LSM: “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” (p.ex., “Um dos sintomas da depressão é a falta de interesse ou prazer pela maioria das coisas.”), “crenças erradas/estereótipos” (p.ex., “Só o adulto tem perturbações mentais.”), “procura de ajuda e comportamentos de primeira ajuda” (p.ex., “Se eu estivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo.”) e “estratégias de autoajuda” (p.ex., “Dormir bem contribui para uma boa saúde mental.”).

Ao nível das características psicométricas, os resultados até agora obtidos demonstram que o instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, nomeadamente

quanto à validade de construto (Análise Fatorial Confirmatória) e quanto ao nível da consistência interna, com um $\alpha=0.82$ no *score* total da escala; $\alpha=0.70$ na dimensão “conhecimentos”; $\alpha=0.67$ na dimensão “crenças erradas/estereótipos”; $\alpha=0.69$ na dimensão “procura de ajuda e comportamentos de autoajuda”; e $\alpha= 0.66$ na dimensão “estratégias de autoajuda”.

Os resultados do questionário resultam da soma dos 16 itens, sendo que o valor mínimo é de 0 e o máximo de 80.

Quanto mais elevada for a cotação total, maior correspondência a níveis de literacia em saúde mental.

Questionário de Literacia em Saúde Mental para Cuidadores Formais de pessoas Idosas (LSMq-CFI)

O LSMq-CFI é um questionário de autorrelato, dirigido a Cuidadores Formais de pessoas Idosas e tem como objetivo avaliar a sua LSM considerando também as necessidades de saúde mental das pessoas de quem cuidam.

A versão preliminar dos itens foi desenvolvida pela Equipa de Investigação no ano letivo de 2020/2021. Esta versão era composta por um total de 202 itens, avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos (1= Discordo Totalmente, 2= Discordo, 3= Não concordo nem discordo, 4= Concordo, 5= Concordo Totalmente).

O questionário é estruturado em duas secções: “Secção Cuidador” (113 itens) e “Secção pessoa “Idosa” (89 itens) e organiza-se de acordo com o cruzamento de quatro dimensões da LSM com os principais problemas de saúde mental associados à prestação de cuidados formais a pessoas Idosas – ansiedade, depressão, síndrome de *burnout* e o luto – e os problemas de saúde mental mais prevalentes na pessoa Idosa – depressão, ansiedade e demência.

A Secção Cuidador organiza-se em: dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”, composta por 36 itens (p.ex., “Fadiga/cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.”); dimensão “competências de primeira ajuda”, composta por 9 itens (p.ex., “Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe perguntar como se sente.”); dimensão “competências de procura de ajuda”, composta por

41 itens (p.ex., “Caso eu esteja com um problema de saúde mental [p.ex., depressão, ansiedade], procuro ajuda de um profissional de saúde especializado [p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família.]”); e pela dimensão “estratégias de autoajuda”, composta por 27 itens (p.ex., “Planear o trabalho com tempo ajuda a lidar com a ansiedade.”).

No caso da Secção pessoa Idosa, esta inclui a dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”, composta por 46 itens (p. ex., “Irritabilidade não é um sintoma de depressão em idosos.”), a dimensão “competências de primeira ajuda, composta por 16 itens (p. ex., “Se um idoso de quem cuida estiver com ansiedade, incentivo-o a praticar exercício físico.”) e a dimensão “competências de autoajuda” composta por 27 itens p. ex., “Prática de dieta saudável contribui para uma boa saúde mental em idosos.”).

Quanto mais elevada for a cotação total da primeira escala, maior a correspondência a níveis de LSM face a eles próprios e quanto maior for a cotação da segunda escala, maior a correspondência a níveis de LSM que tem acerca dos idosos.

2.3. Procedimentos

a) Recolha de dados

Inicialmente, após contemplar os procedimentos éticos e deontológicos de modo a garantir que estes eram respeitados, foi solicitada a autorização à Comissão de Ética da Universidade Católica do Porto e o pedido de autorização às instituições de prestação de cuidados formais a pessoas Idosas por meio do correio eletrónico e/ou telefonicamente, no qual foi descrito o âmbito do presente projeto, os objetivos e os procedimentos de recolha de dados.

Para a recolha dos dados recorreu-se a diferentes ERPI e Centros de Dia, selecionadas de forma intencional tendo sido os contactos do/as Psicólogos/as responsáveis de cada instituição disponibilizados diretamente à equipa de investigação. Foram contactadas sete instituições situadas no centro do Porto, em Vila nova de Gaia, no Marco de Canaveses e na Ilha dos Açores.

Os instrumentos, sendo de cariz de resposta autónoma, foram fornecidos em formato papel e/ou em digital aos/as Psicólogos/as de cada instituição. A sua administração foi realizada em contexto laboral, com aplicação em grupo, em momentos variados (p.ex., pausas de almoço, início ou fim do turno de trabalho), contando com a colaboração do/a Psicólogo/a da instituição em causa, de um/a Psicólogo/a Estagiário/a do local e/ou de um elemento da equipa de investigação.

Alguns dos questionários também foram entregues a alguns cuidadores, permitindo-lhes responder em formato papel e/ou digital, nos seus tempos livres, fora do local de trabalho.

O questionário em formato digital, adaptado na plataforma *Google Forms*, no sentido de facilitar o processo de recolha de dados e a adesão de alguns participantes, foi igualmente distribuído pelo/a Psicólogo/a da instituição, por meio de uma hiperligação de acesso, permitindo uma participação online.

Junto dos questionários, inicialmente foi fornecido um formulário de consentimento informado, no qual era feita uma breve descrição do objetivo do presente projeto e dos questionários que iriam ser respondidos.

O formulário assegura ainda o anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes, bem como a o direito de não participarem no estudo ou a desistência do mesmo a qualquer momento da investigação.

O tempo de resposta do instrumento foi, em média, de 30 min.

b) Tratamento e análise de dados

Para o tratamento de dados recorreu-se ao IBM SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 26.0. através do qual, se começou por realizar a análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) bem como, a frequência e a percentagem dos dados sociodemográficos de todos os participantes.

Para o estudo preliminar das características psicométricas do LSMq CFI, com recurso a uma análise descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) começou-se por analisar a frequência de respostas aos itens, o que permitiu examinar se os itens seguiam uma distribuição de respostas que assumissem a amplitude da escala de *Likert* de 5 pontos utilizada.

Também se procedeu à análise preliminar da consistência interna e da validade convergente, com recurso ao *Alfa de Cronbach* e ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

3. Apresentação e Discussão de Resultados

Neste ponto, os resultados serão apresentados e, simultaneamente, discutidos, dada a natureza exploratória do estudo. Numa primeira etapa foi realizada a análise da versão preliminar dos itens e a remoção daqueles que apresentavam um conteúdo redundante; de seguida, realizou-se a análise da frequência de respostas aos itens, após a aplicação da versão preliminar do LSMq CFI. Na terceira etapa realizou-se a análise exploratória da consistência interna das quatro dimensões do LSMq CFI, bem como de cada secção deste. Por fim, foi analisada a validade convergente, através do estudo da correlação entre as diferentes secções do LSMq CFI, bem como entre este instrumento e as dimensões LSMq SVa.

