

M

MESTRADO

GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES – RAMO GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro

09/2025



Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Autor

Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro

Orientadores

Professor Doutor Rui Pimenta, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto

Professora Doutora Carminda Morais, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do

Castelo

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto.

Agradecimentos

Ao longo de uma caminhada repleta de desafios, trabalho e dedicação, expresso a minha profunda gratidão a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta dissertação. Cada gesto de apoio, palavra de incentivo e colaboração foi fundamental neste percurso.

Ao Professor Doutor Rui Pimenta, expresso o meu profundo agradecimento pela oportunidade de contar com a sua orientação, pela exigência construtiva que me incentivou a crescer academicamente, e pelas sugestões pertinentes que enriqueceram significativamente este trabalho.

À Professora Doutora Carminda Morais, agradeço sinceramente a orientação atenta e o constante apoio ao longo deste percurso, bem como a sua disponibilidade, sensibilidade e valiosas contribuições, que foram fundamentais para a concretização deste trabalho.

À minha família, pelo amor incondicional, apoio constante e incentivo em todos os momentos desta caminhada.

Em especial à minha mãe, por ser a minha base, o meu exemplo de força, dedicação e generosidade, a sua presença foi essencial em cada etapa deste percurso. À minha avó, por ser um verdadeiro exemplo de coragem e resiliência e ao meu avô, cuja presença e trajetória continuam a ensinar-me o valor da força. Eles são as principais inspirações que me levaram a escolher este tema e este trabalho é, também, uma forma de lhes prestar homenagem.

Aos meus amigos, pelo apoio, compreensão e amizade ao longo deste percurso. Em especial à Catarina Ferreira, por toda a ajuda incansável e disponibilidade constante, à Beatriz Pereira, pelas palavras certas no momento certo, incentivo e força que sempre me transmitiu, mesmo nos momentos mais desafiantes e à Inês Silveira, pela amizade genuína, companheirismo e pela forma como soube sempre trazer leveza aos dias mais exigentes.

Aos profissionais e instituições que colaboraram na realização deste estudo, pelo tempo, disponibilidade e contributo valioso para a concretização deste trabalho. O vosso envolvimento foi essencial para garantir a qualidade e a pertinência dos dados recolhidos.

A todos os cuidadores informais, pelo tempo e generosidade com que partilharam comigo as suas experiências de vida, demonstrando um profundo sentido de entrega e dedicação ao próximo.

Resumo

O número de pessoas idosas está a crescer rapidamente, resultando em mais pessoas vulneráveis e dependentes que necessitam de cuidados prolongados. O cuidador desempenha um papel essencial no suporte e na assistência diária de um indivíduo idoso. Avaliar a literacia em saúde dos cuidadores é essencial, pois afeta diretamente a qualidade dos cuidados prestados e as decisões tomadas. A sua sobrecarga é significativa, portanto, programas de educação e suporte são necessários para melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e, conseqüentemente, das pessoas idosas.

Os objetivos do presente estudo são avaliar a literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores informais de pessoas de terceira idade da zona de Vila Nova de Gaia, em Portugal e analisar a relação entre literacia em saúde (LS), sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) dos cuidadores informais.

Os instrumentos utilizados foram a versão curta de 16 itens do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-Q16), a Escala de Sobrecarga do Cuidador e a versão portuguesa do *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*, traduzidos e validados para a população portuguesa e acompanhados por um grupo de questões sociodemográficas e clínicas.

A amostra final foi constituída por 102 cuidadores informais de pessoas idosas da zona de Vila Nova de Gaia. Os resultados do estudo revelaram que uma parte significativa dos cuidadores apresentou níveis inadequados (24,5%) ou problemáticos (34,3%) de literacia em saúde. Verificou-se também uma prevalência elevada de sobrecarga intensa (54,9%) e níveis mais baixos de qualidade de vida nas dimensões de vitalidade ($M = 47,49$; $DP = 18,70$) e saúde mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$). Apesar de não se confirmarem associações estatisticamente significativas entre literacia em saúde e sobrecarga, foram identificadas diferenças significativas entre os níveis de literacia e algumas dimensões da qualidade de vida, como vitalidade ($F(2,99) = 3,12$; $p = 0,047$), dor corporal ($H(2) = 7,700$; $p = 0,021$) e saúde mental ($H(2) = 10,695$; $p = 0,005$).

A literacia em saúde é crucial para que os cuidadores possam oferecer o suporte adequado à pessoa sob seus cuidados. Considerando os valores identificados neste estudo e a necessidade de promover melhorias nos níveis de literacia em saúde e na qualidade de vida dos cuidadores, sugere-se o desenvolvimento de intervenções adaptadas ao contexto local, por meio da melhoria de políticas públicas e programas de formação e apoio, reconhecendo os limites da generalização destes resultados.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Literacia em Saúde; Cuidadores Informais; Pessoas Idosas

Abstract

The number of elderly people is increasing rapidly, resulting in more vulnerable and dependent individuals who require long-term care. The caregiver plays a vital role in the daily support and assistance of an elderly person. Assessing the health literacy of caregivers is essential, as it directly affects the quality of care provided and the decisions made. Their burden is significant; therefore, educational and support programs are necessary to improve the caregivers' quality of life and, consequently, that of the elderly.

The objectives of the present study are to assess health literacy, caregiver burden, and health-related quality of life among informal caregivers of elderly people in the Vila Nova de Gaia area of Portugal, and to analyze the relationship between health literacy (HL), burden, and health-related quality of life (HRQoL) among informal caregivers.

The instruments used were the 16-item short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16), the Caregiver Burden Scale, and the Portuguese version of the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, all translated and validated for the Portuguese population, along with a set of sociodemographic and clinical questions.

The final sample consisted of 102 informal caregivers of elderly individuals from the Vila Nova de Gaia area. The study results showed that a significant portion of caregivers had inadequate (24.5%) or problematic (34.3%) levels of health literacy. A high prevalence of intense burden (54.9%) was also observed, as well as lower quality of life scores in the domains of vitality ($M = 47,49$; $DP = 18,70$) and mental health ($M = 55,29$; $DP = 15,64$). Although no statistically significant associations were found between health literacy and caregiver burden, significant differences were identified between health literacy levels and some quality of life dimensions, such as vitality ($F(2,99) = 3,12$; $p = 0,047$), bodily pain ($H(2) = 7,700$; $p = 0,021$), and mental health ($H(2) = 10,695$; $p = 0,005$).

Health literacy is crucial for caregivers to provide adequate support to the individuals under their care. Considering the values identified in this study and the need to improve health literacy levels and the quality of life of caregivers, it is suggested to develop context-specific interventions through the improvement of public policies and training and support programs, while acknowledging the limitations in generalizing these findings.

Keywords: Quality of Life; Health Literacy; Informal Caregivers; Elderly People

Resumen

El número de personas mayores está creciendo rápidamente, lo que resulta en un aumento de personas vulnerables y dependientes que requieren cuidados prolongados. El cuidador desempeña un papel fundamental en el apoyo y la asistencia diaria de una persona mayor. Evaluar la alfabetización en salud de los cuidadores es esencial, ya que afecta directamente la calidad de los cuidados prestados y las decisiones tomadas. Su carga es significativa; por lo tanto, se requieren programas de educación y apoyo para mejorar la calidad de vida de los cuidadores y, en consecuencia, la de las personas mayores.

Los objetivos del presente estudio son evaluar la alfabetización en salud, la sobrecarga y la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores informales de personas mayores en la zona de Vila Nova de Gaia, en Portugal, y analizar la relación entre la alfabetización en salud (AS), la sobrecarga y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los cuidadores informales.

Los instrumentos utilizados fueron la versión corta de 16 ítems del European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16), la Escala de Sobrecarga del Cuidador y la versión portuguesa del Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, todos traducidos y validados para la población portuguesa, junto con un conjunto de preguntas sociodemográficas y clínicas.

La muestra final estuvo compuesta por 102 cuidadores informales de personas mayores de la zona de Vila Nova de Gaia. Los resultados del estudio revelaron que una parte significativa de los cuidadores presentó niveles inadecuados (24,5%) o problemáticos (34,3%) de alfabetización en salud. También se observó una alta prevalencia de sobrecarga intensa (54,9%) y niveles más bajos de calidad de vida en las dimensiones de vitalidad ($M = 47,49$; $DP = 18,70$) y salud mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$). Aunque no se confirmaron asociaciones estadísticamente significativas entre la alfabetización en salud y la sobrecarga, se identificaron diferencias significativas entre los niveles de alfabetización y algunas dimensiones de la calidad de vida, como la vitalidad ($F(2,99) = 3,12$; $p = 0,047$), el dolor corporal ($H(2) = 7,700$; $p = 0,021$) y la salud mental ($H(2) = 10,695$; $p = 0,005$).

La alfabetización en salud es crucial para que los cuidadores puedan brindar un apoyo adecuado a la persona bajo su cuidado. Considerando los valores identificados en este estudio y la necesidad de mejorar los niveles de alfabetización en salud y la calidad de vida de los cuidadores, se sugiere desarrollar intervenciones adaptadas al contexto local, mediante la mejora de las políticas públicas y los programas de formación y apoyo, reconociendo las limitaciones para generalizar estos resultados.

Palabras clave: Calidad de Vida; Alfabetización en Salud; Cuidadores Informales; Personas Mayores

Índice

1.	Introdução	1
2.	Cuidado Informal com a Pessoa Idosa.....	3
2.1	Envelhecimento	3
2.1.1	Dependência no envelhecimento.....	4
2.1.2	O ato de cuidar pela família.....	5
2.2	Cuidador Informal.....	7
2.3	Sobrecarga do Cuidador Informal.....	10
2.4	Estatuto de Cuidador Informal e Intervenção do Poder Local	12
3.	Literacia em Saúde	14
3.1	Evolução do conceito.....	15
3.2	Modelos de avaliação e intervenção	17
4.	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	20
4.1	Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	20
4.2	Medição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	21
4.3	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Cuidador Informal	22
5.	Metodologia de Investigação	23
5.1	Justificação da Problemática.....	23
5.2	Questões de Investigação	23
5.3	Objetivos do Estudo.....	24
5.4	Finalidade do Estudo.....	24
5.5	Tipo de Estudo.....	24
5.6	Variáveis do Estudo.....	25
5.7	População alvo e amostra	26
5.8	Instrumentos para a recolha de dados	27
5.9	Recolha de dados	29
5.10	Tratamento e análise de dados	30
5.11	Procedimentos formais e éticos	31
6.	Apresentação dos Resultados.....	32
6.1	Dados sociodemográficos dos participantes e caracterização clínica	32
6.2	Propriedades psicométricas dos instrumentos.....	38

6.3	Avaliação da Literacia em Saúde dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas.....	39
6.4	Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas	44
6.5	Avaliação da QVRS dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas.....	47
6.6	Associação da LS com a Sobrecarga e QVRS dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas	51
7.	Discussão.....	53
8.	Conclusão	65
9.	Limitações do estudo.....	67
10.	Referências Bibliográficas.....	68
	ANEXOS	82
	Anexo I – Questionário Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas	83
	Anexo II – Autorizações para a utilização dos instrumentos.....	84
	Anexo III – Autorizações da Junta de Freguesia de Avintes e do Instituto da Segurança Social.....	85
	Anexo IV – Parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior do Politécnico do Porto.....	86
	Anexo V – Termo de Consentimento Informado	87

Índice de Siglas e Acrónimos

DGS – Direção Geral da Saúde

EC – Expectativas com o Cuidar

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

HLS-EU – European Health Literacy Survey

HLS-EU-Q16 – European Health Literacy Survey

IPC – Impacto da Prestação de Cuidados

LS – Literacia em Saúde

MOS SF-36 – Medical Outcomes Study – Short Form 36

PA – Perceção de Autoeficácia

PIE – Plano de Intervenção Específico

PNLSCC – Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

RI – Relação Interpessoal

Índice de Figuras

Figura 1: Competências do cuidador informal 8

Índice de Tabelas

Tabela 1.: Instrumentos de medição da Literacia em Saúde	18
Tabela 2.: Dados sociodemográficos – idade	32
Tabela 3.: Dados sociodemográficos – sexo, habilitação literária e situação profissional	33
Tabela 4.: Experiência como cuidador – grau de parentesco, coabitação, tipo de cuidador e cuidado informal compartilhado	34
Tabela 5.: Experiência como cuidador – experiência anterior, perceção da sobrecarga e justificação da perceção	35
Tabela 6.: Caracterização clínica da pessoa idosa – grau e motivo da dependência	36
Tabela 7.: Caracterização clínica da pessoa idosa – doenças crónicas	37
Tabela 8.: Total de itens do HLS-EU-Q16	39
Tabela 9.: Distribuição das respostas aos Itens 1 a 8 do HLS-EU-Q16	40
Tabela 10.: Distribuição das respostas aos Itens 9 a 16 do HLS-EU-Q16	42
Tabela 11.: Distribuição dos níveis de LS de acordo com as habilitações literárias	43
Tabela 12.: Distribuição dos níveis de LS segundo a faixa etária	43
Tabela 13.: Total de itens da ESC	44
Tabela 14.: Médias e desvios padrão dos fatores da ESC de acordo com os níveis de sobrecarga	45
Tabela 15.: Distribuição dos níveis de sobrecarga de acordo com o sexo do cuidador	45
Tabela 16.: Distribuição dos níveis de sobrecarga segundo as habilitações literárias	46
Tabela 17.: Distribuição dos níveis de sobrecarga segundo o cuidado informal compartilhado	46
Tabela 18.: Distribuição das pontuações nas diferentes dimensões do SF-36	47
Tabela 19.: Estatísticas descritivas das dimensões do MOS SF-36 segundo o sexo	49
Tabela 20.: Distribuição dos níveis de sobrecarga de acordo com os níveis de LS	51
Tabela 21.: Médias das dimensões do MOS SF-36 segundo os níveis de LS	52

Índice de Gráficos

Gráfico 1.: Literacia em Saúde Geral	40
Gráfico 2.: Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas	44

1. Introdução

A crescente transformação da composição etária da população constitui uma das mudanças sociais mais relevantes da atualidade, com impactos significativos nas dinâmicas familiares, nos sistemas de saúde e nos modelos de cuidado.

Segundo Albert (2022), o envelhecimento ocorre em diferentes contextos culturais e é um fenómeno observado globalmente. Nesse sentido, as Nações Unidas (2025) reconhecem os cidadãos idosos como agentes ativos de desenvolvimento, salientando a importância da sua integração em políticas públicas e programas sociais. Esta valorização do papel da pessoa idosa reflete uma visão centrada na inclusão, na participação ativa e na dignidade humana. Neste contexto, torna-se fundamental compreender a realidade nacional, nomeadamente no que se refere às necessidades de cuidado e ao papel dos cuidadores informais.

Os dados provenientes do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2023) revelaram que, segundo as estimativas, a população residente em Portugal com 65 anos ou mais em 2023, atingiu 24,1%, representando um aumento em relação aos 19,5% registados em 2022.

De acordo com o Instituto da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I. P., 2025), o número de cuidadores informais com estatuto, em janeiro de 2025, era de 16404. No entanto, se for abordado apenas o termo cuidador, mesmo que não tenha estatuto, os números ultrapassam os 800 mil cuidadores no país (RTP, 2022).

Os cuidadores informais representam um importante contributo para a gestão da doença crónica no domicílio, evitando recaídas e internamentos, devendo estes ser alvo de intervenção por parte dos profissionais de saúde, capacitando-os para o seu papel e minimizando a sobrecarga e o risco de morbilidade associados a esta função (Alves, Almeida, Mata & Pimental, 2018). Deste modo, assegurar o suporte adequado aos cuidadores é de extrema importância, considerando o crescente aumento da população idosa e a consequente necessidade de cuidados especializados, sendo, por isso, imperativo garantir a todos os cuidadores o acesso a recursos, informações e todas as condições necessárias para o desempenho eficiente e digno das suas funções (World Health Organization, 2017).

A literacia em saúde (LS) é entendida como uma ferramenta que capacita a população a obter um maior controlo sobre a sua saúde, influenciando, assim, os fatores pessoais, sociais e ambientais, que impactam a qualidade de vida. A população idosa apresenta índices de literacia em saúde consideravelmente baixos, o que impacta diretamente tanto nos resultados em termos de saúde quanto nos comportamentos adotados em relação à promoção do bem-estar e à prevenção de doenças (Nutbeam, 2008; Sharifirad et al., 2014).

Embora cada cuidador informal responda de forma distinta à sua realidade, a literatura tem evidenciado que este grupo enfrenta uma série de desafios com impacto na sua saúde. De acordo com vários investigadores, os cuidadores informais constituem um grupo de risco, apresentando níveis de morbilidade superiores aos de indivíduos da mesma faixa etária que não desempenham funções de cuidado, devido à sobrecarga associada (Felipe et al., 2020; Falcão et al., 2020).

A sobrecarga do cuidador informal é um fenómeno complexo que resulta da combinação de fatores emocionais, físicos e sociais, frequentemente exacerbados pela falta de apoio e de recursos adequados. O estudo de Pinquart & Sörensen (2003) aponta que a sobrecarga pode ser tanto uma consequência da intensidade do cuidado exigido pela pessoa cuidada, como da pressão psicológica e física imposta ao cuidador. A pressão de gerir tarefas diárias associadas ao cuidado, a falta de tempo para si próprio e o sentimento de responsabilidade podem levar a elevados níveis de stress e exaustão. Estas circunstâncias afetam significativamente a saúde do cuidador, podendo resultar em condições de saúde física e mental deterioradas. Para mitigar a sobrecarga, é essencial que os cuidadores recebam suporte adequado, quer por meio de programas de apoio ou pelo acesso a formação em saúde e estratégias para lidar com os desafios do ato de cuidar. Além disso, políticas públicas que assegurem benefícios e serviços para os cuidadores podem contribuir significativamente para a redução da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida.

O interesse por esta problemática associa-se ao facto de ter um caso de cuidado informal na família, observando de perto as dificuldades sentidas pelo cuidador, derivadas da falta de literacia em saúde e da sobrecarga, que impactam negativamente a sua qualidade de vida, tornando-se essencial gerar evidências científicas que orientem a melhoria das respostas às necessidades dos cuidadores, assim como o uso mais eficiente dos recursos disponíveis para eles e para as pessoas idosas cuidadas. A escolha deste tema prende-se, também, com o facto de estar em causa a saúde tanto do cuidador como da pessoa cuidada, tendo um grande impacto social, dado que os seus efeitos são claramente refletidos na qualidade de vida dos cidadãos idosos e na dos seus cuidadores, evidenciando-se de forma direta.

No que diz respeito à área de intervenção, o envelhecimento demográfico tem demonstrado um crescimento exponencial, resultando num aumento significativo do número de pessoas idosas necessitadas de cuidados, devido ao aparecimento de doenças crónicas, à redução da capacidade física e funcional, entre outros fatores. Nesse contexto, surge a necessidade urgente de avaliar a literacia dos cuidadores deste grupo, assim como a sua sobrecarga e qualidade de vida, de modo a garantir que sejam fornecidas as condições adequadas de apoio.

A presente Dissertação insere-se no Mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde e visa a obtenção do Grau de Mestre, tendo como objetivo avaliar a literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores informais de pessoas de terceira idade do concelho de Vila Nova de Gaia, em Portugal e analisar a relação da literacia em saúde com a sobrecarga e qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores.

Espera-se que os resultados obtidos com este estudo contribuam para a melhoria da gestão e inovação dos cuidados prestados aos cuidadores informais de pessoas idosas, possibilitando o desenvolvimento de iniciativas de promoção da literacia em saúde. O estudo visa fomentar a criação de programas de apoio e psicoeducação com os cuidadores informais, oferecendo informações e treinando estratégias eficazes para lidar com os desafios do cuidado de pessoas idosas, capacitando-os para enfrentar dificuldades e melhorar a sua qualidade de vida relacionada com a saúde, ao mesmo tempo em que se investiga a relação entre literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida desses cuidadores no concelho de Vila Nova de Gaia, em Portugal.

Do ponto de vista estrutural, encontra-se organizada por capítulos. Inicialmente, é apresentada a introdução com um enquadramento teórico. Segue-se a parte empírica, onde são abordados os métodos de investigação e, por último, são apresentados os resultados e a discussão, bem como a conclusão do estudo.

2. Cuidado Informal com a Pessoa Idosa

2.1 Envelhecimento

Biologicamente, o envelhecimento consiste na acumulação de vários danos moleculares e celulares que, com o tempo, resultam numa perda gradual das reservas fisiológicas, maior risco de doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca. Estas perdas, nomeadamente as físicas, sensoriais (visão e audição) e cognitivas levam as pessoas idosas a precisar de apoio, de forma a realizar as suas atividades diárias. Portanto, é necessário oferecer cuidados que melhorem a sua qualidade de vida, considerando as suas condições físicas, económicas e sociais (Inter-Parliamentary Union & World Health Organization, 2016; Faleiros et al., 2015; Romão, Pereira, & Geraldo, 2008).

Em praticamente todos os países do mundo o número de pessoas idosas tem vindo a aumentar, sendo que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar a um ritmo mais rápido do que os que possuem uma idade abaixo. A 1 de janeiro de 2023, Portugal era o país que ocupava, juntamente com Itália, o topo da tabela dos países com a maior proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos na União Europeia (Eurostat, 2024).

O envelhecimento da população será uma das modificações mais importantes deste século à escala global, trazendo mudanças sociais, económicas e de saúde, de acordo com a Organização das Nações Unidas (Organização das Nações Unidas, 2023).

As transformações demográficas associadas ao envelhecimento populacional trazem consigo uma série de desafios e exigências a nível social, económico e político para Portugal (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2024). O aumento da população idosa traz a necessidade de aumentar a oferta de cuidados de saúde e de apoio social, incluindo desde cuidados médicos especializados, como a geriatria, até cuidados em instituições de longa permanência e apoio domiciliário. Além disso, a Ankira (2021) destaca a necessidade urgente de apoio e capacitação dos cuidadores informais, dado o aumento das responsabilidades e da sobrecarga associada ao cuidado da população idosa, especialmente nas zonas rurais, onde o acesso aos cuidados formais pode ser limitado.

O aumento da longevidade e a redução das taxas de natalidade colocam em evidência a necessidade de repensar a sustentabilidade dos cuidados prestados à população idosa, bem como de promover o envelhecimento ativo e saudável que passa, também, por garantir condições que permitam o envelhecimento no local, com a devida adaptação das infraestruturas urbanas e rurais, de forma a proporcionar acessibilidade, segurança e proximidade de cuidados (Costa et al., 2021; Fonseca, 2020).

As limitações podem ser mitigadas ou superadas através da influência do meio envolvente, da mobilização de recursos pessoais e interpessoais, bem como da utilização de ajudas técnicas adequadas. É essencial implementar medidas políticas, sociais e económicas que assegurem a qualidade de vida, com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais (Romão et al., 2008).

2.1.1 Dependência no envelhecimento

O aumento da longevidade impõe novos desafios à sociedade no que diz respeito à prestação de cuidados.

O conceito de dependência refere-se à ausência ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, decorrente de condições como doenças crónicas, sequelas traumáticas, deficiências, ou patologias graves. Esta situação compromete a capacidade do indivíduo de satisfazer, de forma independente, as suas necessidades humanas básicas, conforme estabelecido no artigo n.º 3, alínea h) (Decreto-Lei no 101/2006 de 6 de Junho, 2006).

Segundo Moraes (2012), as atividades de autocuidado do indivíduo podem ser classificadas em três níveis de complexidade: (i) atividades básicas, que dizem respeito às ações fundamentais para a sobrevivência e autopreservação, como a higiene pessoal, o ato de se vestir e a alimentação; (ii)

atividades instrumentais de maior complexidade, que incluem a capacidade da pessoa idosa de viver de forma autónoma na comunidade, incluindo tarefas como a realização de compras, a preparação de alimentos, a gestão da medicação e as lidas domésticas; e (iii) atividades avançadas, que se relacionam com a participação social e envolvem dimensões produtivas, recreativas e culturais, tal como o uso de tecnologias, a gestão de finanças pessoais, a condução de veículos e a navegação na Internet (pp. 12–13). Com o crescimento do número de pessoas idosas com dificuldades para realizar atividades diárias básicas e instrumentais, há um aumento na quantidade de pessoas vulneráveis e altamente dependentes, que precisam de cuidados prolongados. Um estudo realizado com 368 pessoas idosas revelou que existia uma prevalência de 52,2% de vulnerabilidade individual, além de uma associação com problemas de saúde, autoperceção negativa de saúde, dificuldade na mobilidade e no desempenho de atividades da vida diária (Barbosa et al., 2017). Além disso, os autores destacam a importância de abordar a vulnerabilidade na terceira idade, uma vez que condições como dificuldades cognitivas e limitações nas atividades diárias estão, frequentemente, associadas à necessidade de cuidados especializados e suporte contínuo.

As necessidades específicas da pessoa idosa, bem como a sua condição clínica, são determinantes na definição do tipo de cuidados a prestar e na natureza do cuidador (Sequeira, 2010b). Segundo um estudo realizado por Sudore e Covinsky (2011) cerca de 55% das pessoas com mais de 85 anos apresentavam alterações cognitivas, 63% precisavam de assistência para tomar banho e 43% para se vestir, 67% não conseguiam caminhar além do portão de casa e 50% necessitavam de ajuda para tomar os medicamentos.

Da condição de dependência surge o papel do cuidador, responsável por atender às necessidades básicas da vida diária, sociais e de reabilitação da pessoa idosa. Esse cenário de cuidado constante eleva o risco de sobrecarga e stress emocional do cuidador, afetando-o negativamente (Kobayasi et al., 2019).

Importa desenvolver investigação no sentido de identificar as necessidades dos cuidadores, de modo a reorientar as medidas de apoio com base na evidência produzida. Uma vez que as orientações políticas e técnicas apontam para a manutenção das pessoas na comunidade, é fundamental que os cuidadores sejam qualificados para as exigências específicas do ato de cuidar.

2.1.2 O ato de cuidar pela família

O ato de cuidar da pessoa de terceira idade pode definir-se como a assistência oferecida a uma pessoa idosa para realizar tarefas essenciais para o seu bem-estar em que ela não consegue ser autónoma,

incluindo ajudar nas atividades diárias, resolver problemas emocionais, supervisionar cuidados de terceiros e entender as suas preocupações (José, 2012; Fernandes 2024).

Na sua grande maioria, o lugar de cuidador informal é ocupado por alguém próximo à pessoa cuidada, que presta cuidados no domicílio de forma não remunerada (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010b). As famílias possuem um papel ativo no cuidado informal, constituindo, assim, um recurso extremamente importante no contexto dos cuidados. Imaginário (2004) destaca o papel central da família como núcleo de solidariedade, sublinhando a relevância do apoio familiar enquanto principal fonte de suporte para as pessoas idosas, perspectiva corroborada por estudos mais recentes (Costa et al., 2022).

Ao longo da história, a função de cuidador da pessoa idosa foi tradicionalmente desempenhada exclusivamente pelos membros da família (Romão et al., 2008; Oliveira & Pereira, 2021). Um estudo realizado por Pego e Nunes (2018) identificou que a maioria dos cuidadores informais eram familiares próximos, como filhos ou cônjuges.

Para além disso, é relevante mencionar a figura da mulher associada a este tema, que se começou a destacar no Reino Unido durante o século XX (José, 2012). As mulheres assumem predominantemente o papel de cuidador, mesmo quando desempenham uma atividade profissional. De acordo com Calasanti (2003), corroborado por estudos mais recentes como o de Pinquart & Sörensen (2018), o cuidado familiar tende a ser socialmente atribuído às mulheres, sendo essa responsabilidade transferida aos homens apenas em situações em que precisam de cuidar das suas esposas. Segundo o Instituto da Segurança Social (Portugal. Assembleia da República, 2019), em janeiro de 2025, o sexo feminino representava 84,1% dos cuidadores informais com estatuto, em Portugal. No entanto, o envolvimento crescente da mulher no mercado de trabalho, aliado à diminuição do número de elementos nas famílias, tem contribuído para um aumento da prestação de cuidados por parte da figura masculina (Nascimento et al., 2008; Sequeira, 2010b; Ribeiro, 2008).

O facto de o cuidador ser um familiar direto pode comprometer a qualidade dos cuidados prestados, devido a dois fatores principais. Em primeiro lugar, pode existir uma discrepância entre a complexidade das necessidades da pessoa cuidada e a aptidão ou disponibilidade do cuidador para as satisfazer. Em segundo lugar, o envolvimento afetivo com o familiar, que atravessa um processo degenerativo e progressiva perda de autonomia, pode intensificar a carga emocional do cuidado (Vieira, 2004). No entanto, Del Rey e Mazarrasa (2000) referem que o cuidado em ambiente familiar pode trazer benefícios significativos. Por um lado, possibilita à pessoa idosa permanecer no seu meio habitual, o que contribui para a preservação da sua intimidade. Por outro, esse tipo de cuidado tende a ter um impacto positivo na autoestima do cuidador, promovendo sentimentos de satisfação, solidariedade e favorecendo o

desenvolvimento de conhecimentos sobre saúde e processos de doença (Berglund, Lytsy & Westerlund, 2024).

A doença prolongada de um familiar constitui, frequentemente, uma situação de crise familiar, geradora de instabilidade emocional e relacional. Como refere Duarte (2009), a presença de uma pessoa idosa dependente pode alterar profundamente a dinâmica familiar, afetando a individualidade e a autonomia dos seus membros. Em alguns casos, estas mudanças implicam renúncias significativas, como a suspensão da atividade profissional por parte de um familiar, o que compromete os rendimentos e dificulta a resposta às necessidades básicas do agregado.

É fundamental que os indivíduos em idade avançada disponham de uma rede familiar, social e de apoio sólida, que contribua para o seu bem-estar emocional, ajudando-os a lidar com os desafios próprios desta etapa da vida. Em diversas situações, o cuidador informal assume de maneira constante a responsabilidade de cuidar da pessoa assistida, exercendo esse papel de forma isolada, sem contar com o apoio significativo de outros membros da família (Sequeira, 2010b). Jesus et al. (2018) destacam que a falta de apoio familiar pode aumentar a sobrecarga do cuidador, prejudicando a sua qualidade de vida e a sua capacidade de oferecer cuidados adequados à pessoa assistida.

2.2 Cuidador Informal

Uma vez que o conceito de cuidador é bastante amplo, definir o termo cuidador poderá ser complexo. Existem dois tipos de cuidado, sendo eles o cuidado formal e informal. O cuidado formal é conferido por profissionais qualificados, tanto em domicílios quanto em instituições, e, dado que integra uma atividade profissional, é remunerado. Pelo contrário e como referido anteriormente, o cuidado informal é prestado em casa, geralmente por familiares, amigos ou vizinhos, não sendo remunerado (Falcão et al., 2020). Faleiros et al. (2015) acrescenta, ainda, que o cuidador informal não possui formação específica para cuidar, mas responsabiliza-se por fornecer assistência diariamente e por promover a qualidade de vida da pessoa cuidada.

Assim, cuidador informal pode ser entendido como “a pessoa que cuida de outra, numa situação de doença crónica, deficiência e, ou dependência, parcial ou total, de forma transitória ou definitiva, ou noutra condição de fragilidade e necessidade de cuidado, realizando-se este fora do âmbito profissional, ou formal” (Teixeira et al., 2017, p.8).

Ainda que seja possível encontrar várias denominações na literatura para designar os prestadores de cuidados informais, tal como prestador de cuidados informal, cuidador informal, familiar cuidador e

familiar prestador de cuidados. No presente estudo, adotou-se o termo cuidador informal, o que se julga melhor representar e abranger aquele que cuida no contexto português.

A mudança para o papel de cuidador exige uma adaptação cuidadosa e eficaz, tendo em consideração aspetos como o contexto em que cuidador se encontra inserido, as condições da pessoa dependente e a relação entre ambos. Para que esse processo seja bem-sucedido, é crucial encontrar uma harmonia entre as necessidades do cuidador e da pessoa que recebe os cuidados (Sequeira 2010b, p.172).

Os cuidados informais abrangem diversas formas de apoio, de acordo com as necessidades do indivíduo assistido. O cuidador pode fornecer suporte na obtenção de informações, ajudando a pessoa a enfrentar os obstáculos que surgem, além de oferecer apoio emocional, estabelecendo uma relação de empatia com a pessoa cuidada e compartilhando sentimentos. Adicionalmente, quando o indivíduo não consegue atender às suas necessidades básicas de forma autónoma, recorre ao apoio instrumental do cuidador, que assume a responsabilidade de ajudar a realizar as tarefas necessárias (Sequeira, 2010b, p. 179).

O exercício da função de cuidador exige mais do que ações pontuais ou boa vontade. Trata-se de uma atividade complexa que requer a integração de diferentes tipos de competências. A literatura na área da saúde e do cuidado identifica três dimensões fundamentais que orientam a formação e a atuação qualificada desses profissionais: o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Essas competências, interligadas, sustentam a prática do cuidado de forma segura, ética e humanizada (Almeida & Rebelo, 2004; Sequeira, 2010b).

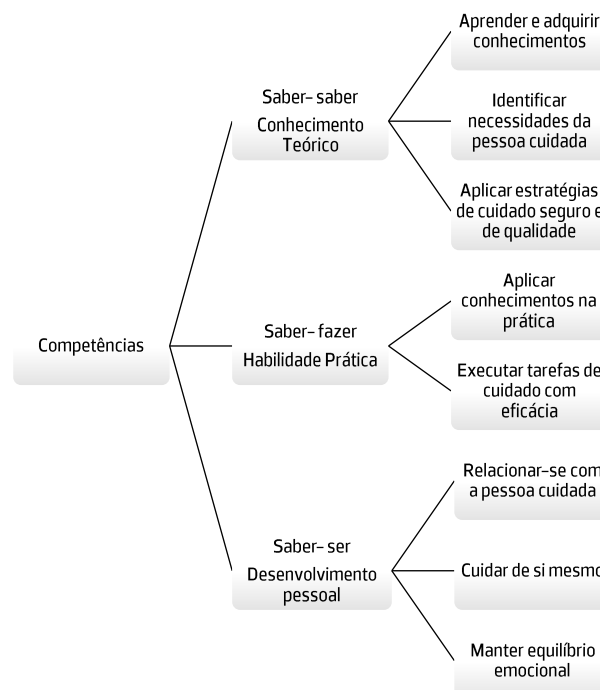


Figura 1: Competências do cuidador informal

Fonte: (Almeida & Rebelo, 2004; Sequeira, 2010b).

Para exercer bem suas funções, o cuidador deve desenvolver um conjunto de competências que englobam estas três dimensões essenciais, presentes na Figura 1. A primeira é o saber-saber, que diz respeito ao conhecimento teórico necessário para cuidar, ou seja, a capacidade de aprender, compreender e aplicar os conhecimentos que permitem identificar as necessidades da pessoa cuidada e adotar práticas seguras e eficazes. A segunda é o saber-fazer, que se refere às habilidades práticas e instrumentais, ou seja, a capacidade de aplicar esse conhecimento na prática do cuidado quotidiano. Por fim, o saber-ser que envolve competências relacionadas ao desenvolvimento pessoal e relacional, como a empatia, a responsabilidade, o autocuidado e a habilidade de estabelecer uma relação saudável com a pessoa cuidada (Almeida & Rebelo, 2004; Sequeira, 2010b).

O cuidador, em geral, assume um conjunto diversificado de responsabilidades fundamentais, que incluem:

- (i) a aquisição e administração, ou a supervisão da administração, da medicação prescrita à pessoa idosa;
- (ii) a marcação, acompanhamento e transporte da pessoa idosa às consultas médicas;
- (iii) a obediência e implementação das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde;
- (iv) a interpretação e compreensão de informações relacionadas com a saúde;
- (v) a aprendizagem e execução de procedimentos técnicos necessários à prestação de cuidados (Garcia et al., 2013).

Na Europa, cerca de 80% dos cuidados prestados são assegurados por cuidadores informais, englobando desde cuidados pessoais e apoio emocional até à gestão de tarefas financeiras, entre várias outras formas de assistência (Eurocarers, 2020). Assim, os cuidadores valorizam ser informados e participar ativamente no cuidado dos seus entes queridos (Washington et al., 2011).

Mesmo diante das dificuldades inerentes ao cuidar, Jun (2023) destaca vivências positivas relatadas por cuidadores familiares, evidenciando que sentimentos de gratidão e um sentido significativo de propósito contribuem para o fortalecimento da autoeficácia. Entre os benefícios identificados estão o crescimento pessoal, o aumento da confiança para enfrentar desafios, a melhoria das relações interpessoais e a satisfação pelo papel desempenhado.

Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde “Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa” com 12,4%, reflexo da escassez de respostas formais e profissionais no apoio à população dependente (Entidade Reguladora da Saúde, n.d.).

2.3 Sobrecarga do Cuidador Informal

Como mencionado anteriormente, o ato de cuidar traz consigo consequências que se refletem e impactam a vida e o quotidiano do cuidador. Grande parte dos cuidadores informais caracteriza-se por uma idade avançada, baixos níveis de escolaridade, ausência de atividade profissional, perceções pouco positivas em relação ao envelhecimento e um acesso limitado a informações sobre a situação de dependência e a complexidade associada à prestação de cuidados (Sequeira, 2010b). Uma das consequências de ser cuidador informal é o aumento da carga de responsabilidades, que pode variar dependendo das características do cuidador, da pessoa assistida e da dinâmica entre eles.

O termo “sobrecarga” vem de uma tradução do termo inglês “*burden*”, sendo referido num sentido negativo como um “fardo”. À primeira vista, o termo pode parecer de fácil caracterização, porém, na prática, observa-se que a sua definição é, de facto, complexa. A sobrecarga é o conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que surgem pela prestação de cuidados, afetando os cuidadores a diferentes níveis (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Esta pode dividir-se, de acordo com alguns autores, em dois subtipos: a sobrecarga objetiva, que se refere a mudanças observáveis e mensuráveis nas atividades e eventos concretos da vida do cuidador e a sobrecarga subjetiva, que engloba os sentimentos, atitudes e reações emocionais do cuidador perante as tarefas associadas ao ato de cuidar. A sobrecarga objetiva refere-se aos impactos concretos que o cuidador vivencia no seu quotidiano, resultantes da interação com os sintomas e comportamentos da pessoa cuidada. Esses impactos afetam várias dimensões da sua vida, como a saúde física e mental, a rotina doméstica, as relações sociais e o tempo de lazer (Sequeira, 2010b, p.194). Já a sobrecarga subjetiva consiste na forma como o cuidador percebe e sente as implicações do seu papel na prestação de cuidados (Sequeira, 2010a).

A qualidade da relação entre o cuidador e a pessoa idosa pode ser profundamente influenciada pela história de vida partilhada antes da situação de dependência. Relações anteriores marcadas por conflitos tendem a agravar a perceção de impactos negativos associados ao cuidado. Além disso, fatores individuais como a personalidade do cuidador, a sua autoestima e a perceção de autoeficácia são determinantes na forma como experienciam a sobrecarga. Por outro lado, quanto maior for o conhecimento do cuidador sobre a condição da pessoa dependente, menor será a probabilidade de surgirem níveis elevados de sobrecarga (Figueiredo & Sequeira, 2004).

Num estudo realizado por Rocha e Pacheco (2013), os cuidadores informais relataram vários fatores geradores de stress, incluindo a falta de conhecimento adequado para prestar cuidados, a exigência de atenção constante e intensiva, o impacto dos problemas de saúde do próprio cuidador, conflitos

familiares relacionados com as responsabilidades do cuidado e a ausência de reconhecimento do seu esforço. Além disso, destacaram dificuldades em equilibrar as demandas do cuidado com os recursos disponíveis, incluindo restrições financeiras, bem como a diminuição da participação em atividades sociais, profissionais e de lazer. No estudo de Felipe et al. (2020) os cuidadores mencionaram que têm uma rede de apoio para ajudar no cuidado dos idosos, sendo menor a sobrecarga. No entanto, mesmo com essa ajuda, o cuidador principal geralmente assume quase todas as tarefas de cuidado.

A investigação sobre a sobrecarga decorrente do cuidado de pessoas idosas com dependência, seja de origem física ou mental, reveste-se de uma relevância prioritária em saúde pública, uma vez que permite avaliar as repercussões adversas que esse processo pode acarretar para o cuidador informal (Sequeira, 2010a). Caracterizar a sobrecarga do cuidador acarreta uma enorme importância para a prevenção, uma vez que se encontra associada a uma deterioração da sua qualidade de vida e a uma maior morbidade.

A Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) foi adaptada e validada para possibilitar a identificação e a monitorização da sobrecarga e permite medir os níveis de sobrecarga, abrangendo quatro dimensões: impacto da prestação de cuidados (objetiva), relação interpessoal (objetiva), expectativas com o cuidar (subjéctiva) e percepção de autoeficácia (subjéctiva). O fator “impacto da prestação de cuidados” (IPC) possui itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos (1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22), dos quais se destacam: alteração no estado de saúde, alteração das relações sociais e familiares, escassez de tempo e desgaste mental. O fator “relação interpessoal” (RI) reúne itens (4, 5, 16, 18 e 19) associados à sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados como a vergonha e a irritação. O terceiro fator, intitulado de “expectativas com o cuidar” (EC), é constituído por quatro itens (7, 8, 14 e 15) que se relacionam com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados, focando-se nos medos, receios e disponibilidades. O último fator denomina-se “percepção de autoeficácia” (PA) e contém dois itens (20 e 21) acerca da opinião do cuidador face ao seu desempenho. (Sequeira, 2007, 2010, 2018).

Assim, a Escala de Sobrecarga do Cuidador revela-se um instrumento valioso na avaliação global da experiência de cuidar, ao oferecer uma abordagem multidimensional do fenómeno da sobrecarga. Para além de quantificar esse impacto, permite identificar áreas específicas que requerem intervenção, como o apoio psicológico, a capacitação prática e o reforço das redes de suporte.

Tão importante quanto cuidar da pessoa idosa é cuidar de quem presta esses cuidados. Deste modo, reforça-se a importância de dotar o cuidador informal dos recursos e competências necessários para reduzir o impacto do ato de cuidar, contribuindo para a minimização dos efeitos negativos associados à prestação de cuidados. Isso poderá ser conseguido por meio da aquisição de conhecimentos e do

desenvolvimento de habilidades necessárias para desempenhar essa função de uma forma mais equilibrada, não esquecendo a necessidade de assistência e apoio social.

2.4 Estatuto de Cuidador Informal e Intervenção do Poder Local

Segundo Neri e Carvalho (2002), citado por Sequeira (2010b), é possível dividir os cuidadores informais em cuidadores principais, sendo aqueles que assumem a responsabilidade do ato de cuidar e realizam a maioria dos cuidados, em cuidadores secundários, constituindo os que ajudam com alguma regularidade na prestação de cuidados (normalmente um familiar que apoia o cuidador principal) e, ainda, em cuidadores terciários, que ajudam esporadicamente, ou quando lhes é solicitado (normalmente familiar, vizinho ou amigo).

Com base nos dados do Instituto da Segurança Social (Instituto da Segurança Social, I. P., 2025), o número de cuidadores informais principais em janeiro de 2025 correspondia a 61,6% do número total de cuidadores informais, percentagem bastante superior ao número de cuidadores informais não principais nessa mesma data, com o valor de 38,4%.

Em Portugal, o Estatuto do Cuidador Informal reconhece e regulamenta os direitos e deveres dos cuidadores informais e da pessoa cuidada. Neste estatuto, apenas se enquadra o familiar da pessoa cuidada ou o terceiro que, não tendo com esta laços familiares, viva em comunhão de habitação com ela, na situação de cuidador informal principal. O cuidador informal pode ser subdividido em dois tipos: o cuidador informal principal e o cuidador informal não principal.

De acordo com a nova redação do artigo 2.º da Lei n.º 100/2019), alterada pela Lei n.º 20/2024 (Portugal. Assembleia da República, 2024), o cuidador informal principal é:

1. O cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, quando se verifique, comprovadamente, uma vivência de entreaajuda e partilha de recursos entre ambos, coincidindo ou não o domicílio fiscal, e não auferindo qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada;
2. Aquele que, não sendo familiar da pessoa cuidada, acompanha e cuida desta de forma permanente, vivendo em comunhão de habitação, e com o mesmo domicílio fiscal da pessoa cuidada, e não auferindo qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Considera-se cuidador informal não principal o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada que acompanha e cuida regularmente, mas não permanentemente, podendo ou não auferir remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada (Portugal. Assembleia da República, 2019).