A investigação integrou uma amostra de 42 cuidadores e, uma vez que o número de participantes requerido para a realização de uma análise fatorial seria, no mínimo, de cinco participantes por item (Kotrlík & Higgins, 2001; Hair et al., 2005), foi realizado um estudo exploratório, combinando análises qualitativas e quantitativas.

Este estudo representa um contributo para o estudo das propriedades psicométricas do LSMq CFI.

Etapa 1 – Análise de Conteúdo da Versão Preliminar dos Itens

A primeira etapa do presente estudo consistiu numa reavaliação da versão preliminar dos itens do LSMq CFI – Secção Cuidador e Secção pessoa Idosa, realizada pela equipa de investigação, com o objetivo de eliminar itens que pudessem ser redundantes em termos do conteúdo.

Após reavaliação, foram eliminados da Secção Cuidador um total de 55 itens e da Secção pessoa Idosa 37 itens. Para além da eliminação referida, foram realizadas, ainda, alterações em 37 itens com vista a aumentar o seu nível de clareza.

Tabela 1

Exemplo de itens eliminados e retidos por dimensão – Secção Cuidador

Dimensões	Item eliminado	Item na versão final do LSMq CFI
Dimensão “conhecimentos de problemas de saúde mental”	“Alterações do sono (dormir demasiado ou dormir muito pouco) são um sintoma de ansiedade.”	Item 17: “Fadiga/ cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.”
Dimensão “competências de primeira ajuda”	“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.”	“Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para "andar para a frente"
Dimensão “competências de procura de ajuda”	“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.”	Item 53: “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.”
Dimensão “estratégias de autoajuda”	“Manter distância emocional na relação com o idoso de quem cuido ajuda a não sofrer com a sua morte.”	Item 35: “Manter uma relação emocional positiva com os idosos de quem cuido não ajuda a lidar com a sua morte.”

Tabela 2

Exemplo de itens eliminados e retidos por dimensão – Secção Pessoa Idosa

Dimensões	Item eliminado	Item na versão final do LSMq CFI
Dimensão “conhecimentos de problemas de saúde mental”	“O tratamento da ansiedade em idosos e muito pouco eficaz.”	Item 37: “Intervenção psicológica é eficaz no tratamento da ansiedade em idosos.”

Dimensão “competências de primeira ajuda”	“Se um idoso de quem cuida estiver com depressão, incentivo-o a participar em atividades artísticas (p. ex., pintura).”	Item 31: “Se um idoso de quem cuida estiver com depressão, incentivo-o a fazer o que lhe dá prazer (p. ex., música, jogos).”
---	---	--

Dimensão “estratégias de autoajuda”	“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 49: “Manter relações sociais positivas (p. ex., com um companheiro de quarto) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.”
-------------------------------------	--	---

Após a etapa 1, o LSMq CFI incluía 110 itens, estando organizado em duas secções: Secção Cuidador (58 itens; quatro dimensões) e Secção pessoa Idosa (52 itens; três dimensões).

Em relação à Secção Cuidador, a dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” é composta por 22 itens, a dimensão “competências de primeira ajuda” por 5 itens, a dimensão “competências de procura de ajuda” por 15 itens e a dimensão “estratégias de autoajuda” por 16 itens. Face à Secção pessoa Idosa, a dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” é composta por 26 itens, a dimensão “competências de primeira ajuda” por 12 itens e, por fim, a dimensão “estratégias de autoajuda” por 14 itens.

Desta etapa resultou a segunda versão preliminar dos itens do LSMq CFI (110 itens; 58 Secção Cuidador; 52 Secção pessoa Idosa). Salienta-se, neste ponto, a complexidade desta tarefa, pelo desafio originado pela necessidade de manter intacta a representatividade do construto.

O processo de reavaliação dos itens implicou uma reflexão continuada, relativamente a cada um dos itens, nunca esquecendo a Secção como “um todo”, com determinados critérios a cumprir, nomeadamente uma distribuição equitativa de itens pelas diferentes dimensões e pelas diferentes problemáticas, tanto na Secção Cuidador como na Secção pessoa Idosa.

Etapa 2 – Análise da Frequência de Respostas aos Itens

Na Etapa 2 foi aplicada a segunda versão preliminar do LSMq CFI junto de uma amostra de 42 cuidadores formais de pessoas idosas. Com base nesta recolha de dados, num primeiro momento foi realizada uma análise de frequência de resposta de cada item, com o objetivo de examinar se os itens seguiam uma distribuição de respostas que assumisse a amplitude da escala de *Likert* de 5 pontos utilizada (cf. tabelas 3 e 4).

Decorrente da análise realizada, concluiu-se que, relativamente à Secção Cuidador, em 58 itens, 49 apresentavam uma distribuição pelos diferentes pontos da escala e, em nove itens, tal não sucedia (itens 2; 5; 15; 21; 32; 34; 42; 50; 51). Nestes itens observa-se uma utilização assimétrica da escala, à direita (respostas entre o nível três e o nível cinco).

No que diz respeito à Seção Pessoa Idosa, em 52 itens, 41 itens apresentam uma distribuição pelos diferentes pontos da escala e, em 11 itens tal não sucedia, observando-se uma utilização assimétrica da escala, à direita (respostas entre o nível três e cinco nos itens 8, 12, 15, 16, 21, 31, 33, 36, 50, 51 e entre quatro e cinco no item 1).

Tabela 3

Frequência de respostas aos itens, Secção Cuidador

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Procuero ter uma dieta equilibrada e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	1	2.4			6	14.3	21	50.0	14	33.3
2. Definir prioridades nas tarefas de trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).					3	7.1	22	52.4	17	40.5

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
3. Depressão não é um verdadeiro problema de saúde mental. *	30	71.4	6	14.3	3	7.1	2	4.8	1	2.4
4. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo se lhe atribuir tarefas de trabalho para o/a manter ocupado/a.*					4	9.5	13	31.0	25	59.5
5. 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 (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família).					4	9.5	13	31.0	25	59.5
6. Fazer um ritual de despedida (p. ex., escrever-lhe uma carta de despedida; celebração religiosa em conjunto) é uma boa estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.	5	11.9	3	7.1	14	33.3	14	33.3	6	14.3
7. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), acredito que	1	2.4			1	2.4	22	52.4	18	42.9

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) seja útil.										
8. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para "andar para a frente". *	13	31.0	10	23.8	10	23.8	7	16.7	2	4.8
9. Acontecimentos de vida negativos (p.ex., perder um emprego) são uma causa possível de ansiedade.			1	2.4	2	4.8	18	42.9	21	50.0
10. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda profissional, não conto a ninguém. *	7	16.7	23	54.8	10	23.8			2	4.8
11. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de uma pessoa próxima (p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).			1	2.4	14	33.3	24	57.1	3	7.1
12. Irritabilidade é um sintoma de ansiedade.	1	2.4			4	9.5	25	59.5	12	28.6