Complementarmente às medidas legislativas e públicas de apoio aos cuidadores informais, destaca-se também o papel dos municípios e freguesias na identificação e apoio aos cuidadores informais. No concelho de Vila Nova de Gaia, a Câmara Municipal tem vindo a desenvolver o programa “GaiaCuidador”, que visa apoiar cuidadores informais de pessoas em situação de dependência através de acompanhamento técnico, apoio psicológico, encaminhamento para redes de suporte e, em alguns casos, apoio económico. Desde a sua implementação em 2021, o programa tem evoluído para responder de forma mais abrangente às necessidades dos cuidadores informais. Em 2024, foram introduzidas novas valências, incluindo a criação de uma equipa multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que realizam intervenções domiciliárias. Estas ações visam realizar rastreios de saúde, apoiar na organização da medicação, prestar apoio psicológico, promover atividades de estimulação física e cognitiva, e avaliar a necessidade de pequenas alterações no espaço envolvente para facilitar a prestação de cuidados. Além disso, foi estabelecida uma linha telefónica de apoio emocional e esclarecimento de dúvidas para os cuidadores (Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, 2024).

Este programa reforça a importância da atuação local na promoção do bem-estar dos cuidadores, atuando de forma próxima e contínua. No mesmo concelho, a intervenção tem sido complementada pelo trabalho de proximidade desenvolvido por freguesias, como é o caso da Junta de Freguesia de Avintes, que colabora ativamente na identificação e acompanhamento de cuidadores informais e na articulação com os serviços municipais. Esta sinergia entre diferentes níveis da administração local tem permitido uma resposta mais eficaz e adaptada às necessidades dos cuidadores no território.

Em suma, o reconhecimento legal e social do cuidador informal, aliado às medidas públicas e iniciativas privadas de apoio, constitui um passo fundamental para a valorização do seu papel e para a promoção do seu bem-estar físico, emocional e social. Torna-se, por isso, essencial que os apoios aos cuidadores informais sejam continuamente reforçados, bem divulgados e equitativamente acessíveis, de modo a garantir não só a continuidade dos cuidados, mas também a qualidade de vida de quem cuida. Nesse sentido, a mobilização dos recursos disponíveis, entendida como uma das componentes da literacia em saúde, assume um papel crucial, uma vez que capacita os cuidadores a identificar, aceder e utilizar de forma eficaz os apoios existentes.

3. Literacia em Saúde

Diversos estudos têm evidenciado que os níveis de LS estão significativamente associados à sobrecarga sentida pelos cuidadores informais. Cuidadores com níveis mais elevados de LS tendem a demonstrar maior capacidade para compreender informações médicas, navegar nos serviços de saúde e aplicar estratégias de autocuidado, o que contribui para uma perceção reduzida de sobrecarga. Um estudo realizado por Pedro et al. (2023b), com uma amostra de 760 cuidadores informais em Portugal, concluiu que níveis mais altos de LS se associam a uma menor sobrecarga, maior qualidade de vida e maior bem-estar emocional, resultados que reforçam a importância de implementar estratégias que promovam a literacia em saúde como forma de apoiar os cuidadores informais.

Em 2012, Sørensen et al. realizaram uma revisão sistemática que sintetizou diversas definições existentes de LS e propuseram uma definição abrangente, segundo a qual a LS está relacionada com a própria alfabetização geral e envolve o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acederem, compreenderem, avaliarem e aplicarem informações de saúde, de forma a tomarem decisões informadas no seu quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, com o objetivo de manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do tempo.

A LS é um determinante crítico da saúde e desempenha um papel crucial na melhoria dos resultados de saúde e na redução das desigualdades no acesso e nos cuidados (Kickbusch et al., 2013). Além disso, tem ganho um destaque crescente nos campos da saúde pública e dos cuidados de saúde, dado que afeta tanto o indivíduo quanto a coletividade. A sua influência estende-se à forma como os serviços de saúde são utilizados, aos benefícios em saúde alcançados e, por conseguinte, à gestão eficiente dos recursos disponíveis.

Um défice de LS está associado a piores resultados de saúde, incluindo taxas mais altas de hospitalizações e compreensão deficiente das instruções (Kickbusch et al., 2013). Indivíduos com níveis reduzidos de LS necessitam de um apoio adicional para compreender a sua condição de saúde, os medicamentos prescritos e as implicações de não seguir as doses recomendadas. A falta de compreensão pode levá-los a interromper voluntariamente o tratamento, por não reconhecerem a importância dos efeitos secundários ou os riscos associados a essa decisão (Baker, 1999).

Esta baixa alfabetização em saúde associa-se, ainda, a uma maior procura dos serviços de urgência, além de uma menor atenção e ação na promoção da saúde e prevenção de doenças, resultando na queda da qualidade de vida das pessoas (DGS, 2019). Para além disso, tem sido identificada como fator de risco na gestão de doenças crónicas, e pelo contrário, melhores condições de saúde aparentam estar associadas a níveis mais apropriados de LS (Pedro, Amaral Escoval, 2016).

A educação em saúde por parte dos cuidadores é essencial para cuidarem de outros indivíduos. Para assegurar a qualidade de vida, é necessário cuidar de maneira adequada. Assim, é possível evitar consequências negativas, quer para os cuidadores, quer para as pessoas cuidadas (Melo et al., 2023).

Não obstante, os baixos níveis de literacia em saúde continuam a constituir um obstáculo significativo no contexto dos cuidados a pessoas idosas. Para mitigar este problema, é imperativo delinear e implementar estratégias eficazes que visem o fortalecimento das competências individuais dos cuidadores (Bonaccorsi et al., 2019; Yuen et al., 2018). Tal investimento poderá repercutir-se positivamente na qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, na melhoria dos resultados em saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade.

Os cuidadores informais de pessoas idosas com doenças crónicas, sentem, muitas vezes, a necessidade de mais informações sobre a doença, tratamentos e prognóstico, de forma a entender os benefícios e riscos associados, a poder oferecer um cuidado mais adequado e a tomar decisões informadas (Washington et al., 2011).

Para enfrentar os baixos índices de literacia, torna-se imperativo aprimorar o acesso à educação, implementando programas de ensino, capacitação e disseminação de informações direcionados à população adulta (Nutbeam, 2009).

Um cuidador informal que detenha conhecimentos adequados sobre a doença, competências de intervenção e uma perceção realista da situação contribui significativamente para uma maior satisfação da pessoa idosa relativamente aos cuidados recebidos, evidenciando, assim, a importância fundamental da LS no desempenho eficaz do papel de cuidador (Sequeira, 2010). Neste sentido, torna-se evidente que não se pode assegurar a prestação de cuidados adequados à pessoa idosa sem um conhecimento aprofundado das competências detidas pelo seu cuidador, dado que estas influenciam diretamente a qualidade da assistência prestada. (Sudore & Covinsky, 2011).

No entanto, o baixo nível de LS entre os cuidadores de pessoas idosas constitui uma problemática pouco explorada. A literatura disponível revela um número reduzido de estudos que analisam de forma aprofundada o impacto da literacia em saúde dos cuidadores nos desfechos clínicos e no bem-estar das pessoas sob os seus cuidados (Lindquist et al., 2011).

3.1 Evolução do conceito

O conceito de literacia em saúde surgiu na década de 1970, como resposta às preocupações sobre a capacidade das pessoas para compreender instruções médicas e informações acerca da saúde (Kickbusch et al., 2013). No entanto, foi na década de 80 que o conceito de educação em saúde se tornou

fundamental para a prevenção de doenças. Nesse período, os indivíduos passaram a desenvolver habilidades pessoais e sociais para tomar decisões mais conscientes, com o objetivo de adotar comportamentos saudáveis (Nutbeam, 2000).

Inicialmente, a LS era vista como apenas a habilidade de ler e compreender informações escritas sobre saúde. Contudo, ao longo dos anos, passou a incluir, também, a capacidade de ter acesso, avaliar e usar as informações para tomar decisões informadas, de forma a manter e promover uma boa saúde (Nutbeam, 1998).

Embora tenha evoluído ao longo da história, não existe uma definição amplamente consensual. Contudo, após a análise de 17 definições, Sørensen et al. (2012, p. 3) propuseram um modelo integrador, onde sintetizaram os principais aspetos de cada uma e propuseram uma definição abrangente, que culminou em: “a literacia em Saúde está ligada à literacia e exige dos indivíduos conhecimento, motivação e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar as informações de saúde, a fim de fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana sobre saúde, doença, prevenção e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida”. Atualmente, a LS não se limita apenas à compreensão de informações médicas, mas também envolve a capacidade de navegar eficazmente no sistema de saúde, incluindo localizar, compreender, avaliar e utilizar recursos e serviços disponíveis para tomar decisões informadas (Griese & Schaeffer, 2020).

A Organização Mundial da Saúde refere que a LS “envolve a capacidade de localizar e analisar informações, avaliando sua credibilidade e qualidade, e de pesar riscos e benefícios, tudo isso com o objetivo de promover, manter e melhorar a saúde ao longo da vida” (World Health Organization [WHO], 2020, p. 168). Estas habilidades, juntamente com a motivação e o conhecimento, são cruciais para que as pessoas possam fazer julgamentos e tomar decisões conscientes e informadas sobre os seus cuidados de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar físico, psicológico e social da população em todas as fases da vida e em diversos contextos.

A evolução deste conceito reflete a crescente compreensão de que a habilidade de tomar decisões informadas sobre saúde é fundamental para a promoção da saúde pública e para a redução de disparidades no acesso ao cuidado (Kickbusch et al., 2013).

A principal fonte de informação em saúde para os portugueses é o contacto direto com profissionais, seguido da obtenção de dados através de amigos, familiares, televisão, folhetos ou bulas de medicamentos, sendo a leitura de artigos ou livros a prática menos frequente (Antunes, 2014; Espanha et al., 2015).

Se os sistemas de saúde forem organizados, podem ajudar a melhorar a LS no atendimento aos utentes, gerando benefícios para a saúde e colaborando na busca, compreensão, avaliação e comunicação de informações relacionadas à saúde (Pleasant, 2011a). No entanto, alguns profissionais podem não perceber a relevância desse aspeto e, por vezes, não têm consciência das dificuldades que os utentes enfrentam ao tentar entender as informações sobre saúde. Dessa forma, a habilidade de um indivíduo em interpretar essas informações não depende apenas das suas capacidades pessoais e do seu contexto social, mas também da maneira como a informação é transmitida (Moreira, 2018).

3.2 Modelos de avaliação e intervenção

Avaliar a LS permite identificar as lacunas no entendimento das informações de saúde, facilitando a criação de intervenções direcionadas que possam melhorar a compreensão e as habilidades das populações em relação à sua saúde (Kickbusch et al., 2013).

De acordo com Pleasant et al. (2011b, pp. 14–15), “um instrumento deve abranger diversas situações, como: desenvolver uma teoria sólida ou uma estrutura conceitual; ser multidimensional tanto em conteúdo quanto em metodologia; empregar diferentes abordagens; diferenciar literacia em saúde de comunicação; tratar a literacia como uma variável latente; seguir o princípio da compatibilidade; priorizar aplicações em pesquisa social e saúde pública, além de facilitar a triagem clínica, entre outros aspetos”. Segundo Pedro et al. (2023b), para uma avaliação precisa do nível de alfabetização em saúde da população, é necessário dispor de um instrumento capaz de abranger todos os seus domínios e componentes e, em resposta a essa necessidade ainda não atendida, o Health Literacy Project – European Union (consórcio da União Europeia), ativo entre 2009 e 2012, desenvolveu uma ferramenta para avaliar a alfabetização em saúde em populações, com base na definição e no modelo conceptual proposto por Sørensen et al. (2012). Neste modelo foram considerados quatro modos de processar a informação em saúde. Primeiramente, é necessário ter a capacidade do acesso às informações, ou seja, localizar e obter dados relevantes sobre saúde. Após o acesso, a próxima etapa é a compreensão dessas informações, ou seja, entender o que foi encontrado. Em seguida, é importante avaliar essas informações, analisando a sua qualidade e relevância. Por fim, a aplicação dessa informação é fundamental, pois consiste em usá-la de forma adequada para tomar decisões que visem a melhoria da saúde (Sørensen et al., 2012). Esses processos são cruciais para garantir decisões informadas e eficazes na área da saúde. Para além disso, distingue os domínios dos cuidados de saúde, da prevenção da doença e da promoção da saúde (Sørensen et al., 2012).

Diversos instrumentos estão disponíveis para medir a literacia em saúde, conforme ilustrado na Tabela 1, o que permite concluir que o interesse por este fator cresceu, fazendo da LS uma prioridade (Antunes, 2014).

Tabela 1.: Instrumentos de medição da Literacia em Saúde

Instrumentos de medição da Literacia em Saúde	
- Clear Communication Index;	- PEMAT (Patient Education Materials Assessment Tool);
- Diabetes Numeracy Test Scale;	- PDCA (Plan do Check Act);
- EC-17 (Effective Consumer Scale);	- PMOSE/IKIRSCH formula;
- ED-MHL (Eating Disorder Mental Health Literacy);	- REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry);
- Health Literacy Management Scale;	- REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine);
- HEIQ (Health Education Impact Questionnaire);	- REALM-R (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-Revised);
- HILM (Health Insurance Literacy Measurement);	- REALM-F (Rapid Estimation of Adult Literacy in Medicine-Short Form);
- HLQ (Health Literacy Questionnaire);	- SCONUL (Seven Pillars of Information Literacy Framework);
- HLS-EU (European Health Literacy Survey);	- SILS (Single Item Literacy Screener);
- HLUPTK (Health Literacy Universal Precautions Toolkit);	- S-FHL (Short Test of Functional Health Literacy);
- METER (Medical Term Recognition Test);	- S-TOFHLA (Short Test of Functional Health Literacy in Adults);
- Million Hearts HTN Control: Action Steps for Clinicians;	- TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults).
- NAAL (National Assessment of Adult Literacy);	
- NALS (National Adult Literacy Survey);	
- NLAI (National Literacy Assessment Instrument);	
- NVS (Newest Vital Sign);	

Fonte : (Antunes & Lopes, 2018, p. 50).

O Questionário Europeu de Pesquisa de Alfabetização em Saúde foi desenvolvido com o objetivo de medir a alfabetização em saúde da população em geral, obtendo uma perspetiva mais abrangente relativamente à saúde pública. O questionário é composto por 16 questões dedicadas aos domínios dos cuidados de saúde, outras 16 questões voltadas para a prevenção de doenças e 15 questões direcionadas

à promoção da saúde, totalizando 47 itens. (HLS-EU Consortium, 2012). Para cada item do questionário, os participantes são convidados a avaliar a dificuldade de uma tarefa específica, classificando-a como: muito fácil, fácil, difícil ou muito difícil, o que possibilita também a análise da sua auto percepção (Sørensen et al., 2015).

Em 2014, Portugal traduziu, validou e aplicou a pesquisa na população (HLS-EU-PT) pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, através de uma rede académica nacional, permitindo o primeiro estudo nacional de literacia em saúde (Pedro, Amaral, & Escoval, 2016), cujas respostas indicaram que 61% da população da amostra tinha um nível problemático ou inadequado de alfabetização geral em saúde. O instrumento avalia as dificuldades que as pessoas podem ter em diversas áreas, como entender a comunicação dos médicos, interpretar informações sobre doenças nos meios de comunicação, localizar dados sobre problemas de saúde mental, compreender as instruções nas embalagens de alimentos e participar em atividades que promovem o bem-estar coletivo (World Health Organization, 2013, p. 5).

No entanto, devido ao tempo e ao custo de administrar esse instrumento, surgiu um estudo em Portugal para validar a sua forma abreviada de 16 itens (Pedro et al., 2023b). A versão curta de 16 itens do *European Health Literacy Survey* (HLS-EU-Q16) mede os níveis de LS. A adaptação transcultural foi realizada com o objetivo de obter um instrumento equivalente ao desenvolvido no país de origem assegurando-se, assim, a equivalência de conteúdo e semântica (Pedro, Amaral & Escoval, 2016).

Em síntese, o HLS-EU-Q16 é uma versão reduzida do questionário original (HLS-EU-Q47) e foi desenvolvido para fornecer uma avaliação geral da LS. Esta versão inclui itens selecionados para refletir, de forma global, os principais domínios e competências definidos no modelo original, mas não permite calcular separadamente os subíndices temáticos (cuidados de saúde, prevenção da doença e promoção da saúde), nem as dimensões de processamento da informação (aceder, compreender, avaliar e aplicar). Assim, a sua principal utilidade reside na identificação rápida e eficiente do nível geral de literacia em saúde numa população (Sørensen et al., 2013; Răducu et al., 2022).

Este conceito assume uma importância crucial para garantir a eficácia e eficiência na prestação de cuidados, além de ser um fator determinante para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Despacho no 3618-A/2016). A elevação dos níveis de literacia em saúde, o incentivo ao pensamento crítico nas decisões de saúde e o acesso às ferramentas necessárias para esse fim constituem um desafio importante para a saúde pública em Portugal (Direção Geral da Saúde, 2019).

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento (PNLSCC) 2023-2030 aponta que níveis inadequados de LS podem acarretar consequências importantes para a saúde tanto individual

quanto coletiva, contribuindo para a perpetuação de desigualdades em saúde, o que impacta a gestão dos recursos e os resultados em saúde. No entanto, importa referir que, nos últimos anos, o investimento em políticas de promoção da saúde tem favorecido uma melhoria nos resultados de literacia em saúde da população (Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde et al., 2023).

4. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

4.1 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

O aumento da longevidade tem trazido novos desafios, destacando a importância de assegurar a qualidade de vida dos cuidadores de pessoas idosas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012) a qualidade de vida (QV) é “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esta definição considera de que forma fatores como a saúde física e mental, o nível de autonomia, os vínculos sociais, as crenças individuais e o ambiente envolvente impactam a experiência de vida de cada pessoa (Organização Mundial da Saúde, 2012).

A QV representa uma percepção subjetiva e individual da própria existência, influenciada por diversos fatores interligados, como a situação socioeconómica, o contexto político, o ambiente físico, a habitação, a educação e o emprego. Embora os cuidados de saúde não possam modificar diretamente todos esses determinantes, exercem um impacto relevante sobre a saúde e, conseqüentemente, sobre o bem-estar geral. Nesse sentido, a qualidade de vida relacionada com a saúde (QVRS) corresponde a um subconjunto da qualidade de vida, focado nos aspetos que dizem respeito especificamente ao domínio da saúde na experiência individual, refletindo como a condição física, mental e funcional influenciam a percepção global de qualidade de vida (Ferreira, 1998).

A distinção entre QV e QVRS é fundamental para compreender como as condições de saúde influenciam a experiência de vida dos indivíduos. Enquanto a QV abrange uma avaliação global da vida do indivíduo, considerando aspetos como bem-estar emocional, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais, a QVRS foca especificamente nos efeitos da saúde física e mental sobre esses mesmos aspetos (Ferreira, 1998).

A QVRS é um conceito dinâmico e multidimensional que reflete como as condições de saúde impactam a percepção do indivíduo sobre sua vida. Estudos indicam que fatores como a presença de doenças crónicas, limitações funcionais e o suporte social disponível influenciam significativamente a QVRS (Noronha et al., 2016).

Nesse contexto, avaliar a QVRS torna-se essencial não apenas para compreender o bem-estar geral, mas também para garantir que os cuidadores dos indivíduos idosos possam desempenhar o seu papel sem comprometer a própria saúde e equilíbrio pessoal (Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003). A utilização de instrumentos específicos e validados, portanto, permite identificar áreas específicas que necessitam de intervenção, contribuindo para a personalização dos cuidados de saúde e para a melhoria do bem-estar.

4.2 Medição da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A avaliação da QVRS é essencial para compreender de que forma os aspetos físicos, emocionais e sociais da saúde influenciam o bem-estar individual. A aplicação de instrumentos validados, como o Medical Outcomes Study – Short Form 36 (MOS SF-36), tem-se revelado uma estratégia eficaz na medição desses impactos, permitindo a recolha de dados relevantes não só para a prática clínica, mas também para o desenvolvimento de políticas públicas mais ajustadas às necessidades da população (Vila Nova, 2017). Estes instrumentos possibilitam identificar áreas críticas da vivência em saúde, promovendo a adoção de cuidados mais direcionados e centrados no indivíduo.

A versão curta de 36 itens do Medical Outcomes Study Health Survey mede os níveis de QVRS, cobrindo oito dimensões: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental, e deteta tanto estados de saúde positivos como negativos (Alonso et al., 1995, citado por Ferreira, 1998). Especificamente, cada dimensão é composta por itens do questionário: a função física corresponde aos itens 3a a 3j; o desempenho físico, aos itens 4a a 4d; a dor corporal, aos itens 7 e 8; a saúde geral, aos itens 1 e 11a a 11d; a vitalidade, aos itens 9a, 9e, 9g e 9i; a função social, aos itens 6 e 10; o desempenho emocional, aos itens 5a a 5c; e a saúde mental, aos itens 9b, 9c, 9d, 9f e 9h. Assim, este instrumento avalia aspetos negativos, como limitações nas atividades diárias e dor, bem como estados positivos, como a perceção de vitalidade e a saúde geral, oferecendo uma visão equilibrada do bem-estar físico e psicológico. O questionário inclui ainda o item 2, que avalia a perceção de mudança do estado de saúde em comparação com o ano anterior. Este item é analisado isoladamente e não integra o cálculo de nenhuma das oito dimensões da escala (Ware & Sherbourne, 1992).

Para a validação cultural, seguiram-se as regras de equivalência cultural apresentadas pelo European Research Group on Health Outcomes. Também foram analisados os oito critérios exigidos pelo Scientific Advisory Committee do Medical Outcomes Trust para que traduções dos seus instrumentos possam ser reconhecidas. Relativamente à equivalência de critério, verificou-se alguma evidência relativamente à capacidade do instrumento em distinguir entre grupos diferentes de doentes (Ferreira, 1998).

Assim, para validar esta versão, foi realizado um processo metódico de adaptação cultural, que englobou a tradução, retroversão e pré-teste, garantindo que o instrumento mantivesse a equivalência semântica e fossem aplicáveis à nova realidade cultural.

4.3 Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde e Cuidador Informal

O cuidado informal prestado a indivíduos com dependência pode ter implicações significativas na QV do cuidador. Muitas vezes, os cuidadores não se encontram totalmente preparados para as diversas situações que o ato de cuidar envolve, o que pode afetar diretamente o seu bem-estar de maneira substancial. Esta falta de preparação, somada à carga emocional e física do cuidado, pode gerar níveis elevados de stress e sobrecarga, impactando negativamente tanto o bem-estar físico e mental dos cuidadores quanto a qualidade dos cuidados prestados aos dependentes (Melo et al., 2023). Para além disso, Silva (2019) evidencia que, em muitos casos, os cuidadores informais são, eles próprios, pessoas idosas que enfrentam limitações físicas e de saúde, o que acarreta desafios adicionais ao processo de cuidar. Esta realidade configura situações em que o cuidador e a pessoa cuidada partilham condições semelhantes de fragilidade, configurando assim uma “situação de cuidado mútuo”.