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13. Aceitar que o cansaço extremo faz parte do trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional). *	7	16.7	16	38.1	6	14.3	12	28.6	1	2.4
14. Fadiga/ cansaço excessivo não é um sintoma de depressão. *	12	28.6	20	47.6	5	11.9	3	7.1	2	4.8
15. Procuo encarar o meu trabalho como uma missão que me traz realização pessoal e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.					2	4.8	24	57.1	16	38.1
16. 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. *	15	35.7	18	42.9	5	11.9	4	9.5		
17. Fadiga/ cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.	3	7.1	2	4.8	5	11.9	23	54.8	9	21.4
18. Procuo ser assertivo no meu local de trabalho (dizer aos outros o que penso, sem agressividade nem passividade) e isso	1	2.4	7	16.7	6	14.3	18	42.9	10	23.8

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ajuda-me a ter uma boa saúde mental.										
19. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), não procuro ajuda porque não há nada a fazer. *	17	40.5	23	54.8	1	2.4			1	2.4
20. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe perguntar como se sente.	2	4.8			12	28.6	22	52.4	6	14.3
21. Planear o trabalho com tempo ajuda a lidar com a ansiedade.					3	7.1	23	54.8	16	38.1
22. Uma pessoa com ansiedade entra sempre em pânico nas situações de que tem medo. *	4	9.5	10	23.8	7	16.7	14	33.3	7	16.7
23. Medo excessivo é um sintoma de ansiedade.			1	2.4	12	28.6	19	45.2	10	23.8
24. Na depressão, a intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação. *	14	33.3	15	35.7	12	28.6	1	2.4		
25. Só os familiares do idoso falecido passam por um processo de luto. *	19	45.2	21	50.0	2	4.8				
26. Caso eu esteja com um problema de saúde mental			1	2.4	4	9.5	20	47.6	17	40.5

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(p.ex., depressão, ansiedade), tenho a certeza de que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) é útil.										
27. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, "dar tempo ao tempo" é mais útil do que procurar ajuda profissional. *	7	16.7	18	42.9	12	28.6	4	9.5	1	2.4
28. Ter tido uma relação próxima com um idoso, em contexto profissional, pode levar a uma experiência de luto difícil. *	1	2.4	4	9.5	10	23.8	23	54.8	4	9.5
29. Depressão é um sinal de fraqueza. *	26	61.9	12	28.6	3	7.1	1	2.4		
30. Alterações de sono (dormir demasiado ou dormir muito pouco) são um sintoma de depressão.	2	4.8	2	4.8	7	16.7	26	61.9	5	11.9
31. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e pedir ajuda a um/a colega, vão todos ficar a saber do meu problema. *	7	16.7	13	31.0	12	28.6	9	21.4	1	2.4

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
32. Irritabilidade ou impaciência com os colegas são um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).					12	28.6	23	54.8	7	16.7
33. Medicação ansiolítica (p.ex., tranquilizantes) é a forma mais eficaz de tratar a ansiedade. *	8	19.0	19	45.2	13	31.0	2	4.8		
34. Praticar exercício físico ajuda a lidar com a depressão.					1	2.4	26	61.9	15	35.7
35. Manter uma relação emocional positiva com os idosos de quem cuida não ajuda a lidar com a sua morte. *	11	26.8	17	41.5	8	19.5	5	12.2		
36. É impossível para uma pessoa com depressão ter um bom desempenho profissional. *	7	16.7	12	28.6	11	26.2	9	21.4	3	7.1
37. Medicação antidepressiva é eficaz no tratamento de algumas manifestações de ansiedade.	1	2.4	4	9.5	13	31.0	22	52.4	2	4.8
38. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de uma pessoa próxima	1	2.4	9	21.4	12	28.6	17	40.5	3	7.1

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).										
39. Consumir bebidas alcoólicas ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional). *	25	59.5	14	33.3	1	2.4			2	4.8
40. Fatores genéticos (p.ex., hereditariedade) são uma causa possível de depressão.	5	11.9	3	7.1	12	28.6	18	42.9	4	9.5
41. Cumprir as pausas previstas no trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	1	2.4	2	4.8	5	11.9	24	57.1	10	23.8
42. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), procuro ajuda de um profissional de saúde especializado (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família).					5	11.9	22	52.4	15	35.7
43. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), não procuro ajuda no meu local de trabalho porque o meu	9	21.4	24	57.1	6	14.3	3	7.1		

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
posto pode ficar em risco. *										
44. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), procuro ajuda de alguém próximo (p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).	1	2.4	6	14.3	7	16.7	26	61.9	2	4.8
45. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo se o/a incentivar a praticar exercício físico.			3	7.1	14	33.3	24	57.1	1	2.4
46. Insegurança na realização das tarefas profissionais é um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	2	4.8	10	23.8	13	31.0	13	31.0	4	9.5
47. Procurar pensar de outra forma em relação a um problema (criar pensamentos uteis) (p.ex., “isto é difícil, mas já passei por isto antes”) não ajuda a lidar com a ansiedade. *	11	26.2	15	35.7	11	26.2	5	11.9		
48. Fazer atividades que deem prazer não ajuda a lidar com a depressão. *	19	45.2	17	40.5	3	7.1	3	7.1		

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
49. Depressão é rara em homens. *	20	48.8	18	43.9	2	4.9	0	0	1	2.4
50. Procuo ter tempo de lazer com qualidade e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	1	2.4			4	9.5	21	50.0	16	38.1
51. Procuo ter bons hábitos de sono e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.					1	2.4	23	54.8	18	42.9
52. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um profissional de saúde especializado (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família).					4	9.5	24	57.1	14	33.3
53. 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. *	14	33.3	20	47.6	5	11.9	3	7.1		
54. Praticar yoga e/ou meditação/atenção plena ajuda a lidar com a ansiedade.			1	2.4	7	16.7	23	54.8	11	26.2

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
55. Agitação psicológica e/ou física são um sintoma de depressão.			8	19.0	11	26.2	19	45.2	4	9.5
56. Alterações de memória são um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).			3	7.1	11	26.2	23	54.8	5	11.9
57. Caso sintá mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional) e procurar ajuda, vou ter vergonha. *	17	40.5	18	42.9	3	7.1	4	9.5		
58. Demasiado stress familiar é uma causa possível de <i>burnout</i> (esgotamento profissional). *	1	2.4	8	19.0	7	16.7	22	52.4	4	9.5

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 4

Frequência de respostas aos itens, Secção Pessoa Idosa

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Se um idoso de quem cuida estiver com demência, incentivo-o a participar em atividades de estimulação cognitiva.	19	45.2	23	54.8						