De acordo com o estudo de Krämer e Bleidorn (2024), diversos fatores influenciam o bem-estar do cuidador informal, incluindo a função física, saúde mental, suporte social e a capacidade de realizar atividades diárias. A sobrecarga, que é um reflexo das múltiplas exigências que o cuidador enfrenta, pode afetar não só a saúde física, mas também o estado emocional, levando ao desenvolvimento de ansiedade, depressão e até exaustão. A QV do cuidador, portanto, não se limita apenas ao estado de saúde, mas também envolve o equilíbrio entre o cuidar e as necessidades pessoais do cuidador.

No entanto, a QV do cuidador informal pode ser melhorada com a implementação de intervenções e programas de apoio psicológico e social, oferecendo estratégias de adaptação mais eficazes, suporte emocional e maior acesso a informações sobre cuidados de saúde (Barrera et al., 2014). A inclusão de políticas públicas que ofereçam apoio financeiro, treino adequado e rede de suporte pode aliviar a sobrecarga do cuidador, promovendo um equilíbrio saudável entre a vida pessoal e as responsabilidades de cuidado (Melo et al., 2023).

Nesse contexto, a QVRS do cuidador informal é um tema crucial, pois envolve não apenas o impacto das tarefas de cuidado, mas também a capacidade do cuidador em lidar com essas exigências de forma saudável e equilibrada. A sobrecarga do cuidador, muitas vezes negligenciada, está intrinsecamente ligada à sua saúde geral, tornando essencial a identificação de estratégias e políticas de apoio adequadas para a promoção do seu bem-estar.

5. Metodologia de Investigação

A fase metodológica envolve a definição das estratégias e a execução da pesquisa, sendo essencial para gerar novos conhecimentos (Fortin, 2009).

Ao longo do enquadramento metodológico serão descritas as etapas a realizar no estudo, apresentando-se: a problemática; as questões de investigação; os objetivos; a finalidade; o tipo de estudo; as variáveis; os participantes; bem como os instrumentos e os procedimentos utilizados na colheita, análise e tratamento de dados e os procedimentos formais e éticos.

5.1 Justificação da Problemática

Para Fortin (2009), a seleção do tema a estudar deve ser realizada com o objetivo de aumentar os conhecimentos do investigador e ser de um domínio de conhecimentos que o motiva a investigar. Este tema tem um grande impacto social, uma vez que o envelhecimento demográfico tem aumentado, existindo cada vez mais idosos dependentes a necessitar de cuidados.

Importa avaliar a LS do cuidador uma vez que esta tem implicações na qualidade dos cuidados e na tomada de decisão, sendo crucial para a pessoa cuidada ter o apoio que necessita. O impacto do cuidado informal na QVRS do cuidador, aliado à sobrecarga física e emocional, tem repercussões significativas, tanto no bem-estar do próprio cuidador como na pessoa idosa que depende do seu apoio, dado que é necessário estar cuidado para cuidar. Como tal, é importante que a gestão na área da saúde promova programas de educação e treino para os cuidadores, fornecendo-lhes suporte contínuo e promovendo a LS como um pilar essencial para garantir a qualidade dos cuidados informais e a sustentabilidade deste papel ao longo do tempo.

5.2 Questões de Investigação

As questões de investigação são cruciais na estruturação e orientação do estudo. Para Fortin (2009) o processo de investigação começa no momento em que surge uma situação que causa desconforto ou insatisfação, o que leva à busca de explicações ou a uma compreensão mais clara do ocorrido. Assim, dá-se origem a uma questão de investigação que as etapas seguintes se propõem a esclarecer (Sampieri et al. 2014).

Para este estudo, as questões de investigação foram cuidadosamente formuladas de modo a abordar os principais objetivos do estudo e explorar as áreas de interesse de forma aprofundada. As seguintes questões apresentadas nortearão a pesquisa: Existe uma associação entre a LS e a sobrecarga? Existe

uma relação entre a LS e a QVRS? Existe uma associação entre as características sociodemográficas e a LS, sobrecarga e QVRS?

5.3 Objetivos do Estudo

Este estudo tem como objetivo primordial avaliar a LS, sobrecarga e QVRS dos cuidadores informais de pessoas de terceira idade do concelho de Vila Nova de Gaia, em Portugal e analisar a associação da LS com a sobrecarga e QVRS dos cuidadores.

Existem, ainda, objetivos específicos do estudo que visam:

1. Caracterizar sócio demograficamente os cuidadores;
2. Identificar determinantes sociodemográficas da LS, sobrecarga e QVRS.

5.4 Finalidade do Estudo

O estudo visa contribuir para a tomada de decisão informada, com vista a fomentar a implementação de intervenções para a promoção e manutenção da LS, da QV e da gestão da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas, com ações práticas voltadas para o reforço da proteção emocional, da capacitação e do suporte contínuo desses cuidadores, reconhecendo o seu papel essencial na prestação de cuidados na comunidade.

A abordagem ao tema e a utilização dos instrumentos deve-se, essencialmente, à crescente importância da LS no ato de cuidar e ao impacto direto que essa função acarreta na QV do cuidador. Dado que é um fenómeno frequentemente invisibilizado no debate público e um tema ainda pouco explorado pela investigação a nível nacional, este trabalho procura não só colmatar essa lacuna, como também contribuir para um maior aprofundamento da matéria, fornecendo evidências que possam sustentar futuras investigações, políticas públicas e programas de apoio dirigidos a esta população. Além disso, os resultados poderão contribuir para a adequação de respostas em contextos de saúde primária, hospitalar e comunitária, promovendo uma abordagem mais integrada e centrada no cuidador informal.

5.5 Tipo de Estudo

Este estudo rege-se através de uma investigação de natureza quantitativa, com recurso à medição numérica, à contagem e à estatística para estudar padrões de comportamento de uma população (Sampieri, Collado, & Lucio, 2018). Esse processo envolve a colheita de dados, bem como a aplicação de métodos de medição e análise estatística para obter conclusões (Sampieri et al. 2014). Trata-se de um

estudo descritivo e analítico, uma vez que descreve características da amostra e a relação das variáveis da amostra poderá generalizar-se para a população e correlacional pois descreve variáveis e analisa o seu impacto, relação ou grau de associação numa amostra (Sampieri et al. 2014). Para a recolha de dados, utilizou-se o método de inquérito por questionário autoadministrado, para a medição da LS, sobrecarga e QVRS dos cuidadores informais de idosos e considera-se do tipo transversal, uma vez que se obteve informação referente a uma situação num determinado período de tempo (Fortin, 2009).

5.6 Variáveis do Estudo

Define-se como variável uma característica que pode mudar e cuja mudança pode ser quantificada (Sampieri et al. 2014). O presente estudo detém como variáveis dependentes a LS, a sobrecarga e a QVRS dos cuidadores informais de idosos e como variáveis independentes as variáveis sociodemográficas:

- Idade – medida através de uma questão de resposta aberta. Na análise descritiva foi operacionalizada em classes. Estabeleceu-se um intervalo de 10 anos para a elaboração das classes a fim de permitir uma melhor apresentação e interpretação dos dados;
- Sexo – medido por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Habilitação literária – avaliada por uma questão de resposta fechada e tratada como uma variável ordinal com sete opções de resposta;
- Situação profissional – avaliada por uma questão de resposta fechada e tratada como uma variável nominal com três opções de resposta;
- Grau de parentesco – medido por uma questão de resposta fechada e tratado como uma variável nominal com cinco opções de resposta;
- Tipo de cuidador informal – medido por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza, é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Coabitação – avaliada por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza, é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Experiência anterior como cuidador – avaliada por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza, é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Perceção da sobrecarga relativamente à experiência anterior – medido por uma questão de resposta fechada e tratado como uma variável ordinal com três opções de resposta;
- Justificação da perceção da sobrecarga – avaliada por uma questão de resposta aberta, permitindo aos participantes expressar livremente as razões subjacentes à sua perceção

de sobrecarga. Este tipo de questão possibilita a recolha de dados qualitativos, os quais foram posteriormente analisados através de categorização temática, com o objetivo de identificar padrões, motivos recorrentes e dimensões subjetivas associadas à experiência do cuidar;

- Cuidado informal compartilhado – avaliada por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza, é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Grau de dependência da pessoa idosa – medido por uma questão de resposta fechada e tratado como uma variável ordinal com três opções de resposta;
- Dimensão da dependência – medido por uma questão de resposta fechada e tratado como uma variável nominal com três opções de resposta;
- Existência de doença crónica – avaliada por uma questão de resposta fechada e, dada a sua natureza, é operacionalizado como uma variável nominal dicotómica;
- Doença crónica – avaliada por uma questão de resposta aberta, permitindo ao cuidador identificar livremente a(s) patologia(s) crónica(s) da pessoa cuidada. As respostas foram, posteriormente, categorizadas com base nos grupos de doenças mais frequentes, facilitando a análise e interpretação dos dados.

5.7 População alvo e amostra

Num estudo, a população é um grupo de elementos que compartilham características semelhantes (Fortin, 2009). A população constitui um conjunto dos casos que atendem aos critérios estabelecidos, estando relacionados com as características de conteúdo, lugar e período de tempo (Sampieri et al. 2014). Neste caso, a população alvo foi o conjunto dos elementos que cumpriam os requisitos de seleção, ou seja, os cuidadores informais de pessoas idosas com estatuto, no concelho de Vila Nova de Gaia, que constassem no Instituto da Segurança Social (ISS) e os cuidadores informais de pessoas idosas identificados e sinalizados pela Junta de Freguesia de Avintes para participação no programa municipal GaiaCuidador, o que permitiu uma abordagem mais integrada e representativa da realidade vivida por quem cuida. Devido à impossibilidade de aceder a toda a população causada pelo horizonte temporal da investigação, foi retirada uma amostra desta população, de modo a que fosse representativa do universo. Foram excluídos 2 participantes em que, no momento da recolha de informação, se verificou alteração da condição de cuidador informal, por falecimento da pessoa cuidada.

O questionário foi aplicado a todos os cuidadores que demonstraram disponibilidade para participar no estudo, excluindo-se 6 cuidadores por recusa de participação. No total foi obtida uma amostra de 102 participantes.

5.8 Instrumentos para a recolha de dados

Para Fortin (2009), a colheita de dados envolve a obtenção metódica de informações junto dos participantes, utilizando os instrumentos de medição selecionados para esse propósito. Deste modo, a escolha do método de recolha de dados é uma etapa essencial no processo da investigação, pois possibilita a obtenção de respostas para as questões de investigação e o alcance dos objetivos estabelecidos. As variáveis LS, sobrecarga e QVRS são consideradas constructos latentes, ou seja, não podem ser observadas diretamente, sendo avaliadas de forma indireta por meio de instrumentos validados compostos por múltiplos indicadores (Vaz Serra et al., 2006). A sua natureza multidimensional exige abordagens metodológicas que capturem as várias facetas subjetivas da experiência do cuidador informal.

Atendendo à natureza das variáveis e às características dos elementos da amostra a recolha de dados realizou-se por meio de um inquérito por questionário autoadministrado, para a caracterização da amostra e medição dos níveis de literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores informais de pessoas idosas. O questionário pode ser considerado um tipo de inquérito, que contém questões do tipo fechado. Estas possibilitam uma recolha mais prática e sistemática da informação, ainda que possa haver perda de alguma informação devido à restrição de respostas.

Considerando a revisão da literatura, a população a estudar e a janela temporal disponível para a realização da investigação, os instrumentos elegidos apresentam características como a clareza na interpretação das questões, respostas imediatas e codificação simplificada, o que facilitou tanto a coleta quanto a análise dos resultados.

Assim, o questionário é constituído por quatro partes (anexo I):

- Questionário sociodemográfico, clínico e aspetos que se encontram relacionados com o cuidado;
- European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16), versão curta de 16 itens, validada por Pedro et al. (2023b) a partir da versão original do European Health Literacy Survey (HLS-EU) de Sørensen et al. (2012), para a medição da LS;
- Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) traduzida e validada por Sequeira (2007, 2010, 2018) a partir da Zarit Burden Interview Scale de Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980), para medição da sobrecarga;

- Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36), traduzido e validado por Ferreira (1998) da versão original de Ware e Sherbourne (1992), para medição da QVRS;

Como referido, estes instrumentos encontram-se traduzidos, adaptados culturalmente e validados para a população portuguesa e já foram utilizados em outros estudos. São acompanhados por um grupo de questões elaborado pela investigadora para caracterização sociodemográfica do cuidador (idade; sexo; habilitações literárias; situação profissional; grau de parentesco com o idoso; tipo de cuidador informal; coabitação; experiência anterior como cuidador; estado de cuidado informal compartilhado) e clínica (sumária) da pessoa idosa (grau de dependência, dimensão da dependência e existência de doença crónica). O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica, foi elaborado tendo em consideração os objetivos do estudo e a revisão da literatura, sendo pertinente incluir aspetos relativos ao cuidar para um melhor conhecimento da situação em que se encontrava o cuidador.

Para a avaliação da LS dos cuidadores informais de pessoas de terceira idade, aplicou-se o HLS-EU-Q16, versão curta de 16 itens, validada por Pedro et al. (2023b) a partir da versão original do HLS-EU de Brand et al. (2013). Este instrumento utiliza a escala de Likert e respostas que variam entre “muito fácil” a “muito difícil”. Os 16 itens foram dicotomizados: respostas “difíceis” e “muito difíceis” receberam o valor 0, e respostas “fáceis” e “muito fáceis” receberam o valor 1, respostas “não sei” não tiveram valor. A soma dos valores atribuídos a cada um dos 16 itens é o nível de alfabetização em saúde de cada indivíduo. Uma soma total de ≥ 13 foi considerada um nível “adequado” de alfabetização em saúde, um valor entre 9 e 12 foi considerado um nível “problemático” e qualquer valor ≤ 8 caracterizou indivíduos com um nível “inadequado”. A fiabilidade do instrumento, pelo Coeficiente de Alpha de Cronbach, foi de 0,89 (Pedro et al., 2023b).

De modo a avaliar a sobrecarga do cuidador, foi utilizada ESC. Esta escala é constituída por 22 itens, utilizando a escala de Likert de 1 a 5 em que “1” corresponde a “Nunca”, “2” a “Quase nunca”, 3 a “Às vezes”, “4” a “Muitas vezes” e “5” a “Quase sempre”. Obteve-se uma pontuação global que variou entre 22 e 110. Uma maior pontuação correspondeu a uma maior perceção de sobrecarga: considerou-se intensa acima de 56 pontos, ligeira de 46 a 56 pontos e ausência de sobrecarga inferior a 46. Este instrumento apresentou uma consistência interna de 0,93 avaliada através do Coeficiente de Alpha de Cronbach. A ESC foi traduzida para português e analisaram-se os aspetos convergentes/divergentes com outros investigadores e com o seu autor (Steve Zarit). Como já se encontrava traduzida e validada em Espanha e no Brasil, foi efetuada uma análise comparativa das versões existentes nestes países, atendendo a algumas semelhanças linguísticas e culturais. É uma escala simples em termos de léxico, pelo que não se

verificaram dúvidas significativas. Relativamente à equivalência semântica, a sua análise foi efetuada de modo a que se enquadrasse na realidade sociocultural portuguesa (Sequeira, 2010a).

O MOS SF-36 foi utilizado para medir a QVRS. Este instrumento aborda várias dimensões do bem-estar físico e psicológico e as várias dimensões contêm de 2 a 10 itens, sendo pontuadas através da escala de Likert, que permite avaliar a frequência ou intensidade dos sintomas e perceções do indivíduo em relação a cada uma das áreas específicas. A pontuação resultante refletiu a perceção do indivíduo sobre o seu estado de saúde, variando de acordo com a intensidade dos sintomas experienciados. Dado que existiam itens com diferentes escalas de opções de resposta, no final as pontuações foram convertidas numa escala de 0 a 100, com valores mais elevados refletindo uma melhor QV percebida. Os valores dos itens pertencentes a cada dimensão foram somados e transformados, seguindo os procedimentos descritos no manual original do instrumento (Ware & Sherbourne, 1992). Este método proporcionou uma análise detalhada e objetiva da QVRS.

Os valores do alfa de Cronbach obtidos para as subescalas foram: 0,873 para a função física; 0,751 para o desempenho físico; 0,844 para a dor corporal; 0,874 para a saúde geral; 0,826 para a vitalidade; 0,603 para a função social; 0,710 para o desempenho emocional e 0,644 para a saúde mental. Estes resultados indicaram uma boa consistência interna para a maioria das subescalas, com exceção da função social, que apresentou um alfa ligeiramente abaixo do limiar geralmente aceite de 0,70 para indicar boa fiabilidade (Ferreira, 1998).

As autorizações para a utilização dos instrumentos estão presentes no anexo II.

5.9 Recolha de dados

A recolha de dados é orientada pela revisão do enquadramento teórico e pelos estudos prévios existentes, tendo igualmente em consideração os métodos e instrumentos validados utilizados em contextos semelhantes. Para esse efeito, recorreu-se ao método de inquérito por questionário autoadministrado, destinado à medição dos níveis de LS, sobrecarga e QVRS dos cuidadores informais de pessoas idosas.

Tal como refere Fortin (2009), a recolha de dados deve ser conduzida de forma sistemática e ética, assegurando a qualidade da informação obtida, bem como o respeito pelos participantes. Antes do preenchimento, os participantes foram informados sobre os objetivos e garantias éticas do estudo, nomeadamente o anonimato, a confidencialidade dos dados e a participação voluntária, e foi-lhes solicitado o consentimento informado por escrito.

A aplicação dos instrumentos foi realizada presencialmente, em formato papel, através de contacto direto com os cuidadores, garantindo assim uma maior taxa de resposta. A opção por este método visou garantir a acessibilidade dos participantes, tendo em conta possíveis limitações no uso de tecnologias digitais ou baixos níveis de literacia funcional. Esta abordagem permitiu também um maior controlo na recolha dos dados e a possibilidade de esclarecer dúvidas no momento, contribuindo para a fiabilidade das respostas.

Sempre que possível, procedeu-se à autoadministração do instrumento, após a sua apresentação e clarificação de conceitos. Nos cuidadores que revelaram dificuldades no seu preenchimento ou compreensão procedeu-se à heteroadministração, realizada pela investigadora.

A coleta de dados foi realizada em contexto domiciliário e nas instalações da Junta de Freguesia de Avintes, em função da disponibilidade dos sujeitos, e estendeu-se por um período de 3 meses, compreendidos entre abril e junho de 2025.

5.10 Tratamento e análise de dados

Relativamente ao tratamento e análise de dados, gerou-se uma base de dados trabalhada no programa informático IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 29), sendo que os resultados foram apresentados em formato de Tabelas, de modo a garantir uma apropriada análise da informação, com rigor e fiabilidade nos cálculos.

Para a caracterização da amostra, realizou-se análise estatística descritiva com a apresentação de frequências absolutas e relativas, além de medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão, valores mínimos e máximos). Para garantir as condições necessárias à aplicação dos testes estatísticos inferenciais mais adequados, algumas variáveis foram agrupadas em categorias mais amplas, assegurando maior robustez e validade dos resultados.

No que diz respeito à análise estatística inferencial, considerou-se, de uma forma geral, um nível de significância de 0,05 para a rejeição da hipótese nula. Contudo, quando o valor p era demasiado baixo, optou-se por apresentar um nível de significância de 0,001 para destacar a robustez desses achados. Esta análise permitiu avaliar a existência de associações estatisticamente significativas entre variáveis sociodemográficas, LS, sobrecarga e QVRS. Foram utilizados tanto testes paramétricos (como o teste t de Student para amostras independentes) como testes não paramétricos (como o teste de Mann-Whitney ou o teste do qui-quadrado), conforme os pressupostos de normalidade e homogeneidade de variâncias fossem ou não verificados.

A verificação da normalidade das distribuições foi realizada através do teste de Shapiro-Wilk (quando $n \leq 30$).

A homogeneidade das variâncias foi verificada pelo teste de Levene. Quando verificados os pressupostos de normalidade e homogeneidade, foram aplicados os teste t de Student e ANOVA para a comparação de médias entre grupos. Nos casos em que esses pressupostos não foram cumpridos, optou-se por testes não paramétricos equivalentes.

A associação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e os níveis de LS, sobrecarga e QVRS foi analisada com recurso a testes estatísticos apropriados à natureza das variáveis e à distribuição dos dados, incluindo testes de comparação de médias e testes de associação, assegurando o cumprimento dos pressupostos de aplicabilidade.

A fiabilidade dos instrumentos utilizados foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, permitindo aferir a consistência interna das escalas aplicadas à amostra. Os valores obtidos foram comparados com os reportados na literatura para validar a sua aplicação no presente estudo.

Por fim, gráficos circulares e de barras foram utilizados para representar visualmente as principais distribuições de variáveis e comparações entre grupos, facilitando a interpretação dos resultados.

5.11 Procedimentos formais e éticos

Durante todas as fases da investigação foram rigorosamente respeitados os princípios éticos fundamentais, nomeadamente o respeito pela autonomia dos participantes, a beneficência, a não maleficência e a justiça, conforme preconizado na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, que estabelece orientações éticas para a investigação que envolve seres humanos (World Medical Association, 2013). Assim, destacam-se a autorização para utilização dos instrumentos por parte dos respetivos autores, a autorização por parte das identidades da Junta de Freguesia de Avintes e do Instituto da Segurança Social para contacto com potenciais participantes e acesso à base de dados de cuidadores informais (anexo III), bem como a autorização e parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior do Politécnico do Porto (anexo IV).

Previamente à aplicação dos questionários, os participantes foram contactados telefonicamente. Após aceitarem colaborar, foi agendada uma data e local adequados à sua disponibilidade. No momento da recolha, e como referido anteriormente, os participantes receberam esclarecimentos complementares sobre o enquadramento e aos compromissos éticos do estudo e os seus direitos. Foi assegurada a confidencialidade, o anonimato e o direito à recusa ou desistência a qualquer momento, sem prejuízo para os participantes. A participação foi voluntária e formalizada através da assinatura do termo de

consentimento informado (anexo V), onde constava, também, a autorização para o tratamento e armazenamento dos dados exclusivamente para fins científicos.

A recolha e tratamento dos dados estiveram alinhados com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (União Europeia, 2016). Os dados foram anonimizados e armazenados num computador de uso exclusivo da investigadora, protegido por palavra-passe pessoal.

O tratamento estatístico também foi realizado no referido computador. Após a conclusão do estudo, todos os dados foram eliminados de forma segura, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD, 2016), garantindo o respeito absoluto pela privacidade e pelos direitos dos participantes.

6. Apresentação dos Resultados

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos de colheita de dados. A seguir, são apresentados os resultados da análise das relações entre as variáveis em estudo, com base nos objetivos da investigação.

6.1 Dados sociodemográficos dos participantes e caracterização clínica

Para efeitos de sistematização da apresentação da informação, procedeu-se à caracterização sociodemográfica e dos aspetos relacionados com o ato de cuidar dos cuidadores informais e à caracterização clínica das pessoas cuidadas. Os resultados apresentados são relativos aos 102 cuidadores informais de pessoas idosas de Vila Nova de Gaia.

Em relação à idade, a maior percentagem de cuidadores informais de pessoas idosas prevalece entre as idades dos 56 aos 65 anos de idade (35,3%), conforme apresenta a Tabela 2. A média de idades foi de M=60 anos (DP=11,56), apurando-se que os cuidadores de idosos se encontram numa faixa etária avançada.

Tabela 2.: Dados sociodemográficos – idade

Idade	n	%	Média (Desvio Padrão)
Menores de 35 anos	3	2,9	
36-45 anos	5	4,9	
46-55 anos	28	27,5	
56-65 anos	36	35,3	60 (11,56)
66-75 anos	17	16,7	

Maiores de 76 anos	13	12,7
Total	102	100

Conforme a Tabela 3, o sexo feminino predomina com 78 cuidadoras informais, que corresponde a uma percentagem de 76,5%.

Para facilitar a análise estatística e garantir maior robustez dos resultados, as categorias originais da variável "habilitação literária" foram agrupadas. Assim, as categorias "sem escolaridade", "sabe ler e escrever" e "1.º ciclo do ensino básico (até ao 4.º ano)" foram reunidas sob a designação "baixa escolaridade". As categorias de ensino básico, secundário e superior foram mantidas individualmente, dado o seu significado distinto em termos de qualificação formal.

Tabela 3.: Dados sociodemográficos – sexo, habilitação literária e situação profissional

		n	%
Sexo	Masculino	24	23,5
	Feminino	78	76,5
	Total	102	100
Habilitação literária	Baixa Escolaridade	36	35,3
	Ensino Básico (2º e 3º ciclos)	36	35,3
	Ensino Secundário	20	19,6
	Ensino Superior	10	9,8
	Total	102	100
Situação profissional	Empregado(a)	45	44,1
	Desempregado(a)	21	20,6
	Reformado(a)	36	35,3
	Total	102	100

O nível de escolaridade apresentado na Tabela 3 permite observar uma forte concordância nas habilitações literárias dos participantes, em que 35,3% dos cuidadores informais possuem uma baixa ou nenhuma escolaridade e o mesmo número possui apenas o equivalente ao segundo e terceiro ciclos do ensino básico, o que salienta o baixo nível de formação.

Do mesmo modo, também é possível observar nos resultados que dizem respeito à situação profissional, que a maioria dos participantes se encontram empregados (44,1%) e 35,3% se encontram reformados, sendo que apenas 20,6% se encontram desempregados.

Em relação ao grau de parentesco entre o cuidador e a pessoa cuidada, 48% dos cuidadores são filhos da pessoa cuidada e 30,4% são cônjuges, de acordo com a Tabela 4. Além disso, verificou-se que 64,7% dos cuidadores coabitam com a pessoa idosa.

Ainda nesta tabela, é possível constatar que apenas 35,3% dos cuidadores informais apresentam o seu cuidado de forma parcial, ou seja, 64,7% da amostra é composta por cuidadores informais principais.

Por fim, observou-se que o cuidado informal é, em muitos casos, uma responsabilidade partilhada: 49% dos cuidadores referiram que dividem os cuidados com outras pessoas, enquanto 51% afirmaram não ter esse apoio.

Tabela 4.: Experiência como cuidador – grau de parentesco, coabitação, tipo de cuidador e cuidado informal compartilhado

		n	%
Grau de parentesco	Cônjuge	31	30,4
	Filho	49	48,0
	Irmão	1	1,0
	Não tem grau de parentesco	2	2,0
	Outro	19	18,6
	Total	102	100
Coabitação	Coabita com a pessoa idosa	66	64,7
	Não coabita com a pessoa idosa	36	35,3
	Total	102	100
Tipo de cuidador informal	Principal	66	64,7
	Não principal	36	35,3
	Total	102	100
Cuidado informal compartilhado	Sim	50	49,0
	Não	52	51,0
	Total	102	100

Quanto à experiência anterior no papel de cuidador, na Tabela 5 verifica-se que 69,6% dos participantes referiram não ter desempenhado essa função anteriormente. Por esse motivo, não responderam à questão seguinte, que procurava avaliar a perceção da sobrecarga atual em comparação com experiências anteriores. Da amostra total, 30,4% tinham experiência prévia, 13,7% consideraram que a situação atual acarreta uma sobrecarga maior, 10,8% percebem-na como semelhante e 5,9% como menor.

Relativamente às justificações apresentadas pelos cuidadores quanto à sua perceção da sobrecarga, foi realizada uma análise qualitativa das respostas abertas, com posterior categorização por temas. Os motivos mais frequentemente apontados para a perceção de uma maior sobrecarga foram a maior dependência da pessoa cuidada (6,9%) e a menor capacidade física ou emocional do próprio cuidador (2%). Por outro lado, os cuidadores que indicaram uma sobrecarga menor justificaram as suas respostas com fatores como a experiência anterior mais exigente (2,9%), a menor dependência da pessoa cuidada atualmente (2,9%), ou o facto de o cuidado atual ser partilhado (1%). Outras justificações incluíram a intensificação do cuidado atual (2%) e a relação mais próxima com a pessoa cuidada (2%), que, dependendo do contexto, foi associada quer a uma perceção de maior, quer de menor sobrecarga. Importa referir que 80,4% dos participantes não apresentaram justificação, uma vez que consideraram a sobrecarga atual como igual à anterior ou não tinham experiência anterior.

Tabela 5.: Experiência como cuidador – experiência anterior, perceção da sobrecarga e justificação da perceção

		n	%
Experiência anterior como cuidador	Sim	31	30,4
	Não	71	69,6
	Total	102	100
Perceção da sobrecarga relativamente à experiência anterior	Maior	14	13,7
	Igual	11	10,8
	Menor	6	5,9
	Não respondido	71	69,6
Total		102	100
Justificação da perceção	Maior dependência da pessoa cuidada	7	6,9
	Menor dependência da pessoa cuidada	3	2,9

Pior condição física/emocional do cuidador	2	2
Experiência anterior mais exigente	3	2,9
Cuidado atual mais intenso/exclusivo	2	2
Experiência anterior com cuidado compartilhado	1	1
Relação mais próxima com a pessoa cuidada	2	2
Não respondido	82	80,4
Total	102	100

No que se refere ao grau de dependência das pessoas cuidadas, na Tabela 6 observa-se que a maioria é classificada como parcialmente dependente (44,1%), correspondendo a indivíduos que necessitam de ajuda em algumas atividades da vida diária. Seguem-se os totalmente dependentes (39,2%), que requerem ajuda constante e supervisão contínua, e, por fim, os dependentes (16,7%), que necessitam de ajuda em todas as atividades da vida diária, mas sem necessidade permanente de supervisão. Relativamente à dimensão associada à causa da dependência, os dados revelam que: 44,1% dos participantes identificaram causas predominantemente físicas, 12,7% atribuíram a dependência a fatores psicológicos ou mentais, e 43,1% referiram uma combinação de ambas as dimensões (física e mental).

Tabela 6.: Caracterização clínica da pessoa idosa – grau e motivo da dependência

		n	%
Grau de dependência da pessoa idosa	Parcialmente dependente	45	44,1
	Dependente	17	16,7
	Totalmente dependente	40	39,2
	Total	102	100
Motivo da dependência	Dimensão física	45	44,1
	Dimensão psicológica/mental	13	12,7
	Dimensão física e mental	44	43,1
	Total	102	100

Relativamente à presença de doenças crónicas, observa-se que 69,6% das pessoas idosas acompanhadas pelos cuidadores da amostra apresentam pelo menos uma condição crónica, enquanto 30,4% não possuem qualquer doença reportada (Tabela 7).

Tabela 7.: Caracterização clínica da pessoa idosa – doenças crónicas

		n	%
Doenças crónicas	Sim	71	69,6
	Não	31	30,4
	Total	102	100
Categoria das doenças	Doenças neurodegenerativas	18	17,6
	Doenças metabólicas	8	7,8
	Doenças cardiovasculares	4	3,9
	Doenças oncológicas	5	4,9
	Doenças respiratórias	1	1
	Doenças músculo esqueléticas	1	1
	Doenças neurológicas	1	1
	Múltiplas categorias	33	32,4
	Não respondido	31	30,4
	Total	102	100

As respostas abertas sobre as patologias mencionadas foram, posteriormente, categorizadas tematicamente em grupos clínicos, com base nas suas características principais. As categorias definidas incluíram doenças neurodegenerativas, metabólicas, cardiovasculares, oncológicas, respiratórias, músculo-esqueléticas, neurológicas não degenerativas e casos de múltiplas categorias.

Entre os participantes que relataram doenças crónicas, as mais frequentemente referidas foram as doenças neurodegenerativas (como Alzheimer, demência e Parkinson), representando 17,6% do total da amostra. Seguiram-se as doenças metabólicas (7,8%), cardiovasculares (3,9%) e oncológicas (4,9%). As doenças metabólicas incluíram sobretudo casos de diabetes e hipercolesterolemia, enquanto as cardiovasculares referiam-se a condições como hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e aterosclerose. As doenças oncológicas reportadas incluíram diversos tipos de cancro, nomeadamente cancro da próstata, cancro do pulmão e cancro da mama.

Foram ainda identificados casos isolados de doenças respiratórias, músculo-esqueléticas e neurológicas, cada uma representando 1% dos casos. Nestes grupos destacam-se patologias como

asma e doença pulmonar obstrutiva crónica no grupo respiratório, artrite reumatoide e miopatia metabólica no grupo músculo-esquelético, e epilepsia entre as doenças neurológicas não degenerativas. Importa destacar que em 32,4% da amostra foram identificadas múltiplas doenças crónicas pertencentes a categorias distintas. Por fim, em 30,4% dos casos não foi mencionada qualquer patologia. Complementarmente à caracterização descritiva foi explorada a possível associação entre a faixa etária e o nível de escolaridade dos cuidadores informais, verificando-se uma associação estatisticamente significativa, conforme indicado pelo teste do qui-quadrado ($\chi^2(15) = 71,18, p < 0,001$). No entanto, devido à limitação de 66,7% das células da tabela de contingência apresentaram contagens esperadas inferiores a 5 que poderia comprometer a robustez deste teste, foi aplicado o teste exato de Fisher, que confirmou a existência de uma associação significativa entre as variáveis ($p < 0,001$), reforçando a validade dos resultados observados.

6.2 Propriedades psicométricas dos instrumentos

Através do coeficiente alpha de Cronbach foi analisada a consistência interna dos instrumentos utilizados, o que permitiu a comparação com os resultados obtidos pelos respetivos autores. Os instrumentos demonstraram níveis globalmente adequados de consistência interna, o que confirma a sua fiabilidade para os objetivos propostos, em conformidade com os critérios sugeridos por Marôco (2021).

O HLS-EU-Q16 apresentou um alfa de Cronbach de 0,920, revelando uma consistência interna excelente, superior à reportada na validação portuguesa do instrumento ($\alpha = 0,89$), o que reforça a sua robustez na presente amostra.

A ESC obteve um alfa de 0,897, também indicativo de uma fiabilidade interna muito boa, em consonância com os valores da versão portuguesa da escala de Zarit ($\alpha = 0,88$).

Quanto ao MOS SF-36, os domínios apresentaram valores de consistência interna variáveis: função física ($\alpha = 0,924$), desempenho físico ($\alpha = 0,907$) e desempenho emocional ($\alpha = 0,931$) demonstraram consistência excelente; dor corporal ($\alpha = 0,809$) apresentou consistência muito boa; função social ($\alpha = 0,700$) e vitalidade ($\alpha = 0,770$) evidenciaram consistência aceitável e saúde geral ($\alpha = 0,642$) e saúde mental ($\alpha = 0,624$) apresentaram consistência questionável, mas ainda dentro dos valores observados nas versões portuguesas do instrumento. Estes resultados mantêm-se globalmente em linha com os estudos de validação em contexto nacional (Ferreira, 2000), refletindo uma boa adequação dos domínios à amostra em estudo.

Para garantir a coerência interna das respostas, foram previamente invertidos os itens formulados de forma negativa, ou seja, aqueles em que respostas com pontuação baixa indicavam melhor percepção de saúde. Esta inversão assegurou a homogeneidade na direção dos itens, permitindo o cálculo apropriado do alfa de Cronbach em cada domínio. Refira-se, ainda, que o item 2 do SF-36 ("Comparando com o que acontecia há um ano...") não pertence a nenhum domínio específico, sendo uma medida isolada de percepção da evolução do estado de saúde. Por esse motivo, foi analisado separadamente e não incluído no cálculo da consistência interna.

Em síntese, os resultados obtidos revelaram que os instrumentos utilizados apresentaram, na sua maioria, bons níveis de consistência interna, confirmando a sua adequação para avaliar a literacia em saúde, a sobrecarga e a qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores informais incluídos neste estudo.

6.3 Avaliação da Literacia em Saúde dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

De seguida, foram calculadas as estatísticas descritivas do índice total de LS obtido pelo HLS-EU-Q16. Observa-se que, na amostra estudada ($n = 102$), a média da soma total dos itens foi de 2,85 (DP = 0,49). Os valores mínimo e máximo registados foram 1,25 e 4,00, respetivamente, o que revela alguma variabilidade nas respostas dos participantes.

Tabela 8.: Total de itens do HLS-EU-Q16

	n	Mínimo	Máximo	Média (Desvio Padrão)
Total de itens	102	1,25	4,00	2,85 (0,49)

No seguimento da recodificação binária dos 16 itens do HLS-EU-Q16, onde a média da soma total dos itens dicotomizados foi de $M = 10,93$ (DP = 4,26), e da aplicação do critério de categorização proposto por Sørensen et al. (2013), foi possível classificar os participantes em três níveis de LS (inadequada, problemática, adequada), já descritos na metodologia que consta no capítulo 5.8. O gráfico seguinte apresenta a distribuição percentual dos cuidadores segundo estes níveis de LS.

Através da análise do Gráfico 1 verifica-se que 24,5% da amostra ($n = 25$) apresentava uma LS inadequada, 34,3% ($n = 35$) apresentava uma literacia problemática e 41,2% ($n = 42$) foi classificada com literacia adequada.

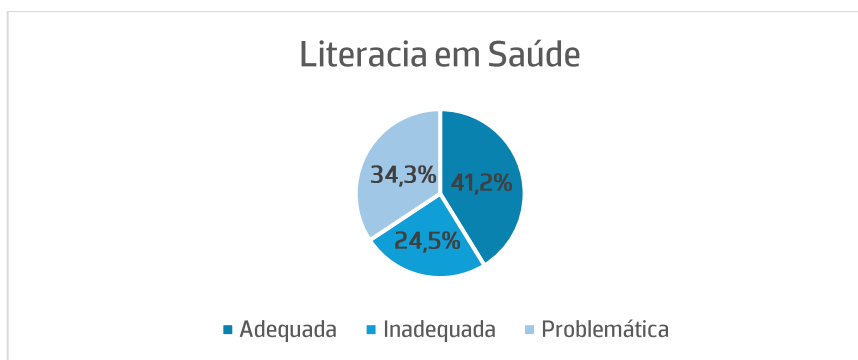


Gráfico 1.: Literacia em Saúde Geral

Para além do mencionado e, conforme evidenciado pelos cálculos realizados, 58,8% dos cuidadores informais apresentam níveis de LS abaixo do adequado, ou seja, apenas 41,2% revelam níveis considerados suficientes para lidar eficazmente com informações de saúde no quotidiano.

A análise item a item do HLS-EU-Q16 permitiu observar a distribuição das respostas dos cuidadores informais em relação à facilidade ou dificuldade em realizar diferentes tarefas associadas à LS. Através da Tabela 8 observa-se que nos primeiros oito itens se destacam percentagens elevadas de respostas “difícil” e “muito difícil” em tarefas como “encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental” (55,9% “difícil” e 6,9% “muito difícil”) e “saber onde obter ajuda especializada” (37,3% “difícil” e 9,8% “muito difícil”).

Em contraste, registaram-se percentagens mais elevadas de respostas “fácil” e “muito fácil” em itens como “compreender instruções sobre a toma de medicamentos” (60,8% “fácil” e 29,4% “muito fácil”) e “seguir instruções do médico ou farmacêutico” (60,8% “fácil” e 29,4% “muito fácil”).

Também se observou uma boa compreensão das informações transmitidas pelos profissionais de saúde, como mostra o item “compreender o médico”, com 53,9% das respostas em “fácil” e 11,8% em “muito fácil”. O item com maior proporção de respostas “não sei” foi o item 1 (“encontrar informações sobre tratamentos”, 2,9%).

Tabela 9.: Distribuição das respostas aos Itens 1 a 8 do HLS-EU-Q16

Item	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não Sei (%)
1. Encontrar informações sobre tratamentos	5,9	40,2	42,2	8,8	2,9
2. Saber onde obter ajuda especializada	9,8	37,3	44,1	7,8	1,0

Item	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não Sei (%)
3. Compreender o médico	2,9	31,4	53,9	11,8	0,0
4. Compreender instruções sobre a toma de medicamentos	2,9	6,9	60,8	29,4	0,0
5. Avaliar a necessidade de segunda opinião médica	4,9	33,3	51,0	8,8	2,0
6. Usar informações para tomar decisões sobre a doença	2,0	31,4	53,9	10,8	2,0
7. Seguir instruções do médico ou farmacêutico	1,0	8,8	60,8	29,4	0,0
8. Encontrar informações para lidar com problemas de saúde mental	6,9	55,9	25,5	9,8	2,0

Nos itens 9 a 16, mantêm-se tendências semelhantes às observadas nos itens anteriores, de acordo com a Tabela 10. Os cuidadores informais revelaram maior facilidade em “compreender avisos de saúde” (42,2% “fácil” e 43,1% “muito fácil”), bem como em “compreender a necessidade de fazer rastreios” (44,1% “fácil” e 44,1% “muito fácil”). Também se destacaram níveis elevados de facilidade no item “compreender informações dos meios de comunicação para se manter saudável” (59,8% “fácil”) e “avaliar comportamentos diários relacionados com a saúde” (53,9% “fácil”).

Por outro lado, os itens que mais frequentemente suscitaram dificuldade foram “avaliar a confiança da informação dos meios de comunicação” (30,4% “difícil” e 3,9% “muito difícil”) e “decidir como se proteger da doença com base nos meios de comunicação” (33,3% “difícil” e 5,9% “muito difícil”). Em alguns casos, as respostas “não sei” continuaram a surgir, nomeadamente nos itens 11 e 12 (ambos com 4,9%), refletindo incertezas em tarefas que exigem julgamento crítico da informação disponível nos meios de comunicação.

Tabela 10.: Distribuição das respostas aos Itens 9 a 16 do HLS-EU-Q16

Item	Muito Difícil (%)	Difícil (%)	Fácil (%)	Muito Fácil (%)	Não Sei (%)
9. Compreender avisos de saúde	2,9	11,8	42,2	43,1	0,0
10. Compreender a necessidade de fazer rastreios	—	11,8	44,1	44,1	0,0
11. Avaliar a confiança da informação dos meios de comunicação	3,9	30,4	48,0	12,7	4,9
12. Decidir como se proteger da doença com base nos meios de comunicação	5,9	33,3	46,1	9,8	4,9
13. Saber mais sobre atividades boas para o bem-estar mental	1,0	28,4	52,9	17,6	0,0
14. Cumprir conselhos de saúde de família ou amigos	—	24,5	52,0	23,5	0,0
15. Compreender informações dos meios de comunicação para se manter saudável	2,0	23,5	59,8	13,7	1,0
16. Avaliar comportamentos diários relacionados com a saúde	1,0	23,5	53,9	20,6	1,0

A análise da Tabela 11 mostra que a distribuição dos níveis de LS varia consoante as habilitações literárias dos participantes. Entre os cuidadores com baixa escolaridade, 50% apresentaram um nível inadequado de literacia, 27,8% um nível problemático e apenas 22,2% um nível adequado.

No grupo com ensino básico (2.º e 3.º ciclos), observa-se uma maior proporção de literacia adequada (47,2%) em comparação com os níveis inadequado (16,7%) e problemático (36,1%).

Já entre os participantes com ensino secundário, 50% revelaram literacia adequada, enquanto 45% apresentaram nível problemático. Os cuidadores com ensino superior foram os que registaram os melhores resultados: 70% demonstraram literacia adequada e nenhum apresentou nível inadequado. Estes dados indicam uma tendência crescente da LS à medida que aumentam os níveis de escolaridade formal dos participantes.

Tabela 11.: Distribuição dos níveis de LS de acordo com as habilitações literárias

Habilitação Literária	Inadequada (%)	Problemática (%)	Adequada (%)	Total (%)
Baixa Escolaridade	50,0%	27,8%	22,2%	100%
Ensino Básico (2º e 3º ciclos)	16,7%	36,1%	47,2%	100%
Ensino Secundário	5,0%	45,0%	50,0%	100%
Ensino Superior	0,0%	30,0%	70,0%	100%

A associação entre as habilitações literárias e os níveis de LS revelou-se estatisticamente significativa, conforme indicado pelo teste qui-quadrado ($\chi^2(6) = 23,06, p < 0,001$). Esta associação sugere que o nível de escolaridade está relacionado com a LS dos cuidadores informais.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos níveis de LS conforme a faixa etária dos cuidadores informais de pessoas idosas. Observa-se que os cuidadores mais jovens (menos de 35 anos) apresentaram predominantemente níveis adequados de literacia (100%), enquanto que nas faixas etárias mais elevadas (66 anos ou mais) houve maior proporção de níveis inadequados (47,1% e 53,8%, respetivamente).

Tabela 12.: Distribuição dos níveis de LS segundo a faixa etária

Faixa etária dos Cuidadores	Inadequada (%)	Problemática (%)	Adequada (%)	Total (%)
Menos de 35 anos	0,0%	0,0%	100,0%	100%
36-45 anos	20,0%	40,0%	40,0%	100%
46-55 anos	14,3%	35,7%	50,0%	100%
56-65 anos	13,9%	41,7%	44,4%	100%
66-75 anos	47,1%	29,4%	23,5%	100%
Mais de 76 anos	53,8%	23,1%	23,1%	100%

Constatou-se que 50% das células da tabela apresentaram contagens esperadas inferiores a 5, o que poderia comprometer a robustez do teste. Para contornar a limitação das frequências baixas em algumas células, foi aplicada a simulação Monte Carlo, que revelou uma associação estatisticamente significativa

($p < 0,001$) entre a faixa etária e os níveis de LS dos cuidadores informais, indicando que a idade pode influenciar a capacidade de acesso, compreensão e utilização de informações de saúde.