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2. Diabetes tipo 2 é uma causa possível de demência em idosos.	4	9.5	11	26.2	14	33.3	11	26.2	2	4.8
3. Sintomas de ansiedade e de depressão podem ser manifestações de demência em idosos.			4	9.5	9	21.4	21	50.0	8	19.0
4. Comportamento agressivo (p. ex., agressão física ou verbal) não é um sintoma de demência em idosos. *	8	19.0	20	47.6	6	14.3	7	16.7	1	2.4
5. Perda da capacidade de raciocínio é um sintoma de demência em idosos.	1	2.4	1	2.4	5	12.2	29	70.0	5	12.2
6. Se um idoso de quem cuidou estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psicólogo.			2	4.8	5	11.9	21	50.0	14	33.3
7. Manter hábitos de sono regular é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.			1	2.4	3	7.1	26	61.9	12	28.6
8. Criar rotinas e objetivos diários (p. ex., ler o jornal, fazer uma caminhada) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.					3	7.1	24	57.1	15	35.7

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9. Medicação (p. ex., antidepressivos) é eficaz no tratamento da depressão em idosos.	1	2.4	1	2.4	19	45.2	18	42.9	3	7.1
10. Sentimento de culpa excessiva é um sintoma de depressão em idosos.			3	7.1	11	26.2	22	52.4	6	14.3
11. Adquirir novos conhecimentos (p. ex., fazer um curso ou tentar um novo passatempo) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência.			2	4.8	12	28.6	26	61.9	2	4.8
12. Ter uma dieta equilibrada contribui para uma boa saúde mental do idoso.					4	9.5	22	52.4	16	38.1
13. Se um idoso de quem cuidado estiver com choro fácil, estou a ajudá-lo se lhe disser que existem pessoas numa situação pior. *	15	35.7	18	42.9	8	19.0	1	2.4		
14. Se um idoso de quem cuidado estiver com ansiedade, incentivo-o a praticar exercício físico.			4	9.5	6	14.3	31	73.8	1	2.4
15. Prática de dieta saudável contribui para					5	11.9	25	59.5	12	28.6

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
uma boa saúde mental em idosos.										
16. Praticar exercício físico regular contribui para uma boa saúde mental do idoso.					4	9.5	26	61.9	12	28.6
17. Pouca concentração nas tarefas é um sintoma de depressão em idosos.			5	11.9	19	45.2	16	38.1	2	4.8
18. A intervenção psicológica não é útil para o tratamento da demência em idosos. *	14	34.1	17	41.5	5	12.2	4	9.8	1	2.4
19. Se um idoso de quem cuida estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psiquiatra.			2	4.8	10	23.8	24	57.1	6	14.3
20. Saúde física frágil (p. ex., ter várias doenças crônicas) é uma causa possível de depressão em idosos.			4	9.5	8	19.0	24	57.1	6	14.3
21. Realizar, regularmente, atividades agradáveis e com utilidade (p. ex., plantar ou regar flores) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência.					1	2.4	28	66.7	13	31.0

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
22. Irritabilidade não é um sintoma de depressão em idosos. *	11	26.8	14	34.1	5	12.2	9	22.0	2	4.9
23. Alterações do sono (p. ex., dormir demasiado ou dormir muito pouco) são sintomas de depressão em idosos.			3	7.1	12	28.6	22	52.4	5	11.9
24. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de demência em idosos.			10	23.8	10	23.8	14	33.3	8	19.0
25. Viver sozinho não é uma causa possível de depressão em idosos. *	13	31.0	18	42.9	5	11.9	4	9.5	2	4.8
26. Vaguear (p. ex., andar sem direção) é um sintoma de demência em idosos.			2	4.8	6	14.3	21	50.0	13	31.0
27. Manter uma aparência física cuidada não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão. *	13	31.7	17	41.5	6	14.6	5	12.2		
28. Hipertensão é uma causa possível de demência em idosos.	6	14.6	8	19.5	17	41.5	7	17.1	3	7.3
29. Obesidade não é uma causa possível de demência em idosos. *	5	12.2	12	29.3	17	41.5	6	14.6	1	2.4
30. Preocupação excessiva não é um	12	28.6	20	47.6	3	7.1	6	14.3	1	2.4

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
sintoma de ansiedade em idosos. *										
31. Se um idoso de quem cuidou estiver com depressão, incentivo-o a fazer o que lhe dá prazer (p. ex., música, jogos).					2	4.8	27	64.3	13	31.0
32. Se um idoso de quem cuidou estiver com ansiedade, deixo-o estar mais sozinho, para que possa acalmar-se. *	7	16.7	21	50.0	10	23.8	4	9.5		
33. Contacto com a natureza contribui para uma boa saúde mental do idoso.					1	2.4	19	45.2	22	52.4
34. Reduzir ou eliminar o consumo de bebidas alcoólicas contribui para uma boa saúde mental do idoso.			1	2.4	5	11.9	15	35.7	21	50.0
35. Focar no momento presente (p. ex., fazer meditação) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade.			3	7.1	11	26.2	20	47.6	8	19.0
36. Se um idoso de quem cuidou estiver com ansiedade, incentivo-o a conversar sobre o que sente.					4	9.8	29	70.7	8	19.5

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
37. Intervenção psicológica é eficaz no tratamento da ansiedade em idosos.			1	2.4	6	14.3	21	50.0	14	33.3
38. Irritabilidade é um sintoma de ansiedade em idosos.			3	7.1	7	16.7	25	59.5	7	16.7
39. Cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade em idosos.			5	11.9	10	23.8	23	54.8	4	9.5
40. Se um idoso de quem cuidado estiver com problema de saúde mental, pouco posso fazer para o ajudar. *	15	35.7	23	54.8	3	7.1	1	2.4		
41. A medicação ansiolítica (tranquilizantes) é mais eficaz do que a intervenção psicológica para tratar a ansiedade em idosos. *	9	21.4	15	35.7	15	35.7	3	7.1		
42. A utilização de recursos práticos para apoiar a memória (p. ex., calendários, listas, notas) não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência. *	13	31.0	19	45.2	3	7.1	5	11.9	2	4.8
43. Se um idoso de quem cuidado estiver com			3	7.1	11	26.2	25	59.5	3	7.1

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
depressão, incentivo-o a conversar com um amigo.										
44. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de depressão em idosos.	1	2.4	7	16.7	13	31.0	13	31.0	8	19.0
45. Alterações do sono (p. ex., dormir demasiado ou dormir muito pouco) são sintomas de ansiedade em idosos.			3	7.1	8	19.0	26	61.9	5	11.9
46. Se um idoso de quem cuidado apresentar perda de memória progressiva, pouco posso fazer para o ajudar. *	9	21.4	27	64.3	1	2.4	4	9.5	1	2.4
47. Intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação na depressão em idosos. *	7	16.7	22	52.4	11	26.2	2	4.8	0	0
48. Tristeza prolongada é uma característica normal nos idosos. *	14	33.3	18	42.9	4	9.5	5	11.9	1	2.4
49. Manter relações sociais positivas (p. ex., com um companheiro de quarto) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.	1	2.4			9	21.4	24	57.1	8	19.0
50. Praticar exercício físico regular é uma					5	11.9	26	61.9	11	26.2

Item	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade.										
51. Se um idoso de quem cuidado estiver a vaguear (p. ex., andar sem direção), ajudo-o a encontrar um lugar seguro.					3	7.1	24	57.1	15	35.7
52. Os efeitos secundários de alguns medicamentos (por ex. medicação para diabetes) confundem-se com sintomas de ansiedade em idosos.	4	9.5	3	7.1	21	50.0	12	28.6	2	4.8

Nota: * Itens Invertidos

De acordo com os resultados acima expostos, em 85.5% dos itens da Secção Cuidador e em 78.8% dos itens da Secção pessoa Idosa, é possível verificar uma distribuição equilibrada nas respostas, tendo sido a escala utilizada na sua amplitude total.