6.4 Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

De seguida, foram calculadas as estatísticas descritivas da pontuação total da ESC. Observa-se que, na amostra estudada ($n = 102$), a média da pontuação total foi de $M = 56,96$ ($DP = 15,36$). Os valores mínimo e máximo registados foram, respetivamente, 25,00 e 92,00.

Tabela 13.: Total de itens da ESC

	n	Mínimo	Máximo	Média (Desvio Padrão)
Total de itens	102	25,00	92,00	56,96 (15,36)

De forma a obter os resultados relativos à sobrecarga dos cuidadores, foram utilizadas as categorias definidas para a ESC (ausência, ligeira e intensa) conforme descrito na metodologia (capítulo 5.8).

Com base na análise dos níveis de sobrecarga medidos pela ESC, o Gráfico 2 apresenta a distribuição percentual dos cuidadores segundo estes níveis de sobrecarga. Observou-se que 25,5% dos participantes não apresentaram sobrecarga, 20,6% apresentaram sobrecarga ligeira, enquanto a maioria, 53,9%, apresentou sobrecarga intensa. Esses resultados refletem a distribuição da sobrecarga entre os participantes e indicam que uma parcela significativa dos cuidadores se encontrava sob elevado impacto emocional e físico devido às suas responsabilidades.

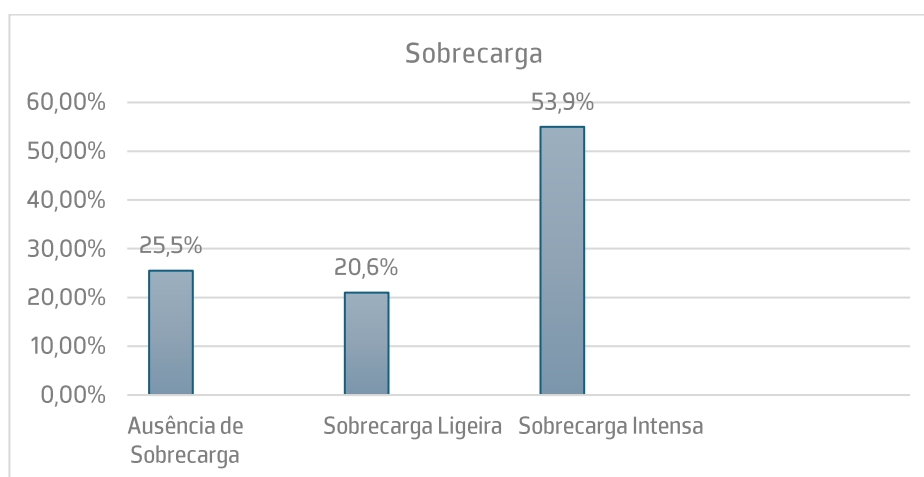


Gráfico 2.: Sobrecarga dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Com o objetivo de aprofundar a análise da sobrecarga dos cuidadores informais, procedeu-se à reorganização dos dados da ESC por fatores. Esta abordagem permitiu agrupar os 22 itens da escala nas quatro dimensões teóricas já referidas: IPC, RI, EC e PA.

Na Tabela 14, apresentam-se as médias e desvios padrão obtidos para cada fator da ESC, organizados segundo os níveis de sobrecarga identificados na amostra. Esta análise permite uma leitura mais detalhada sobre como diferentes dimensões da sobrecarga se distribuem consoante a intensidade percebida pelos cuidadores.

O fator IPC revela as médias mais elevadas para o nível de sobrecarga intensa (M = 36,11; DP = 6,33), contrastando com a média mais baixa no nível ausência (M = 16,35; DP = 3,50). O fator PA apresenta as médias mais baixas em todos os níveis, com 2,96 (DP = 0,96) no nível ausência e 5,96 (DP = 1,45) no nível intenso. Já os fatores RI e EC apresentam valores médios intermediários, que aumentam progressivamente do nível ausência (M = 6,15; DP = 1,35 e M = 11,00; DP = 3,11, respetivamente) ao nível intenso (M = 12,58; DP = 2,99 e M = 15,56; DP = 3,38, respetivamente).

Tabela 14.: Médias e desvios padrão dos fatores da ESC de acordo com os níveis de sobrecarga

Fator ESC	Ausência (n=26)	Ligeira (n=21)	Intensa (n=55)	Total (n=102)
	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)	Média (Desvio Padrão)
Impacto da Prestação de Cuidados	16,35 (3,50)	24,52 (4,57)	36,11 (6,33)	28,69 (10,07)
Relação Interpessoal	6,15 (1,35)	8,33 (2,08)	12,58 (2,99)	10,07 (3,76)
Expectativas com o Cuidar	11,00 (3,11)	14,57 (3,38)	15,56 (3,38)	14,20 (3,80)
Perceção de Autoeficácia	2,96 (0,96)	4,57 (1,25)	5,96 (1,45)	4,91 (1,81)

A seguir, apresentam-se as distribuições dos níveis de sobrecarga entre cuidadores informais, segmentadas pelo sexo e pelas habilitações literárias, para identificar possíveis diferenças na perceção da sobrecarga entre homens e mulheres e entre os diferentes níveis de escolaridade.

A Tabela 15 mostra que 60,3% das cuidadoras do sexo feminino relataram níveis intensos de sobrecarga, percentual superior aos 33,3% dos cuidadores do sexo masculino. Por outro lado, a ausência de sobrecarga foi mais frequente entre os homens (41,7%) do que entre as mulheres (20,5%).

Tabela 15.: Distribuição dos níveis de sobrecarga de acordo com o sexo do cuidador

Sexo do Cuidador	Ausência (%)	Ligeira (%)	Intensa (%)	Total (%)
Masculino	41,7%	25,0%	33,3%	100%
Feminino	20,5%	19,2%	60,3%	100%

A análise da associação entre o sexo dos cuidadores e os níveis de sobrecarga revelou uma relação próxima do limiar de significância estatística (teste do qui-quadrado: $\chi^2(2) = 5,986$; $p = 0,050$), indicando uma associação entre essas variáveis.

A Tabela 16 mostra que a sobrecarga intensa é mais prevalente entre os cuidadores com ensino superior (80,0%) e com baixa escolaridade (55,6%). Por outro lado, os cuidadores com ensino básico (2.º e 3.º ciclos) e ensino secundário apresentam percentuais inferiores de sobrecarga intensa (47,2% e 50,0%, respetivamente). Quanto à ausência de sobrecarga, destaca-se entre os cuidadores com ensino básico (30,6%) e ensino secundário (30,0%), sugerindo uma ligeira vantagem em termos de menor sobrecarga percebida nestes grupos intermédios de escolaridade.

Tabela 16.: Distribuição dos níveis de sobrecarga segundo as habilitações literárias

Habilitações Literárias	Ausência (%)	Ligeira (%)	Intensa (%)	Total (%)
Baixa Escolaridade	19,4%	25,0%	55,6%	100%
Ensino Básico (2º e 3º ciclos)	30,6%	22,2%	47,2%	100%
Ensino Secundário	30,0%	20,0%	50,0%	100%
Ensino Superior	20,0%	0,0%	80,0%	100%

A análise estatística não revelou uma associação significativa entre os níveis de escolaridade dos cuidadores e os níveis de sobrecarga (teste do qui-quadrado: $\chi^2(6) = 5,241$; $p = 0,513$).

A Tabela 17 apresenta a distribuição dos níveis de sobrecarga em função do tipo de prestação de cuidados (compartilhado ou individual). Observa-se que os cuidadores que assumem os cuidados de forma não compartilhada apresentam uma maior proporção de sobrecarga intensa (57,7%) em comparação com aqueles que partilham essa responsabilidade (50,0%). Por outro lado, a ausência de sobrecarga é mais frequente entre os cuidadores que prestam cuidados de forma compartilhada (32,0%) do que entre os que cuidam sozinhos (19,2%).

Tabela 17.: Distribuição dos níveis de sobrecarga segundo o cuidado informal compartilhado

Cuidado Informal Compartilhado	Ausência (%)	Ligeira (%)	Intensa (n, %)	Total (%)
Sim	32,0%	18,0%	50,0%	100%
Não	19,2%	23,1%	57,7%	100%

Apesar das diferenças observadas na distribuição percentual, a análise estatística não revelou uma associação significativa entre o tipo de prestação de cuidados e os níveis de sobrecarga dos cuidadores, uma vez que o teste do qui-quadrado apresentou um valor de $\chi^2(2) = 2,229$ com $p = 0,328$.

6.5 Avaliação da QVRS dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

De forma a permitir uma análise coerente e comparável dos resultados obtidos através do MOS SF-36, procedeu-se à recodificação dos itens individuais para uma escala padronizada que varia de 0 a 100, conforme orientações do manual do instrumento (Ware & Sherbourne, 1992).

Ao converter as respostas para esta escala comum, cada item passou a refletir a QVRS numa métrica uniforme, onde valores mais elevados indicam uma melhor perceção do estado de saúde do participante. Em seguida, as pontuações dos itens pertencentes a cada uma das oito dimensões do SF-36 foram agregadas, utilizando a média dos valores padronizados para cada dimensão.

A tabela seguinte apresenta as estatísticas descritivas das diferentes dimensões da QVRS, permitindo uma visão geral das áreas de maior ou menor impacto percebido pelos participantes da amostra estudada.

Tabela 18.: Distribuição das pontuações nas diferentes dimensões do SF-36

Dimensão	n	Mínimo	Máximo	Média (Desvio Padrão)
Função Física	102	0,00	100,00	69,75 (26,74)
Desempenho Físico	102	0,00	100,00	71,20 (25,33)
Dor Corporal	102	0,00	100,00	55,75 (25,16)
Saúde Geral	102	10,00	100,00	63,89 (18,54)
Vitalidade	102	12,50	100,00	47,49 (18,70)
Função Social	102	25,00	100,00	67,03 (22,85)

Dimensão	n	Mínimo	Máximo	Média (Desvio Padrão)
Desempenho Emocional	102	25,00	100,00	70,67 (24,84)
Saúde Mental	102	10,00	90,00	55,29 (15,64)

Como se pode observar na Tabela 18, as médias das pontuações padronizadas das dimensões do MOS SF-36 revelam variações significativas na perceção da QVRS dos participantes. Destacam-se as dimensões de desempenho físico ($M = 71,20$; $DP = 25,33$), desempenho emocional ($M = 70,67$; $DP = 24,84$) e função física ($M = 69,75$; $DP = 26,74$), que apresentam as médias mais elevadas, indicando uma perceção mais positiva nestes domínios. Em contraste, as dimensões de vitalidade ($M = 47,49$; $DP = 18,70$) e saúde mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$) apresentam as médias mais baixas, sugerindo maior vulnerabilidade relacionada com níveis de energia e saúde emocional. As demais dimensões, como dor corporal ($M = 55,75$; $DP = 25,16$) e saúde geral ($M = 63,89$; $DP = 18,54$), apresentam valores intermédios. O item 2 do MOS SF-36, que avalia a perceção da mudança do estado de saúde em comparação com o ano anterior, foi analisado separadamente, conforme as orientações do manual do instrumento (Ware & Sherbourne, 1992), uma vez que não integra o cálculo das dimensões da qualidade de vida. Após recodificação para a escala padronizada de 0 a 100, os resultados revelam uma média de $M = 45,59$ ($DP = 20,03$). Estes dados indicam que, em média, os participantes percecionam uma ligeira deterioração ou estagnação do seu estado de saúde relativamente ao ano anterior, embora exista uma ampla variabilidade nas respostas.

As dimensões do MOS SF-36 apresentam uma variabilidade distinta na amostra estudada, evidenciada pelos valores de desvio padrão, mínimo e máximo. Destacam-se amplitudes elevadas, especialmente na dimensão da função física ($M = 69,75$; $DP = 26,74$), indicando diferentes níveis de experiência entre os participantes. Outras dimensões, como o desempenho físico ($M = 71,20$; $DP = 25,33$) e a dor corporal ($M = 55,75$; $DP = 25,16$), também apresentam uma variabilidade considerável. Por outro lado, dimensões como saúde mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$) e saúde geral ($M = 63,89$; $DP = 18,54$) revelam menor dispersão, sugerindo respostas mais homogéneas nesta área.

A Tabela 19 apresenta as estatísticas descritivas das pontuações médias, desvios padrão e erro padrão das oito dimensões do MOS SF-36, estratificadas pelo sexo dos cuidadores informais, permitindo uma comparação inicial entre homens e mulheres.

De uma forma geral, os cuidadores do sexo masculino apresentaram médias superiores em todas as dimensões, sendo que no desempenho emocional as diferenças foram mais reduzidas (Masculino: M = 73,26; DP = 25,42 e Feminino: M = 69,87; DP = 24,77).

As maiores diferenças médias entre sexos foram observadas nas dimensões:

- Vitalidade (Homens: M = 55,99; DP = 15,80 e Mulheres: M = 44,87; DP = 18,84);
- Saúde mental (Homens: M = 62,08; DP = 15,47 e Mulheres: M = 53,21; DP = 15,10);
- Dor corporal (Homens: M = 63,33; DP = 27,73 e Mulheres: M = 53,43; DP = 24,03);
- E função física (Homens: M = 78,33; DP = 22,68 e Mulheres: 67,12; DP = 27,46).

Apesar da tendência geral, existe variabilidade dentro de cada grupo, tal como indicado pelos valores dos desvios padrão, especialmente nas dimensões de dor corporal e desempenho físico.

Tabela 19.: Estatísticas descritivas das dimensões do MOS SF-36 segundo o sexo

Dimensão	Sexo	n	Média (Desvio Padrão)	Desvio Padrão da Média
Função Física	Masculino	24	78,33 (22,68)	4,63
	Feminino	78	67,12 (27,46)	3,11
Desempenho Físico	Masculino	24	76,30 (21,57)	4,40
	Feminino	78	69,63 (26,30)	2,98
Dor Corporal	Masculino	24	63,33 (27,73)	5,66
	Feminino	78	53,43 (24,03)	2,72
Saúde Geral	Masculino	24	66,63 (16,56)	3,38
	Feminino	78	63,05 (19,13)	2,17
Vitalidade	Masculino	24	55,99 (15,80)	3,22
	Feminino	78	44,87 (18,84)	2,13

Dimensão	Sexo	n	Média (Desvio Padrão)	Desvio Padrão da Média
Função Social	Masculino	24	73,44 (19,26)	3,93
	Feminino	78	65,06 (23,61)	2,67
Desempenho Emocional	Masculino	24	73,26 (25,42)	5,19
	Feminino	78	69,87 (24,77)	2,80
Saúde Mental	Masculino	24	62,08 (15,74)	3,21
	Feminino	78	53,21 (15,10)	1,71

Antes de proceder à comparação entre cuidadores masculinos e femininos nas diversas dimensões do MOS SF-36, foi realizada a análise da normalidade das variáveis para determinar o teste estatístico mais apropriado para cada dimensão no sexo masculino, utilizando o teste de Shapiro-Wilk. No sexo feminino, uma vez que $n > 30$, assumiu-se a normalidade através do Teorema do Limite Central. As dimensões dor corporal ($p = 0,134$), saúde geral ($p = 0,680$), vitalidade ($p = 0,236$), função social ($p = 0,074$) e saúde mental ($p = 0,260$) apresentaram distribuição normal no sexo masculino, permitindo a aplicação do teste t de Student para amostras independentes.

Previamente, foram realizados testes de Levene para verificação da homogeneidade das variâncias. Na dimensão dor corporal o teste de Levene indicou variâncias homogêneas ($p = 0,535$) e o teste t não revelou uma diferença significativa entre os grupos ($t = 1,702$; $gl = 100$; $p = 0,092$). Para a saúde geral, admitiu-se a homogeneidade das variâncias ($p = 0,350$) e não foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($t = 0,826$; $gl = 100$; $p = 0,410$). Na vitalidade, o teste de Levene ($p = 0,126$) permitiu assumir variâncias iguais e o teste t revelou uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($t = 2,619$; $gl = 100$; $p = 0,010$). Na função social, verificou-se heterogeneidade das variâncias ($p = 0,034$) e não se apurou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($t = 1,761$; $gl = 46,226$; $p = 0,085$). Por fim, na dimensão saúde mental, o teste de Levene mostrou variâncias homogêneas ($p = 0,646$) e o teste t indicou uma diferença estatisticamente significativa ($t = 2,495$; $gl = 100$; $p = 0,014$), com os homens a apresentarem melhor saúde mental do que as mulheres.

Para as dimensões função física ($p = 0,005$), desempenho físico ($p < 0,001$) e desempenho emocional ($p = 0,006$), que não cumpriram os pressupostos de normalidade no sexo masculino, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann–Whitney. Os resultados indicaram ausência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas dimensões do desempenho físico ($U = 830,5$; $Z = -0,845$; $p = 0,398$), desempenho emocional ($U = 862,0$; $Z = -0,594$; $p = 0,552$) e função física ($U = 698,0$; $Z = -1,885$; $p = 0,059$). A dimensão função física apresentou valores próximos do limiar de significância, embora não alcançando significância estatística.

Em síntese, a análise estatística revelou que, no conjunto das dimensões avaliadas, a vitalidade e a saúde mental são as áreas onde os sexos diferem significativamente, sugerindo que as cuidadoras femininas apresentam maior vulnerabilidade em termos de energia e bem-estar psicológico.

6.6 Associação da LS com a Sobrecarga e QVRS dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a experiência dos cuidadores informais, analisou-se a associação entre os níveis de LS e os níveis de sobrecarga percebida. Esta análise permite avaliar se a capacidade dos cuidadores em compreender e utilizar informações de saúde está associada à intensidade da sobrecarga sentida no contexto do cuidado a pessoas idosas.

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos níveis de sobrecarga em função dos níveis de LS dos cuidadores informais. Verifica-se que os cuidadores com literacia inadequada ou problemática reportam níveis mais elevados de sobrecarga intensa (60,0% e 62,9%, respetivamente), enquanto aqueles com literacia adequada apresentam um valor inferior (42,9%). Para além disso, a ausência de sobrecarga é mais comum entre os cuidadores com literacia adequada (33,3%).

Tabela 20.: Distribuição dos níveis de sobrecarga de acordo com os níveis de LS

Nível de Literacia em Saúde	Ausência (%)	Ligeira (%)	Intensa (%)	Total (%)
Inadequada	24,0%	16,0%	60,0%	100%
Problemática	17,1%	20,0%	62,9%	100%
Adequada	33,3%	23,8%	42,9%	100%

Apesar destas diferenças aparentes, a análise estatística através do teste qui-quadrado ($\chi^2(4) = 4,108$; $p = 0,392$) não evidenciou uma associação significativa entre as variáveis.

A Tabela 21 apresenta a distribuição das médias e desvios padrão das dimensões do MOS SF-36, estratificadas pelos níveis de LS. O grupo com literacia adequada apresenta médias consistentemente superiores, com destaque para o desempenho físico (M = 74,55; DP = 21,27), a vitalidade (M = 53,87; DP = 17,84) e a função física (M = 73,21; DP = 23,86), em comparação com o grupo com literacia inadequada (M = 61,00; DP = 27,73; M = 40,75; DP = 20,74; M = 60,20; DP = 31,41).

Além disso, a dimensão dor corporal também apresenta uma média mais elevada no grupo com literacia adequada (M = 63,03; DP = 21,61), indicando menor impacto da dor.

Essas diferenças sugerem uma relação positiva entre maior LS e melhor QV. Contudo, os desvios padrão relativamente elevados indicam uma variabilidade considerável dentro dos grupos, o que sugere que a experiência de QV pode variar entre os indivíduos, mesmo dentro do mesmo nível de literacia.

Tabela 21.: Médias das dimensões do MOS SF-36 segundo os níveis de LS

Dimensão	Inadequada Média (Desvio Padrão)	Problemática Média (Desvio Padrão)	Adequada Média (Desvio Padrão)	Total Média (Desvio Padrão)
Função Física	60,20 (31,41)	72,43 (25,53)	73,21 (23,86)	69,75 (26,74)
Desempenho Físico	61,00 (27,73)	74,46 (26,75)	74,55 (21,27)	71,20 (25,33)
Dor Corporal	49,40 (26,40)	51,57 (26,70)	63,03 (21,61)	55,76 (25,17)
Saúde Geral	59,08 (19,11)	64,88 (19,50)	65,93 (17,27)	63,89 (18,54)
Vitalidade	40,75 (20,74)	44,64 (16,12)	53,87 (17,84)	47,49 (18,70)
Função Social	66,50 (21,87)	67,14 (24,27)	67,26 (22,76)	67,03 (22,85)
Desempenho Emocional	67,33 (25,22)	68,81 (28,18)	74,21 (21,61)	70,67 (24,84)
Saúde Mental	50,40 (12,74)	51,86 (16,00)	61,07 (15,36)	55,29 (15,64)

Em relação à normalidade, o teste é robusto à violação do pressuposto. Antes da aplicação das análises comparativas entre os níveis de LS, foi realizada a verificação da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene para todas as dimensões do MOS SF-36.

Na dimensão da função física, o teste de Levene revelou homogeneidade das variâncias ($p = 0,161$), pelo que se procedeu à ANOVA, que não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de

LS ($F(2,99) = 2,172$; $p = 0,119$). De forma semelhante, na dimensão do desempenho físico, verificou-se homogeneidade das variâncias ($p = 0,155$) e a ANOVA não identificou diferenças estatisticamente significativas ($F(2,99) = 2,781$; $p = 0,067$). Já na dimensão da dor corporal, o teste de Levene indicou variâncias homogêneas ($p = 0,279$) e a ANOVA revelou diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de LS ($F(2,99) = 3,169$; $p = 0,046$). Na dimensão da saúde geral, o teste de Levene confirmou homogeneidade das variâncias ($p = 0,881$), e a ANOVA não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($F(2,99) = 1,149$; $p = 0,321$). Por outro lado, na dimensão da vitalidade, também com variâncias homogêneas ($p = 0,535$), a ANOVA identificou diferenças estatisticamente significativas ($F(2,99) = 4,809$; $p = 0,010$). Nas dimensões da função social ($p = 0,688$) e da saúde mental ($p = 0,318$), o teste de Levene indicou homogeneidade das variâncias, não tendo a ANOVA revelado diferenças estatisticamente significativas na função social ($F(2,99) = 0,009$; $p = 0,991$), mas identificando diferenças significativas na saúde mental ($F(2,99) = 5,364$; $p = 0,006$).

Por fim, na dimensão do desempenho emocional, o teste de Levene indicou ausência de homogeneidade das variâncias ($p = 0,048$). Por esta razão, foi utilizada a ANOVA de Welch, que é robusta à violação da homogeneidade, e não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Welch $F(2,56,842) = 0,816$; $p = 0,447$).

Esses achados indicam que a LS pode estar relacionada com variações na vitalidade, dor corporal e saúde mental, enquanto nas outras dimensões não foram observadas diferenças significativas.

7. Discussão

Face ao crescente aumento da população idosa e às implicações que isso acarreta para as pessoas, famílias e sociedade em geral, torna-se cada vez mais premente a necessidade de uma abordagem atenta por parte da sociedade e dos profissionais de saúde, visando a otimização dos cuidados de saúde e a maximização da gestão dos recursos disponíveis (Organização Mundial da Saúde, 2024). A pessoa idosa que depende de um cuidador informal requer uma continuidade nos cuidados para a gestão do seu bem-estar. Portanto, é imprescindível a existência de uma rede de apoio sólida, na qual os cuidadores informais desempenham um papel fundamental como agentes ativos na gestão dos cuidados (Ambugo et al., 2021).

A crescente atenção dada à LS justifica-se pelo seu impacto direto na eficácia das práticas de cuidado e na tomada de decisão informada por parte dos cuidadores (Yuen et al., 2018). Neste sentido, a LS dos cuidadores informais revela-se fundamental para garantir uma tomada de decisão devidamente informada e apropriada, bem como para assegurar a qualidade dos cuidados prestados, promovendo,

assim, sentimentos de autoeficácia e realização no exercício da função de cuidar (Almeida & Rebelo, 2004; Sequeira, 2010b;). Além disso, é crucial medir a sobrecarga dos cuidadores e a sua QVRS, pois tais indicadores são determinantes para compreender a pressão a que estão submetidos e para identificar as necessidades específicas de apoio.

Neste estudo participaram 102 cuidadores informais de pessoas idosas, no concelho de Vila Nova de Gaia, em Portugal.

Concordante com a ideia de que o cuidado à pessoa dependente se mantém como uma função inerente à condição feminina, conforme previamente referido, verificou-se que os cuidadores informais de pessoas de terceira idade são maioritariamente do sexo feminino (76,5%). Este dado corrobora resultados obtidos em estudos anteriores, enfatizando que essa função permanece predominantemente atribuída à mulher, mesmo quando esta exerce a sua atividade profissional fora do âmbito doméstico (Angelini & Laferrère, 2024; Costa et al., 2022; Sequeira, 2010b).

No que diz respeito à idade, o valor médio das idades é de 60 anos (DP = 11,56), concordante com vários estudos que revelam que a maioria dos cuidadores tem uma média etária entre os 45 e os 60 anos (Figueiredo, 2007). Dados mais recentes indicam que, em Portugal, a idade média dos cuidadores informais é de 58 anos, com uma concentração significativa na faixa etária dos 50 aos 59 anos (Instituto da Segurança Social, I. P., 2024). Isto deve-se ao facto de, frequentemente, serem os cônjuges (30,4 %) ou filhos (48,0 %) da pessoa idosa a assumir o papel de cuidadores informais, refletindo a tendência de que os cuidados informais são frequentemente assumidos por membros diretos da família. Esta distribuição está em consonância com os dados apresentados por Boeiro-Gonçalves (2017) e Pego e Nunes (2018), que identificam os filhos e os cônjuges como os principais prestadores de cuidados informais a idosos em Portugal. No âmbito internacional, um estudo (de Saxe Zerden, Denk e Schweitzer, 2019) revela uma configuração familiar semelhante na prestação de cuidados informais, corroborando o padrão identificado em Portugal. A idade do cuidador tende a acompanhar a do idoso dependente, sendo frequente que cuidadores mais velhos estejam associados a pessoas igualmente idosas e em situação de dependência (Figueiredo, 2007). Devido ao aumento da esperança de vida, é comum que as pessoas vivam mais tempo, o que eleva a probabilidade de que os filhos ou outros familiares (que já se encontram numa faixa etária mais avançada) se convertam em cuidadores. Em muitas culturas, incluindo em Portugal, há uma forte tradição de cuidar dos pais na velhice e do comprometimento desses cuidados passar de geração em geração, o que implica que a geração intermediária (geralmente entre 40 e 60 anos) frequentemente assumam essa responsabilidade. Os filhos mais velhos, especialmente aqueles que já estão numa fase mais madura da vida, podem sentir um forte senso de responsabilidade para cuidar

dos pais idosos, mesmo que ainda estejam numa idade produtiva. Essa responsabilidade emocional pode levar a uma maior participação de cuidadores com idades semelhantes. Estes cuidadores, frequentemente em idades avançadas e que, muitas vezes, também requerem cuidados, representam um desafio significativo para os serviços de saúde.

Quanto às habilitações literárias, verifica-se que uma parte significativa dos participantes apresenta baixos níveis de escolaridade: 35,3% possuíam apenas a escolaridade básica (1.º ciclo ou menos), outros 35,3% tinham o 2.º ou 3.º ciclos do ensino básico, 19,6% concluíram o ensino secundário e apenas 9,8% frequentaram ou concluíram o ensino superior. Esta distribuição revela uma prevalência de níveis de instrução baixos entre os cuidadores informais, o que, à semelhança de outros estudos (Baker et al., 2007), pode estar associado a níveis mais reduzidos de LS, uma vez que o nível de escolaridade é frequentemente identificado como um dos principais determinantes deste indicador. Ainda assim, importa referir que o indicador referente ao nível de escolaridade apenas contabiliza os anos que a pessoa frequentou a escola, não avaliando o que realmente aprendeu ou as competências que adquiriu através dos diversos contextos de vida, nomeadamente informais (Weiss, 2003). Para além disso, a LS é construída, também, pelas experiências de vida e contextos familiares. Portanto, cuidadores com percursos educativos semelhantes podem apresentar competências muito distintas na gestão do cuidado. Esta visão ajuda a compreender que o desenvolvimento destas competências é um processo contínuo, profundamente influenciado pelas exigências do cuidado, pelo apoio recebido e pela interação com os serviços de saúde (Galvão & Baptista, 2021).

O teste exato de Fisher foi aplicado e confirmou a existência de uma associação significativa entre as habilitações literárias e a idade ($p < 0,001$), reforçando a validade dos resultados observados. Esta associação pode ser interpretada à luz do contexto geracional, com os cuidadores mais velhos, que cresceram em períodos com menor acesso à educação formal, a tender a apresentar níveis de escolaridade mais baixos, corroborando achados de outros estudos (Barbosa, Ruiz-Ramie & Potier, 2025; Savela et al., 2023). Tal facto pode ter implicações na forma como esses cuidadores compreendem e gerem a informação relacionada com o cuidado em saúde, potenciando desigualdades no acesso a recursos, na navegação do sistema de saúde e na tomada de decisões informadas. Estes dados sugerem a necessidade de estratégias de apoio e capacitação com os cuidadores com menor escolaridade, para mitigar os efeitos potenciais de uma baixa LS no bem-estar do cuidador e da pessoa cuidada.

As semelhanças evidenciadas em outros estudos nacionais e internacionais (Pedro et al., 2023a; Lorini et al., 2022), corroboram a associação estatisticamente significativa identificada entre o nível de escolaridade e os níveis de LS dos cuidadores informais ($\chi^2(6) = 23,06, p < 0,001$). Isto pode ser explicado

devido ao facto da educação formal melhorar a capacidade de comunicar, interpretar e compreender informações médicas, tratamentos e cuidados específicos, essencial para a literacia em saúde (Orkan et al., 2021). Pessoas com níveis educacionais mais elevados tendem a desenvolver habilidades de pensamento crítico, o que as torna mais aptas a avaliar e aplicar de forma eficaz as informações de saúde disponíveis. Para além disso, indivíduos com níveis educacionais mais altos podem ter maior acesso a recursos informativos (como literatura científica, sites de saúde confiáveis e até mesmo consultas com profissionais de saúde), sendo mais capacitados para procurar essas informações de forma ativa e usá-las de forma eficaz (Sørensen et al., 2012). Importa, ainda, referir que cuidadores com um maior grau de escolaridade podem ter uma maior conscientização sobre o conceito de LS, reconhecendo a importância de adquirir e aplicar conhecimento adequado para o bem-estar da pessoa idosa. A educação pode influenciar uma cultura de prevenção a diferentes níveis, bem como a adesão a comportamentos mais adequados ao continuum saúde-doença como, por exemplo, a procura por informações sobre cuidados preventivos, alimentação saudável, gestão de medicamentos e outros aspetos relacionados à saúde.

O impacto da escolaridade na LS torna-se ainda mais evidente quando se considera a idade dos cuidadores informais (Pedro et al., 2023b). Os resultados indicam que os cuidadores com idade mais avançada tendem a apresentar níveis mais baixos de literacia em saúde, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) segundo a simulação Monte Carlo.

Relativamente à situação profissional dos cuidadores informais, verificou-se uma distribuição equilibrada: 44,1% estão atualmente empregados, 35,3% estão reformados e 20,6% encontram-se desempregados. Estes dados sugerem que muitos cuidadores continuam ativos profissionalmente enquanto desempenham funções familiares de cuidado, uma realidade que tem sido identificada por vários estudos na área. Em consonância, Sousa et al. (2023) e Dias et al. (2018) destacam que é comum os cuidadores informais conjugarem o trabalho remunerado com o cuidado contínuo de pessoas idosas. Estes achados reforçam a importância de desenvolver estratégias de apoio que atendam à complexidade múltipla vivida por esta população.

Cuidar de uma pessoa idosa pode exigir tempo integral, dificultando que o cuidador mantenha um emprego fora de casa. Este contingente de cuidadores informais inativos pode refletir condições económicas mais adversas nas suas famílias, bem como uma maior dificuldade em desempenhar adequadamente a função de cuidador. Ainda que o número significativo de cuidadores informais que pertencem à população ativa possa representar um fator protetor, sobretudo no que diz respeito à maior socialização e à manutenção de uma rede de apoio mais ampla, para muitos, essa situação configura-se como um sinónimo de sobrecarga, dada a complexidade da acumulação de múltiplos papéis.

De acordo com Segundo Santos (2020), a coabitação é um dos fatores mais determinantes na escolha do cuidador informal e está associada a uma maior sobrecarga, o que reforça a importância de se compreender o perfil e as condições em que o cuidado é prestado. No presente estudo verificou-se que 64,7% dos cuidadores coabitam com a pessoa idosa e que a mesma proporção corresponde a cuidadores informais principais, ou seja, aqueles que assumem a maior responsabilidade pelo cuidado. Estes valores contrastam com os do estudo de Boeiro-Gonçalves (2017), no qual a maioria dos cuidadores informais não assumia esse papel principal. Além disso, observa-se que o cuidado informal é partilhado com outras pessoas em 49,0% dos casos, sugerindo uma tentativa de distribuir responsabilidades e atenuar a sobrecarga e o impacto associado ao cuidado nas várias dimensões dos quotidianos de vida.

Quando se trata de pessoas idosas, especialmente aquelas com doenças crónicas ou mobilidade reduzida, pode existir a necessidade de cuidados e supervisão constantes. Viver na mesma casa permite que o cuidador esteja sempre presente para monitorizar a saúde e o bem-estar da pessoa cuidada, garantindo resposta imediata em caso de necessidade. A convivência na mesma casa pode ser vista como uma forma natural de cuidar do ente querido e de garantir que não fica sozinho, minimizando qualquer sentimento de culpa ou ansiedade em relação à distância ou ao cuidado remoto (Gaugler, Kane, & Langlois, 2007). Além disso, viver juntos facilita a manutenção de uma relação afetiva mais próxima e de apoio emocional, tanto para o cuidador quanto para a pessoa idosa. A proximidade física permite maior flexibilidade na realização de tarefas como alimentação, medicação e acompanhamento de saúde, além de facilitar a comunicação sobre as necessidades da pessoa idosa (Gaugler et al., 2023). Em muitos casos, as condições económicas podem ser um fator determinante. Muitas famílias enfrentam dificuldades financeiras e a coabitação permite partilhar despesas como renda, alimentação e contas, tornando a situação mais acessível. Assim, a moradia conjunta pode ser uma solução prática para equilibrar as responsabilidades de cuidado e as finanças familiares.

No que respeita aos aspetos relacionados com o cuidar, verifica-se que 30,4% dos participantes já haviam tido experiências anteriores como cuidadores informais. Entre estes, uma parte expressiva (13,7%) referiu sentir uma maior sobrecarga relativamente à experiência anterior, sendo esta perceção justificada, sobretudo, pela maior dependência da pessoa atualmente cuidada (6,9%), por uma condição física ou emocional mais debilitada do cuidador (2%) ou pelo facto de o cuidado atual ser mais intenso e exclusivo (2%). Outros participantes apontaram ainda que a experiência anterior envolvia partilha de responsabilidades (1%) ou que a atual relação mais próxima com a pessoa cuidada influenciava a perceção de sobrecarga (2%). Estes dados indicam que a experiência prévia de cuidado não

necessariamente reduz o impacto emocional e físico do papel de cuidador, podendo até aumentar a percepção de sobrecarga dependendo das circunstâncias específicas (Bijnsdorp et al., 2022; Wang et al., 2025). Para além disso, a partilha anterior de responsabilidades e a proximidade na relação com a pessoa cuidada parecem, também, influenciar essa percepção, sublinhando a complexidade e a variabilidade do impacto do cuidado informal sobre quem o exerce.

Quanto à cooperação na provisão de cuidados, mais de metade dos cuidadores informais (51,0%) mencionam prestar cuidados sozinhos, sem partilha das responsabilidades. Este padrão é consistente com estudos anteriores que destacam a prevalência do cuidado individualizado entre familiares próximos. Por exemplo, um estudo realizado por Laranjeira e Querido (2021) revelou que 73,1% dos cuidadores familiares coabitavam com a pessoa cuidada, indicando uma tendência para o cuidado exclusivo dentro do lar. Na maioria dos casos, o filho ou cônjuge da pessoa idosa é o mais disponível e disposto a assumir o papel de cuidador e existe uma forte ligação emocional entre a pessoa idosa e esse familiar, o que pode tornar o papel de cuidador mais natural e desejado. Em algumas situações, a pessoa idosa pode ter uma rede social limitada e os cuidados informais acabam por recair sobre uma única pessoa, o que é frequentemente reforçado por uma falta de divisão de responsabilidades ou relutância de outras pessoas em assumir um papel ativo na divisão da carga emocional e física do cuidado, devido à expectativa de que apenas uma pessoa assume a função de cuidar. Além disso, a falta de apoio de amigos ou de vizinhos pode agravar essa centralização da responsabilidade. Em certas circunstâncias as pessoas que assumem os cuidados não possuem recursos financeiros suficientes para contratar ajuda profissional ou serviços externos. Isso pode fazer com que o cuidador principal se sinta forçado a assumir sozinho o peso da responsabilidade, já que as alternativas de apoio formal podem ser economicamente inviáveis.

Ao nível da caracterização clínica, a maioria dos participantes (95,1%) revelou que a pessoa idosa a necessitar de cuidados se encontrava numa situação de dependência, sendo 44,1% parcialmente dependentes, 16,7% dependentes e 39,2% totalmente dependentes. Relativamente ao motivo da dependência, 44,1% dos cuidadores indicaram que esta estava relacionada exclusivamente com a dimensão física, 12,7% com a dimensão psicológica ou mental, enquanto 43,1% referiram que a dependência envolvia tanto aspetos físicos como mentais. Estes dados evidenciam a complexidade e diversidade das necessidades dos idosos cuidados, que exigem uma resposta adaptada às múltiplas dimensões da dependência, indicando que os cuidadores enfrentam diferentes graus de exigência (Topal & Öztürk, 2022).

O presente estudo demonstrou que os cuidadores informais de pessoas idosas revelam um nível de LS globalmente moderado, com 58,8% dos participantes a apresentarem níveis considerados inadequados ou problemáticos. No estudo de Li et al. (2020), 65,3% dos cuidadores informais apresentaram níveis insuficientes de LS, resultados que corroboram as dificuldades persistentes em competências relacionadas com o acesso, compreensão e avaliação crítica da informação em saúde (Costa et al., 2022; HLS-EU Consortium, 2012; Sousa et al., 2014). Embora uma parte da amostra (41,2%) apresente níveis adequados de literacia, os dados sugerem a necessidade de estratégias de apoio direcionadas aos cuidadores com níveis mais baixos, tendo em conta o seu papel fundamental na gestão da saúde das pessoas idosas. O aprimoramento do nível de ensino, aliado ao acesso diversificado à informação e ao conhecimento, tende a refletir em níveis superiores de literacia, particularmente quando combinado com a integração socioprofissional. A exposição a diferentes fontes de aprendizagem e a participação ativa no mercado de trabalho não só promovem a aquisição de habilidades cognitivas, mas também ampliam a capacidade de tomada de decisão e a adaptação a novas situações.

Os presentes resultados alinham-se com dados já existentes, nomeadamente com os reportados no estudo europeu de validação do questionário Health Literacy Survey – European Union Questionnaire (HLS-EU Consortium, 2012), em que as tarefas consideradas menos complexas pelos participantes estavam relacionadas com o seguimento de orientações fornecidas por profissionais de saúde. Em contraste, os maiores desafios identificados prenderam-se com a avaliação da credibilidade das informações disponíveis nos meios de comunicação e a tomada de decisões com base nessas informações (HLS-EU Consortium, 2012; Paladino et al., 2022). No estudo de validação do HLS-EU-Q16, foram observados níveis de LS globalmente mais elevados na população geral, comparativamente aos resultados do presente estudo, onde uma proporção significativa dos cuidadores informais apresentou níveis inadequados ou problemáticos (Pedro et al., 2016; Pedro et al., 2023a). No entanto, o estudo europeu também identificou que certos grupos, devido a fatores como a idade avançada e níveis escolares mais baixos, apresentavam níveis mais baixos de LS. Esta semelhança reforça a hipótese de que as características sociodemográficas da nossa amostra, predominantemente cuidadores informais idosos com níveis escolares variados, influenciam negativamente a LS.

A realização deste estudo revelou que a grande maioria dos cuidadores informais de pessoas de terceira idade apresenta sobrecarga, sendo que 53,9% relatam níveis intensos desse fenómeno, o que evidencia o impacto significativo das responsabilidades físicas e emocionais associadas ao cuidado prolongado. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos anteriores, como o de Silva et al. (2015), que identificaram prevalência de sobrecarga entre 50% e 60% dos cuidadores informais, especialmente em

contextos onde o suporte social é limitado. Sequeira (2010a) associa a sobrecarga a fatores como desgaste físico e emocional, falta de suporte social e complexidade das tarefas de cuidado, destacando a importância de intervenções que possam aliviar o impacto sobre os cuidadores.

O fator IPC é o principal responsável pela sobrecarga, apresentando a maior diferença entre os níveis, com médias de 16,35 (DP=3,50) (ausência) e 36,11 (DP=6,33) (intensa). Isso evidencia que as exigências práticas e objetivas do cuidado têm um impacto significativo no aumento da sobrecarga percebida pelos cuidadores. Embora a PA apresente médias menores, observa-se um aumento relevante entre os níveis de sobrecarga (M = 2,96; DP = 0,96 para M = 5,96; DP = 1,45), o que sugere que cuidadores com maior sobrecarga tendem a sentir-se menos seguros em relação à sua capacidade de desempenhar adequadamente o papel de cuidador. Estudos recentes confirmam que níveis mais elevados de sobrecarga estão associados a uma menor percepção de autoeficácia, evidenciando que a sobrecarga pode comprometer a confiança dos cuidadores na sua capacidade de cuidado (Zhang et al., 2023). Os fatores RI e EC mostram aumentos moderados, refletindo que as dificuldades nas relações interpessoais e a frustração ou preocupação com as expectativas sobre o cuidado também contribuem para a sobrecarga, embora em menor grau comparado ao IPC.

Os níveis de sobrecarga variam consoante o sexo, sendo que as mulheres apresentaram maiores níveis de sobrecarga comparativamente aos homens, com uma maior concentração de casos no nível intenso. Observou-se uma associação entre estas variáveis ($\chi^2(2) = 5,986$; $p = 0,05$), sugerindo que as mulheres tendem a experimentar maiores níveis de sobrecarga no cuidado informal, possivelmente em função de fatores sociais e culturais que influenciam a percepção e a vivência do cuidado.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e o grau de escolaridade ($\chi^2(6) = 5,241$; $p = 0,513$), resultados que vão ao encontro aos achados do estudo de Clemente (2020), num estudo com cuidadores informais de pessoas idosas dependentes no município de Cantanhede, no qual também não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis. Na presente amostra, os níveis de sobrecarga sugerem que outros fatores possam exercer uma maior influência. Mesmo cuidadores com alto nível de escolaridade podem sentir uma grande sobrecarga devido à falta de tempo, à falta de apoio, ou às condições de saúde do idoso que exigem cuidados intensivos, independentemente do seu nível educacional. A sobrecarga de um cuidador é frequentemente influenciada por fatores psicológicos e emocionais que não estão diretamente relacionados à sua escolaridade e estes resultados incitam à reflexão sobre a necessidade de desenvolver as múltiplas áreas de competência dos cuidadores, abrangendo não apenas o acesso à informação e as habilidades instrumentais, mas também as competências relacionais e, de igual

importância, a capacitação para o autocuidado. Podemos inferir que ter um nível elevado de escolaridade pode dar ao cuidador um maior acesso a informações, mas isso não significa necessariamente que ele será capaz de aplicar efetivamente esse conhecimento na prática diária. Cuidadores com níveis mais elevados de escolaridade podem, também, ter expectativas mais altas em relação ao seu papel de cuidador, o que pode gerar mais pressão sobre eles, podendo sentir uma maior responsabilidade em tomar decisões informadas e em proporcionar cuidados de qualidade.

Contrariando o expectável, não se verificaram diferenças significativas na sobrecarga entre os cuidadores que prestavam cuidados de forma compartilhada e os cuidadores que assumiam sozinho essa responsabilidade, embora os cuidadores que prestam cuidados sozinho aparentem experimentar maiores níveis de sobrecarga. Seria razoável supor que a presença de uma rede de apoio, mesmo que restrita ao âmbito familiar, resultasse numa redução da sobrecarga, uma vez que possibilitaria ao cuidador períodos de descanso e a participação em atividades comunitárias. No entanto, apesar de o Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019) prever esse tipo de apoio, a sua aplicação prática tem sido limitada, dificultando o acesso efetivo a medidas de alívio para muitos cuidadores. Estudos anteriores, como o de Schulz e Beach (1999), indicam que uma rede de apoio e o cuidado compartilhado tendem a reduzir a sobrecarga entre cuidadores informais de idosos, reforçando a importância do suporte social na vivência do cuidado. Contudo, essa diferença não se mostrou estatisticamente significativa nesta amostra.