Quando se recorre ao uso de uma escala de *Likert*, pretende-se que o respondente manifeste o seu grau de concordância por níveis, desde o “discordo totalmente” até ao “concordo totalmente”. Quando, em alguns itens, não se recorre à totalidade da escala, havendo uma tendência mais à direita ou mais à esquerda, deve-se questionar se o(s) item(s) em causa permitem discriminar as diversas opiniões dos indivíduos (Cunha, 2007).

A tendência de respostas para uma das extremidades, pode estar associada ao facto de o item não expressar uma opinião radical, claramente negativa ou positiva (Lima, 2000), criando um viés na resposta.

Deste modo, caso este padrão de resultados se mantenha numa investigação futura, sugere-se que estes itens sejam eliminados, uma vez que poderão não cumprir qualidade suficiente para que os participantes recorram à totalidade da escala.

Etapa 3 – Análise exploratória da Consistência Interna

O estudo exploratório da consistência interna de cada dimensão e seção foi realizado tendo em vista identificar os itens que pudessem contribuir para um nível de consistência interna inferior ao desejável, podendo, num estudo posterior ser eliminados.

A consistência interna da Seção Cuidador do LSMq CFI apresentou um $\alpha = 0.67$ para a dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”; um $\alpha = 0.40$ para a dimensão “competências de primeira ajuda”; um $\alpha = 0.76$ para a dimensão “competências de procura de ajuda”; um $\alpha = 0.69$ para a dimensão “estratégias de autoajuda”; e um $\alpha = 0.89$ para o *score* total da seção.

A consistência interna da Seção pessoa Idosa do LSMq CFI apresentou um $\alpha = 0.86$ para a dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”; um $\alpha = 0.68$ para a dimensão “competências de primeira ajuda”; um $\alpha = 0.86$ para a dimensão “estratégias de autoajuda”; e um $\alpha = 0.91$ para o *score* total da seção.

Foram ainda identificados itens com um valor de correlação item-total $<.20$, não atingindo a correlação mínima recomendada (Nunnally & Bernstein, 1994). Desta forma, caso esses itens fossem eliminados, o valor do *Alfa de Cronbach* de cada dimensão aumentaria.

No que se refere à Seção Cuidador, na dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” o α aumenta caso ocorra a eliminação dos itens: 22 invertido ($\alpha = 0.68$), 28 invertido ($\alpha = 0.73$), 33 invertido ($\alpha = 0.68$), 36 invertido ($\alpha = 0.68$), 49 invertido e o 58 invertido ($\alpha = 0.73$); na dimensão “competências de primeira ajuda” a eliminação dos itens 20 ($\alpha = 0.46$) e 45 ($\alpha = 0.41$); na dimensão “competências de procura de ajuda” a eliminação dos itens 38 ($\alpha = 0.77$) e 44 ($\alpha = 0.76$); e na dimensão “estratégias de autoajuda” a eliminação do item 13 invertido ($\alpha = 0.71$) (cf. Tabela 5, 6, 7 e 8).

Tabela 5

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” – Seção Cuidador

Dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
--	-----------------------------	--

Item		
29. Depressão é um sinal de fraqueza.	.41	.65
40. Fatores genéticos (p.ex., hereditariedade) são uma causa possível de depressão.	.50	.63
9. Acontecimentos de vida negativos (p.ex., perder um emprego) são uma causa possível de ansiedade.	.46	.65
30. Fadiga/ cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade.	.27	.66
14. Fadiga/ cansaço excessivo não é um sintoma de depressão.	.48	.63
12. Irritabilidade é um sintoma de ansiedade.	.43	.65
55. Agitação psicológica e/ou física são um sintoma de depressão.	.20	.67
58. Demasiado stress familiar é uma causa possível de <i>burnout</i> (esgotamento profissional)	-.4	.73
32. Irritabilidade ou impaciência com os colegas são um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.52	.64
56. Alterações de memória são um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.44	.65
46. Insegurança na realização das tarefas profissionais é um sintoma de <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.50	.63
28. Ter tido uma relação próxima com um idoso, em contexto profissional, pode levar a uma experiência de luto difícil.	-.47	.73

23. Medo excessivo é um sintoma de ansiedade.	.40	.65
24. Na depressão, a intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação.	.32	.66
33. Medicação ansiolítica (p.ex., tranquilizantes) é a forma mais eficaz de tratar a ansiedade.	.09	.68
37. Medicação antidepressiva é eficaz no tratamento de algumas manifestações de ansiedade.	.24	.66
22. Uma pessoa com ansiedade entra sempre em pânico nas situações de que tem medo.	.13	.68
49. Depressão é rara em homens.	.02	.68
36. É impossível para uma pessoa com depressão ter um bom desempenho profissional.	.12	.68
3. Depressão não é um verdadeiro problema de saúde mental.	.47	.64
25. Só os familiares do idoso falecido passam por um processo de luto.	.64	.64

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 6

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “competências de primeira ajuda” – Secção Cuidador

Dimensão “competências de primeira ajuda”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item		
5. 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	.27	.33

de saúde especializado (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família)		
8. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe disser para "andar para a frente"	.32	.23
20. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo/a se lhe perguntar como se sente.	.04	.46
4. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo se lhe atribuir tarefas de trabalho para o/a manter ocupado/a.	.32	.23
45. Se um/a colega estiver com um problema de saúde mental, estou a ajudá-lo se o/a incentivar a praticar exercício físico.	.10	.41

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 7

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “competências de procura de ajuda” – Secção Cuidador

Dimensão “competências de procura de ajuda”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item		
52. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de um profissional de saúde especializado (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família).	.42	.74
26. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), tenho a certeza de que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) é útil.	.53	.73

38. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade), procuro ajuda de uma pessoa próxima (p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).	.10	.77
53. 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.	.32	.75
31. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e pedir ajuda a um/a colega, vão todos ficar a saber do meu problema.	.41	.74
10. Caso eu esteja com um problema de saúde mental (p.ex., depressão, ansiedade) e procurar ajuda profissional, não conto a ninguém.	.41	.74
11. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, procuro ajuda de uma pessoa próxima (p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).	.35	.75
27. Caso sinta mal-estar psicológico na sequência da morte de um idoso no meu contexto de trabalho, "dar tempo ao tempo" é mais útil do que procurar ajuda profissional.	.44	.74
16. 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.	.42	.74
44. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), procuro	.18	.76

ajuda de alguém próximo (p.ex., um/a amigo/a, familiar, colega).		
42. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), procuro ajuda de um profissional de saúde especializado (p.ex., psicólogo, psiquiatra ou médico de família).	.51	.74
57. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional) e procurar ajuda, deverei sentir vergonha.	.29	.75
7. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), acredito que a intervenção psicológica (p.ex., psicoterapia) seja útil.	.40	.74
43. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), não devo procurar ajuda no meu local de trabalho porque o meu posto pode ficar em risco.	.43	.74
19. Caso sinta mal-estar psicológico por <i>burnout</i> (esgotamento profissional), não procuro ajuda porque não há nada a fazer.	.38	.75

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 8

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de autoajuda” – Secção Cuidador

Dimensão “estratégias de autoajuda”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item		
48. Fazer atividades que deem prazer não ajuda a lidar com a depressão.	.55	.63
34. Praticar exercício físico ajuda a lidar com a depressão.	.55	.65

47. Procurar pensar de outra forma em relação a um problema (criar pensamentos uteis) (p.ex., “isto é difícil, mas já passei por isto antes”) não ajuda a lidar com a ansiedade.	.46	.65
54. Praticar yoga e/ou meditação/atenção plena ajuda a lidar com a ansiedade.	.27	.68
21. Planear o trabalho com tempo ajuda a lidar com a ansiedade.	.30	.68
41. Cumprir as pausas previstas no trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.39	.66
39. Consumir bebidas alcoólicas ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.24	.69
13. Aceitar que o cansaço extremo faz parte do trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.15	.71
2. Definir prioridades nas tarefas de trabalho ajuda a lidar com o <i>burnout</i> (esgotamento profissional).	.27	.68
6. Fazer um ritual de despedida (p. ex., escrever-lhe uma carta de despedida; celebração religiosa em conjunto) é uma boa estratégia para me "despedir" de um idoso de quem cuido, quando morre.	.32	.68
35. Manter uma relação emocional positiva com os idosos de quem cuido não ajuda a lidar com a sua morte.	.42	.65
18. Procuo ser assertivo no meu local de trabalho (dizer aos outros o que penso, sem agressividade nem passividade) e isso ajuda-me a ter uma boa saúde mental.	.34	.72

51. Procuo ter bons hábitos de sono e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	.48	.64
50. Procuo ter tempo de lazer com qualidade e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	.61	.57
15. Procuo encarar o meu trabalho como uma missão que me traz realização pessoal e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	.60	.60
1. Procuo ter uma dieta equilibrada e isso contribui para uma boa saúde mental no trabalho.	.38	.67

Nota: * Itens Invertidos

Em relação à Secção Cuidador, quando analisadas as suas dimensões individualmente, verifica-se uma boa consistência interna das escalas, ainda que com valores aceitáveis < 0.70 (Nunnally, 1978).

Contudo, quando analisadas como um todo, o *score* total da Secção, apresenta uma boa consistência interna, situando-se num intervalo considerado “bom” – entre 0.80 e 0.90 – (Nunnally & Bernstein, 1994).

No que se refere à Secção pessoa Idosa, na dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” o α aumenta caso ocorra a eliminação dos itens: 41 invertido ($\alpha = 0.86$), 47 invertido ($\alpha = 0.86$) e o 52 ($\alpha = 0.86$) e no caso da dimensão “competências de primeira ajuda” aumenta caso ocorra a eliminação dos itens 14 ($\alpha = 0.70$), 13 invertido ($\alpha = 0.69$), 32 invertido ($\alpha = 0.69$) e do 46 invertido ($\alpha = 0.69$) (cf. Tabela 9,10 e 11).

Tabela 9

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental” – Secção Pessoa Idosa

Dimensão “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
--	-----------------------------	--

Item		
22. Irritabilidade não é um sintoma de depressão em idosos	.50	.85
23. Alterações do sono (p. ex., dormir demasiado ou dormir muito pouco) são sintomas de depressão em idosos.	.57	.85
10. Sentimento de culpa excessiva é um sintoma de depressão em idosos.	.56	.85
17. Pouca concentração nas tarefas é um sintoma de depressão em idosos.	.63	.85
44. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de depressão em idosos.	.56	.85
20. Saúde física frágil (p. ex., ter várias doenças crónicas) é uma causa possível de depressão em idosos.	.43	.85
25. Viver sozinho não é uma causa possível de depressão em idosos	.31	.86
47. Intervenção psicológica é menos eficaz do que a medicação na depressão em idosos	.02	.86
48. Tristeza prolongada é uma característica normal nos idosos	.23	.86
5. Perda da capacidade de raciocínio é um sintoma de demência em idosos.	.33	.86
26. Vaguear (p. ex., andar sem direção) é um sintoma de demência em idosos.	.51	.85
3. Sintomas de ansiedade e de depressão podem ser manifestações de demência em idosos.	.46	.85
4. Comportamento agressivo (p. ex., agressão física ou verbal) não é um sintoma de demência em idosos	.38	.86

18. A intervenção psicológica não é útil para o tratamento da demência em idosos	.41	.85
28. Hipertensão é uma causa possível de demência em idosos.	.45	.85
2. Diabetes tipo 2 é uma causa possível de demência em idosos.	.40	.85
24. Consumo excessivo de bebidas alcoólicas é uma causa possível de demência em idosos.	.66	.85
29. Obesidade não é uma causa possível de demência em idosos	.40	.85
38. Irritabilidade é um sintoma de ansiedade em idosos.	.63	.85
45. Alterações do sono (p. ex., dormir demasiado ou dormir muito pouco) são sintomas de ansiedade em idosos.	.55	.85
39. Cansaço excessivo é um sintoma de ansiedade em idosos.	.63	.85
30. Preocupação excessiva não é um sintoma de ansiedade em idosos	.42	.85
37. Intervenção psicológica é eficaz no tratamento da ansiedade em idosos.	.33	.86
41. A medicação ansiolítica (tranquilizantes) é mais eficaz do que a intervenção psicológica para tratar a ansiedade em idosos	.14	.86
52. Os efeitos secundários de alguns medicamentos (por ex. medicação para diabetes) confundem-se com sintomas de ansiedade em idosos.	.04	.87
9. Medicação (p. ex., antidepressivos) é eficaz no tratamento da depressão em idosos.	.14	.86

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 10

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “competências de primeira ajuda” – Secção Pessoa Idosa

Dimensão “competências de primeira ajuda”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item		
19. Se um idoso de quem cuida estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psiquiatra.	.38	.65
6. Se um idoso de quem cuida estiver com um problema de saúde mental, incentivo-o a procurar um psicólogo.	.50	.62
40. Se um idoso de quem cuida estiver com problema de saúde mental, pouco posso fazer para o ajudar	.34	.65
14. Se um idoso de quem cuida estiver com ansiedade, incentivo-o a praticar exercício físico.	-.04	.71
36. Se um idoso de quem cuida estiver com ansiedade, incentivo-o a conversar sobre o que sente.	.44	.65
32. Se um idoso de quem cuida estiver com ansiedade, deixo-o estar mais sozinho, para que possa acalmar-se	.15	.69
31. Se um idoso de quem cuida estiver com depressão, incentivo-o a fazer o que lhe dá prazer (p. ex., música, jogos).	.72	.61
13. Se um idoso de quem cuida estiver com choro fácil, estou a ajudá-lo se lhe disser que existem pessoas numa situação pior	.11	.69

43. Se um idoso de quem cuida estiver com depressão, incentivo-o a conversar com um amigo.	.20	.67
46. Se um idoso de quem cuida apresentar perda de memória progressiva, pouco posso fazer para o ajudar	.17	.69
51. Se um idoso de quem cuida estiver a vaguear (p. ex., andar sem direção), ajudo-o a encontrar um lugar seguro.	.59	.62
1. Se um idoso de quem cuida estiver com demência, incentivo-o a participar em atividades de estimulação cognitiva.	.64	.62

Nota: * Itens Invertidos

Tabela 11

Análise da Consistência Interna do LSMq CFI, Dimensão “estratégias de autoajuda” – Secção Pessoa Idosa

Dimensão “estratégias de autoajuda”	Correlação total com o Item	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
Item		
7. Manter hábitos de sono regular é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.	.57	.85
8. Criar rotinas e objetivos diários (p. ex., ler o jornal, fazer uma caminhada) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.	.65	.85
27. Manter uma aparência física cuidada não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a depressão	.60	.85
49. Manter relações sociais positivas (p. ex., com um companheiro de quarto) é uma	.41	.86

estratégia útil para o idoso lidar com a depressão.		
50. Praticar exercício físico regular é uma estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade.	.53	.85
35. Focar no momento presente (p. ex., fazer meditação) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a ansiedade.	.51	.85
21. Realizar, regularmente, atividades agradáveis e com utilidade (p. ex., plantar ou regar flores) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência.	.73	.84
11. Adquirir novos conhecimentos (p. ex., fazer um curso ou tentar um novo passatempo) é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência.	.43	.86
42. A utilização de recursos práticos para apoiar a memória (p. ex., calendários, listas, notas) não é uma estratégia útil para o idoso lidar com a demência	.49	.86
15. Prática de dieta saudável contribui para uma boa saúde mental em idosos.	.54	.85
33. Contacto com a natureza contribui para uma boa saúde mental do idoso.	.55	.85
34. Reduzir ou eliminar o consumo de bebidas alcoólicas contribui para uma boa saúde mental do idoso.	.42	.86
12. Ter uma dieta equilibrada contribui para uma boa saúde mental do idoso.	.51	.85
16. Praticar exercício físico regular contribui para uma boa saúde mental do idoso.	.56	.85

Nota: * Itens Invertidos

Em relação à Secção pessoa Idosa, quando analisadas as suas dimensões individualmente, verifica-se uma boa consistência interna das escalas, ainda que com valores aceitáveis na dimensão “competências de primeira ajuda” < 0.70 (Nunnally, 1978).

Contudo, quando analisadas como um todo, o *score* total da Secção, apresenta uma boa consistência interna, situando-se num intervalo considerado “muito bom” – superior a 0.90 – (Nunnally & Bernstein, 1994).

De acordo com os resultados acima apresentados, observamos que todas as dimensões, de ambas as secções, de um modo geral, apresentam uma boa consistência interna. Dado o carácter exploratório do estudo, recomenda-se que, numa futura investigação, caso os valores menos aceitáveis se mantenham, que os itens identificados em ambas as secções como contribuindo para uma reduzida consistência interna, sejam eliminados.

Etapa 4 – Análise da validade convergente

Por fim, procedeu-se à análise de correlações entre as secções do LSMq CFI, bem como entre este instrumento e as dimensões do LSMq SVa (Campos et al., em revisão), com recurso ao teste de correlação de Pearson, com o objetivo de avaliar a validade convergente.

Foi encontrada uma correlação positiva, de magnitude elevada, e significativa entre os *scores* totais da Secção Cuidador e os *scores* totais da Secção pessoa Idosa do LSMq CFI ($r= 0.84, p <.001$).

Este valor de correlação, esperado, entre a Secção Cuidador e a Secção pessoa Idosa sugere que os participantes que apresentam níveis mais elevados de LSM relativamente ao seu papel como cuidadores formais apresentam também níveis mais elevados de LSM face às necessidades das pessoas idosas de quem cuidam.

De acordo com o conceito de LSM e as cinco componentes que este integra, o facto de os cuidadores formais de idosos apresentarem níveis elevados de LSM, significa que estes apresentam maiores capacidades para conhecerem mais adequadamente os problemas de saúde mental acerca de si próprios, nomeadamente os respetivos sinais e sintomas que lhes estão associados, para saberem acerca daquilo que podem fazer para

obter a ajuda adequada ao problema bem como, de prestar apoio a alguém que apresente algum problema de saúde mental e ainda, para saberem reconhecer as estratégias a que podem recorrer, por forma a melhorar a sua saúde mental (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012).

Contudo, a prevalência de bons níveis de LSM nos cuidadores, confere-lhes uma maior capacidade para cuidarem mais adequadamente deles próprios, como também dos idosos a quem prestam cuidados (Lindquist et al., 2011). Logo, permite-lhes reconhecer melhor os comportamentos dos idosos, nomeadamente identificar a eventual presença de algum problema de saúde mental, permite-lhes ter maiores capacidades para orientar na procura de ajuda especializada, com vista à resolução de algum problema, bem como, a capacidade de implementar um conjunto de estratégias promotoras de saúde mental junto das pessoas de quem cuidam.

Apresenta-se, de seguida, a análise das correlações entre os níveis de LSM, avaliada através do LSMq SVa, e os níveis de LSM específica dos cuidadores, avaliada através do LSMq CFI (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Correlações entre as sub-escalas do LSMq SVa e as sub-escalas do LSM CFI

	Total_Cuidador	Total_Pessoa Idosa
LSMq SVa_conhecimentos	.67**	.74**
LSMq SVa_crenças erradas	-.55**	-.51**
LSMq SVa_competencias de primeira ajuda e de procura de ajuda	.37*	.42**
LSMq SVa_estratégias de autoajuda	.52**	.54**

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

Ao analisar os valores acima expostos, verificamos que a Secção Cuidador se correlaciona positiva e significativamente com todas as dimensões do LSMq SVa, com exceção à dimensão “crenças erradas” com a qual apresenta uma correlação

significativamente negativa e à dimensão “competências de primeira ajuda e de procura de ajuda” com a qual apresenta uma correlação positiva.

Relativamente à Secção pessoa Idosa, esta correlaciona-se positiva e significativamente com todas as dimensões do LSMq SVa, com exceção à dimensão “crenças erradas” com a qual apresenta uma correlação significativamente negativa.

Os resultados demonstram, de um modo geral, uma correlação significativa entre as diferentes subescalas do LSMq SVa e as duas secções do LSMq CFI, indo ao encontro do que era esperado, antecipando-se, em estudos futuros, resultados positivos ao nível da validade convergente do LSMq CFI.

Semelhante à análise anterior, um indivíduo que apresente níveis de LSM significativos, apresenta maiores capacidades em conhecer os problemas de saúde mental e as crenças que lhes estão associadas, é mais capaz de prestar apoio a alguém que apresente algum problema de saúde mental bem como, de saber identificar aquilo que pode fazer para obter a ajuda adequada e ainda, de saber reconhecer um conjunto de estratégias que o permitam melhorar a sua saúde mental (Jorm et al., 1997; Jorm, 2012). Uma vez que as dimensões analisadas no LSMq SVa se assemelham às dimensões da Secção Cuidador do LSMq CFI, é esperado que a correlação seja significativa, uma vez que medem o mesmo construto.

4. Conclusões

O presente trabalho teve como principal objetivo o estudo preliminar das características psicométricas do Questionário de LSM para Cuidadores Formais de Idosos – Secção Cuidador e Secção pessoa Idosa.

Os principais resultados evidenciam uma frequência de respostas equilibrada na grande maioria dos itens do questionário, uma boa consistência interna das escalas e uma correlação positiva, de magnitude elevada, e significativa entre os *scores* totais das secções do LSMq CFI e entre estas e as diferentes subescalas do LSMq SVa.

A principal limitação ao estudo centra-se no reduzido número de participantes, que não permitiu concluir o estudo das características psicométricas do instrumento em análise.

As próximas etapas de investigação centrar-se-ão na revisão dos itens de acordo com os resultados e sugestões do presente estudo e, em seguida, no estudo das

características psicométricas, numa amostra de, aproximadamente, 560 cuidadores formais de idosos (mínimo cinco participantes por item; Kotrlik & Higgins, 2001; Hair et al., 2005).

Assim, as análises realizadas no presente estudo deverão ser realizadas novamente junto da devida amostra. Mais concretamente, a análise de frequências de resposta aos itens, após administração do LSMq CFI, a análise da consistência interna das escalas e ainda, a análise da validade convergente entre as duas secções do LSMq CFI e deste instrumento com as dimensões do LSMq SVa.

Por último, torna-se pertinente refletir sobre as implicações deste estudo para a prática. Assim, tendo em conta a maior predisposição dos cuidadores em desenvolver problemas saúde mental como o *stress*, depressão, ansiedade (Wu, 2009), síndrome de *burnout* (Vicente & Oliveira, 2015) e luto complicado (OPP, 2020), devido às exigências associadas à função que desempenham (Ribeiro et al., 2008), níveis elevados de LSM neste público-alvo parece revelar-se fundamental ao nível da prevenção e intervenção precoce em problemas de saúde mental (Jorm, 2000).

Para além uma maior LSM permitir aos cuidadores formais que cuidem mais adequadamente deles próprios, também lhes confere melhores condições para desempenharem as suas funções junto das pessoas de quem cuidam (Lindquist et al., 2011).

Perante isto, o desenvolvimento de questionários que, para além de avaliar a LSM que o cuidador tem face a ele próprio (Secção Cuidador), avalia a LSM que tem face aos idosos de quem cuidam, considerando as suas necessidades de saúde mental (Secção pessoa Idosa), terá diferentes implicações práticas nos diversos contextos de prestação de cuidados. Permitirá ao psicólogo identificar as necessidades de LSM deste público-alvo, possibilitando, a um nível mais geral, o desenvolvimento de programas de intervenção centrados na promoção de LSM e, num nível mais individual, permitirá também o ajuste de intervenções junto de um cuidador em específico, numa lógica mais psicoeducativa.

Referências Bibliográficas

American Educational Research Association. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. American Educational Research Association.

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. *Actas do VII Simpósio de Investigação em Psicologia*, 1534-1546.

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.

Campos, L., Dias, P., Costa, M., Rabin, L., Miles, R., Lestari, S., Feraihan, R., Pant, N., Sriwichai, N., Boochiang, W., & Luxi, Y. (under review). Mental Health Literacy questionnaire-Short Version for adults (MHLq-SVa): validation study in China, India, Indonesia, Portugal, Thailand, and the United States. *BMC Psychiatry*.

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.

Cunha, L. M. A. D. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes* [Doctoral dissertation]. Universidade de Lisboa.

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, 1623-1635.

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.

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.

Ferreira, M. E. M. M. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal)).

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.

Gonçalves, R. B. M. (1992). Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades. In *Prática de saúde: processos de trabalho e necessidades* (pp. 53-53).

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calcar, 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), e1864.

Hair Junior, J. F., Anderson, R. E., Tathem, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados* (AS Sant'Anna, Trad.).

Hinkin, T. R. (1998). A brief tutorial on the development of measures for use in survey questionnaires. *Organizational research methods*, 1(1), 104-121.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401.

Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy. *American psychologist*, 67(3), 231-243.

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.

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.

Kotrlik, J. W. K. J. W., & Higgins, C. C. H. C. C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research appropriate sample size in survey research. *Information technology, learning, and performance journal*, 19(1), 43.

Levenson, S. (2001). A assistência institucional de longo prazo. *Reichel assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento (5ª ed.)*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 527-38.

Lima, L. P. D. (2000). Atitudes: Estrutura e mudança. *Psicologia social*, 4, 185-225.

Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J., & Baker, D. W. (2011). Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 26(5).

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.

Loureiro, L., Pedreiro, A., & Correia, S. (2012). Tradução, adaptação e validação de um questionário de avaliação da literacia em saúde mental (QuALiSMental) para adolescentes e jovens portugueses a partir de um focus group. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 25, 42-48.

Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Oliveira, G. R., Crispim, D., Pires, S. L., Gorzoni, M. L., ... & 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.

Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., & Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*, 39(1), 31-38.

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.

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.

Netemeyer, R. G., Bearden, W. O., & Sharma, S. (2003). *Scaling procedures: Issues and applications*. Sage Publications.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. McGraw-Hill book company. INC New York.

Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994) The Assessment of Reliability. *Psychometric Theory*, 3, 248-292.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2022, Maio) COVID-19: Todos estaremos de luto. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/covid_19_luto.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2015). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. *Estados Unidos*, 30, 12.

Pereira, S. A. D. S., Marques, E. M. B. G., & Corte, A. E. (2014). Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 133-139.

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.

Rodrigues, C. A. D. L. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso* (Master's thesis).

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.

Sequeira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. *Coimbra: Quarteto Editora*.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 978-972). Lisboa: Lidel.

Sousa, M. (2011). Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas. *Cascais: Príncípa*.

Vicente, C. S., & Oliveira, R. A. (2015). Burnout em cuidadores formais de idosos e doentes crónicos—atualidades. *Psychology, Community & Health*, 4(3).

Wu, C. M. (2009). Learning to be a family caregiver for severely debilitated stroke survivors during the first year in Taiwan. *Theses and Dissertations*, 451.