Relativamente à QVRS, as médias das dimensões do MOS SF-36 revelaram perceções diferenciadas entre os participantes. As dimensões de desempenho físico ($M = 71,20$; $DP = 25,33$), desempenho emocional ($M = 70,67$; $DP = 24,84$) e função física ($M = 69,75$; $DP = 26,74$) destacaram-se com valores elevados, indicando uma perceção relativamente positiva da capacidade para realizar atividades físicas e gerir aspetos emocionais do quotidiano. Este padrão sugere que, apesar dos desafios que possam enfrentar, a maioria dos participantes mantém bons resultados nestas dimensões, o que é fundamental para uma QV satisfatória.

Por outro lado, as médias mais baixas encontraram-se nas dimensões da vitalidade ($M = 47,49$; $DP = 18,70$) e saúde mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$), sinalizando que estas áreas são mais vulneráveis. A baixa vitalidade pode estar relacionada com sensação de cansaço e fadiga, que, tal como o menor bem-estar emocional, pode afetar negativamente a capacidade de lidar com o stress diário e comprometer a QV geral. Estes resultados estão em consonância com outros estudos portugueses, nomeadamente junto de cuidadores informais de pessoas idosas, que também reportaram dificuldades semelhantes nestas dimensões devido à carga emocional e física inerente ao cuidado prolongado (Sousa et al., 2020). Esta

semelhança reforça a necessidade de intervenções focadas no suporte psicológico e promoção da energia vital.

A análise da variabilidade mostra que a dimensão da função física apresentou um desvio padrão elevado ($M = 69,75$; $DP = 26,74$), refletindo uma ampla diversidade. Este dado é crucial e pode estar associado a diferentes níveis de limitação física, possivelmente decorrentes de condições de saúde variadas na amostra. O desempenho físico ($M = 71,20$; $DP = 25,33$) e a dor corporal ($M = 55,75$; $DP = 25,16$) também exibiram variabilidade considerável, podendo estar relacionado com diferentes níveis de limitação física, possivelmente decorrentes de condições de saúde variadas na amostra. A dor crónica ou frequente pode limitar significativamente a funcionalidade e aumentar o risco de isolamento e sofrimento psicológico. Assim, estratégias individualizadas para lidar com a dor são essenciais para melhorar a QVRS. Em contraste, dimensões como saúde mental ($M = 55,29$; $DP = 15,64$) e saúde geral ($M = 63,89$; $DP = 18,54$) apresentaram menor dispersão, indicando perceções relativamente homogéneas nestes domínios. Apesar da média mais baixa em saúde mental, a menor variabilidade sugere que a maioria dos participantes partilha um sentimento comum em relação ao seu bem-estar psicológico, o que pode facilitar a implementação de programas de intervenção direcionados.

Outro ponto relevante é a perceção da mudança do estado de saúde em comparação ao ano anterior, medida pelo item 2 do MOS SF-36, cuja média foi de 45,59 ($M = 45,59$; $DP = 20,03$). Este valor indica uma ligeira deterioração ou estagnação da perceção de saúde, com ampla variação entre os participantes. Este resultado pode refletir os efeitos acumulados do envelhecimento, condições crónicas e fatores psicossociais, salientando a importância do acompanhamento regular e de ações preventivas que possam minimizar o declínio funcional e emocional.

Em suma, estes resultados evidenciam a complexidade da QVRS, mostrando que, embora as capacidades físicas e emocionais estejam relativamente preservadas, áreas como a vitalidade, saúde mental e dor corporal requerem especial atenção, destacando a necessidade de intervenções multidimensionais que promovam a saúde física, emocional e social para melhorar efetivamente a QV dos indivíduos.

Para além disso, os resultados obtidos indicam que o impacto do cuidado informal na QVRS é mais acentuado no sexo feminino. As cuidadoras mulheres apresentaram pontuações significativamente mais baixas nas dimensões de vitalidade ($M = 44,87$; $DP = 18,84$) e saúde mental ($M = 53,21$; $DP = 15,10$), quando comparadas com os cuidadores do sexo masculino ($M = 55,99$; $DP = 15,80$) e ($M = 62,08$; $DP = 15,74$), respetivamente. No teste t aplicado à vitalidade, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($t = 2,619$; $gl = 100$; $p = 0,010$) e no teste t aplicado à saúde mental, os

resultados foram, também, estatisticamente significativos ($t = 2,495$; $gl = 100$; $p = 0,014$). Estes dados sugerem níveis mais reduzidos de energia e maior fragilidade emocional nas mulheres cuidadoras. Estes resultados são consistentes com os dados de Dorfman (1995), que demonstram que as mulheres cuidadoras reportam menor satisfação com a QV quando comparadas aos homens cuidadores. Esta tendência, que tem sido observada ao longo de décadas, sugere a persistência da desigualdade entre o sexo dos cuidadores na experiência do cuidado. Tal discrepância pode estar relacionada com a persistência da acumulação de funções tradicionalmente atribuídas às mulheres (apesar de algumas mudanças), como a conciliação entre o cuidado e outras obrigações familiares, o que pode resultar em maior sobrecarga física e emocional.

Por outro lado, os homens apresentaram médias mais elevadas do que as mulheres em todas as dimensões do MOS SF-36, destacando-se a função física ($M = 78,33$; $DP = 22,68$ vs. $M = 67,12$; $DP = 27,46$), a dor corporal ($M = 63,33$; $DP = 27,73$ vs. $M = 53,43$; $DP = 24,03$) e a função social ($M = 73,44$; $DP = 19,26$ vs. $M = 65,06$; $DP = 23,61$). Embora nem todas as diferenças tenham atingido significância estatística, estas discrepâncias sugerem uma perceção mais positiva da QVRS entre os cuidadores do sexo masculino. Tal resultado pode refletir fatores protetores associados ao sexo masculino, como uma maior autonomia ou menor envolvimento simultâneo em múltiplos papéis sociais. Como proposto por Finley (1989), o cuidado informal tende a não fazer parte das expectativas tradicionais do papel social masculino, o que pode influenciar a forma como os homens vivenciam e avaliam a experiência de cuidar, possivelmente com menor carga emocional. Ainda assim, este dado deve ser interpretado com cautela, tendo em conta o contexto social e cultural que molda, de forma distinta, a experiência do cuidado entre homens e mulheres.

Não se observaram associações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e os níveis de LS nesta amostra ($\chi^2(4) = 4,108$; $p = 0,392$), o que sugere independência entre estas variáveis. No entanto, os achados divergem de um estudo recente realizado em Portugal pela Escola Nacional de Saúde Pública (2023), que estudou 790 cuidadores informais de idosos e identificou uma correlação estatisticamente significativa, ainda que fraca, indicando que níveis mais elevados de LS estão associados a menor sobrecarga. Autores defendem que níveis reduzidos de LS podem intensificar a perceção de sobrecarga, uma vez que dificultam a interpretação de sinais clínicos, aumentam a insegurança perante situações inesperadas, limitam a capacidade de planear estratégias adequadas de gestão do cuidado e, quando não dispõem de ferramentas de literacia suficientes, acabam por recorrer a estratégias reativas, muitas vezes centradas na resolução de problemas imediatos, o que contribui para a acumulação de tensão emocional e fadiga (Galvão & Baptista, 2021). Ainda assim, a sobrecarga de um cuidador não se resume

apenas ao conhecimento que ele possui sobre saúde. É uma experiência complexa e multifacetada, influenciada por fatores emocionais, sociais e contextuais, mais do que apenas pelo conhecimento ou compreensão de informação em saúde. Mesmo cuidadores com literacia adequada podem sentir-se sobrecarregados caso enfrentem elevados níveis de exigência ou sentimentos de responsabilidade excessiva. Assim, a LS, por si só, pode não ser suficiente para mitigar a perceção de sobrecarga. É imperativo que os profissionais de saúde reconheçam as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais, a fim de identificar precocemente sinais de sobrecarga e implementar estratégias preventivas adequadas (Sequeira, 2010b).

Contudo, relativamente à relação entre a QVRS e a LS, os resultados mostram que os indivíduos com LS adequada apresentam médias superiores nas dimensões de vitalidade ($M = 53,87$; $DP = 17,84$) e saúde mental ($M = 61,07$; $DP = 15,36$) quando comparados aos grupos com LS inadequada ($M = 40,75$; $DP = 20,74$; $M = 50,40$; $DP = 12,74$) e problemática ($M = 44,64$; $DP = 16,12$; $M = 51,86$; $DP = 16,00$). Por outro lado, os desvios padrão relativamente elevados refletem uma considerável variabilidade dentro dos grupos, o que sugere que, mesmo entre pessoas com o mesmo nível de literacia, a QV pode variar bastante. Essa variação pode ser explicada por outros fatores pessoais, sociais ou ambientais.

Os resultados revelaram uma associação significativa entre os níveis de LS e as dimensões vitalidade, dor corporal e saúde mental.

A análise de variância (ANOVA) indicou que a dimensão vitalidade difere significativamente entre os grupos de LS ($F(2,99) = 4,809$; $p = 0,010$), com médias superiores observadas no grupo com literacia adequada. Este resultado sugere que indivíduos com maior LS tendem a apresentar maior energia e menor fadiga, o que pode estar relacionado com maior capacidade para gerir a saúde, procurar informação e adotar comportamentos saudáveis. Adicionalmente, a dimensão saúde mental também apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($F(2,99) = 5,364$; $p = 0,006$), o que reforça que uma melhor LS pode estar relacionada com um maior bem-estar psicológico, possivelmente por facilitar a compreensão de sintomas, o acesso a apoio ou a adesão a estratégias de autocuidado mental. A dimensão dor corporal também mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($F(2,99) = 3,169$; $p = 0,046$), sugerindo que níveis mais altos de LS podem estar relacionados com uma melhor perceção ou gestão da dor, embora os mecanismos exatos mereçam investigação adicional. Estes resultados corroboram a literatura existente, que aponta a LS como um fator determinante para a perceção da saúde e bem-estar geral (Sørensen et al., 2012). A LS, entendida como uma competência promotora de autocuidado, tem sido apontada como fator protetor da QV dos cuidadores, pois facilita a adoção de comportamentos preventivos, promove maior autoconfiança e permite responder de forma

mais eficaz às necessidades da pessoa idosa (Galvão & Baptista, 2021). Por outro lado, as outras dimensões da QVRS não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de LS. Após a aplicação dos instrumentos, verifica-se uma preocupação relevante, uma vez que muitos cuidadores revelam lacunas nas competências necessárias para prestar cuidados adequados à pessoa idosa. No que diz respeito à gestão de questões de saúde, constata-se que estes cuidadores frequentemente não estão devidamente preparados para enfrentar os desafios e imprevistos que emergem no quotidiano do cuidado. Esta realidade é acompanhada por níveis elevados de sobrecarga percebida e por valores baixos em algumas das dimensões da QVRS, evidenciando fragilidades não apenas no domínio do conhecimento em saúde, mas também no bem-estar físico e emocional destes cuidadores.

8. Conclusão

O envelhecimento populacional é um fenómeno global e progressivo. Esta realidade exige uma resposta contínua de cuidados, frequentemente assegurada por cuidadores informais, que assumem um papel central no apoio à pessoa dependente.

Neste estudo, os cuidadores informais de pessoas idosas demonstraram níveis variados de LS, resultados que indicam que uma parte significativa dos cuidadores poderá enfrentar dificuldades na compreensão, interpretação e utilização da informação em saúde. Simultaneamente, 53,9% da amostra apresentava sobrecarga intensa, um valor preocupante que evidencia o impacto físico e emocional do papel de cuidador. No que diz respeito à QVRS, destacam-se fragilidades nas dimensões vitalidade e saúde mental, sugerindo maior vulnerabilidade ao nível da energia e bem-estar psicológico.

Através desta investigação, foi igualmente possível identificar uma associação significativa entre os níveis de LS e algumas dimensões da QVRS, nomeadamente a vitalidade, dor corporal e saúde mental, enquanto a sobrecarga não apresentou relação estatisticamente significativa com os níveis de LS.

Sumariamente, os resultados obtidos, assim como relação entre características sociodemográficas e a LS, sobrecarga e QVRS, confirmam duas das questões de investigação formuladas. Estes resultados proporcionam uma compreensão mais aprofundada das necessidades intrínsecas ao papel do cuidador de idosos, evidenciando as exigências específicas associadas a essa função.

É crucial enfatizar a necessidade de criar e implementar programas comunitários focados na promoção da LS, envolvendo os cuidadores informais. Tais iniciativas devem ser fundamentadas nos achados da pesquisa, com o objetivo de fornecer aos cuidadores as ferramentas necessárias para lidar com os desafios diários e, ao mesmo tempo, melhorar a sua perceção de autoeficácia. Para que as intervenções

em LS sejam verdadeiramente eficazes, é fundamental que adotem uma abordagem colaborativa, multifacetada e integrada. Isso inclui, não apenas a educação em saúde e o desenvolvimento de competências práticas, mas também o aprimoramento da comunicação entre profissionais de saúde e cuidadores informais. A comunicação clara e acessível é um dos pilares para garantir que as informações transmitidas sejam compreendidas e aplicadas corretamente, independentemente do nível de LS dos cuidadores. Nesse sentido, é essencial formar os profissionais de saúde para que consigam adaptar o discurso às necessidades dos diferentes perfis, promovendo uma relação de cuidado mais empática e colaborativa.

Através de programas psicoeducacionais robustamente estruturados, de abordagem multidisciplinar com monitorização sistemática, será possível não apenas garantir informação relevante e treino sobre as melhores práticas de cuidado, mas também fomentar o desenvolvimento de competências instrumentais inerentes ao cuidado, socioemocionais e espirituais, essenciais para a QVRS e bem-estar, tanto do cuidador quanto da pessoa assistida. Esses programas devem ser projetados para abordar as necessidades informativas dos cuidadores, proporcionando conhecimentos específicos sobre as condições de saúde da pessoa assistida e sobre as estratégias mais adequadas de cuidado. Além disso, é essencial que esses programas promovam o desenvolvimento de habilidades práticas, capacitando os cuidadores a desempenharem o seu papel de forma eficaz e autónoma. Também devem incluir componentes focados no bem-estar emocional e psicológico dos cuidadores, fornecendo o suporte necessário para o fortalecimento da capacidade de gerir as suas próprias necessidades e estabelecer uma relação mais equilibrada com o processo de cuidar.

Ao fortalecer as competências tanto práticas quanto emocionais dos cuidadores, estas intervenções não só melhoram a qualidade do cuidado prestado, mas também promovem a sustentabilidade do cuidador a longo prazo, ajudando a mitigar a sobrecarga associada a esse papel e a melhorar a sua QVRS. Além disso, políticas públicas que promovam a LS desde a base educacional até aos serviços de saúde, envolvendo escolas, centros de saúde e redes comunitárias, são fundamentais para garantir uma resposta coordenada, sustentável e centrada na pessoa.

Constitui-se, portanto, como uma prioridade atender às necessidades dos cuidadores informais e proporcionar-lhes o apoio necessário para que possam também cuidar de si mesmos.

9. Limitações do estudo

Uma das limitações identificadas neste estudo foi a sua delimitação geográfica. Embora os questionários tenham sido aplicados em diferentes freguesias, a amostra concentrou-se no concelho de Vila Nova de Gaia. Por esse motivo, os resultados não podem ser considerados representativos da realidade nacional, evidenciando a necessidade de futuras investigações com maior abrangência territorial.

O número de participantes do estudo correspondente à amostra representa, também, uma limitação, dado que pode não ser suficientemente abrangente para refletir a complexidade de algumas variáveis, como a relação entre a LS e a sobrecarga.

Para investigações futuras, é aconselhável a utilização de amostras de maior dimensão em diferentes zonas geográficas, a fim de aprofundar o estudo da LS, da sobrecarga e da QVRS dos cuidadores informais de idosos. Tal abordagem permitiria uma análise mais robusta e representativa, capaz de capturar as complexidades dessas variáveis em diferentes contextos.

Além disso, seria relevante investigar, de forma mais detalhada, os tipos de apoio e suporte social disponíveis a cada cuidador, identificando os fatores que impactam positivamente a sua capacidade de lidar com os desafios diários do cuidado, bem como os fatores que contribuem para a redução da sua sobrecarga. A partir dessa análise mais abrangente, seria possível delinear intervenções mais eficazes e personalizadas, adequadas às necessidades específicas de cada cuidador, promovendo o seu bem-estar físico e emocional, e, por consequência, a qualidade do cuidado prestado à pessoa idosa.

10. Referências Bibliográficas

- Ambugo, E. A., de Bruin, S. R., Masana, L., MacInnes, J., Mateu, N. C., Hagen, T. P., & Arrue, B. (2021). A cross-European study of informal carers' needs in the context of caring for older people, and their experiences with professionals working in integrated care settings. *International Journal of Integrated Care*, 21(2), Article 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.5547>
- Angelini, V., & Laferrère, A. (2024). Cross-country variations in the caregiver role: Evidence from the ENTWINE-iCohort study. *BMC Public Health*, 24, Article 18302. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18302-6>
- Ankira. (2021). *O envelhecimento demográfico e os serviços de apoio aos mais velhos*. <https://ankira.pt/blog/o-envelhecimento-demografico-e-os-servicos-de-apoio-aos-mais-velhos/>
- Antunes, M. D. L. (2014). A literacia em saúde: Investimento na promoção da saúde e na racionalização de custos. In *As bibliotecas da saúde: Que futuro? Actas das XI Jornadas APDIS* (pp. 123–133). <http://hdl.handle.net/10400.21/3582>
- Antunes, M. D. L., & Lopes, C. (2018). Contributos da literacia em saúde para a promoção e racionalização de custos na saúde. In C. Lopes & C. V. de Almeida (Eds.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 43–63). Edições ISPA.
- Albert, I. (2022). Aging under the lens of culture: Universal and specific perspectives. *GeroPsych: Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 35(2), 51–53. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000289>
- Almeida, M. D. P., & Rebelo, T. (2004). *A gestão por competências: Conceitos e instrumentos*. RH Editora.
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó, J. M. (1995). The Spanish version of the SF-36 Health Survey (or: how to measure health status in Spain). *Medicine*, 23(1), 61–68.
- Alves, J., Almeida, A., Mata, M. & Pimentel, M. (2018). Problemas dos cuidadores de doentes com esquizofrenia: A sobrecarga familiar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 8–16. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18064>
- Baker, D. W. (1999). Reading between the lines. *Journal of General Internal Medicine*, 14(5), 315–317. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00342.x>
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., & Thompson, J. A. (2007). Health literacy, cognitive abilities, and mortality among elderly persons. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 805–810. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0241-7>
- Barbosa, A., Ruiz-Ramie, J., & Potier, J. (2025). The impact of caregiving on older caregivers' health: A scoping review. *Ageing International*. <https://doi.org/10.1007/s12126-025-09606-y>

- Barbosa, K. T. F., de Freitas Macêdo Costa, K. N., de Farias Pontes, M. de L., de Souza Batista, P. S., de Oliveira, F. M. R. L., & Fernandes, M. das G. M. (2017). Aging and individual vulnerability: A panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto e Contexto Enfermagem*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>
- Barrera, M., Schattner, A., & Stuart, R. (2014). The effectiveness of family caregiver support programs: A systematic review of interventions for caregivers of adults with chronic illnesses. *Psychosocial Oncology*, 32(2), 1-7. <https://doi.org/10.1002/pon.3287>
- Berglund, A., Lytsy, P., & Westerlund, H. (2024). Self-esteem, self-efficacy, and optimism as psychological resources among caregivers of people with dementia: findings from the IDEAL study. *International Psychogeriatrics*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1041610224002364>
- Bijnsdorp, F. M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Boot, C. R. L., van der Beek, A. J., & Pasman, H. R. W. (2022). Caregiver's burden at the end of life of their loved one: Insights from a longitudinal qualitative study among working family caregivers. *BMC Palliative Care*, 21, 142. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01031-1>
- Boeiro-Gonçalves, P. (2017). Características dos cuidadores de idosos assistidos pelas equipas domiciliárias da Rede Nacional de Cuidados Integrados na região de Lisboa e Vale do Tejo: Estudo transversal observacional. *Saúde & Tecnologia*, 17, 39-46
- Bonaccorsi, G., Pieralli, F., Innocenti, M., Milani, C., Del Riccio, M., Donzellini, M., ... Lorini, C. (2019). Health Literacy among Non-Familial Caregivers of Older Adults: A Study Conducted in Tuscany (Italy). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193771>
- Brand, H., Schmidt, P., Kuhn, K., Kessler, K., Hurrelmann, K., & Pelikan, J. M. (2013). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 23(5), 642-648. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt031>
- Brito, L. (2002). *Famílias e cuidadores informais: desafios e respostas*. Climepsi Editores.
- Calasanti, T. (2003). Masculinities and care work in old age. In D. Arber & J. Ginn (Eds.), *Gender and aging: Changing roles and relationships*. Open University Press.
- Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia. (2024). *Programa municipal GaiaCuidador reforça valências*. <https://www.cm-gaia.pt/pt/noticias/programa-municipal-gaia-cuidador-reforca-valencias/>

- Clemente, R. I. S. (2020). *A sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores informais: Um estudo no Município de Cantanhede* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94273>
- Costa, A., Câmara, G., Telo de Arriaga, M., Nogueira, P., & Pereira Miguel, J. (2021). Active and healthy aging after COVID-19 pandemic in Portugal and other European countries: Time to rethink strategies and foster action. *Frontiers in Public Health*, 9, 700279. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.700279>
- Costa, A., Loura, D. d. S., Nogueira, P., Melo, G., Gomes, I., Ferraz, I., Viegas, L., & Henriques, M. A. (2022). Informal caregivers' health literacy in Lisbon, Portugal: A profile for health promotion prioritization. *Geriatrics*, 7(5), 92. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7050092>
- Costa, A. S., Sá, L., Monteiro, J., & Ribeiro, I. A. (2022). Informal caregivers' health literacy in Lisbon, Portugal: A profile for health promotion prioritization. *Health Promotion International*, 37(Suppl_2), ii48–ii59. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac094>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 109, 3856 (2006).
- Del Rey, C., & Mazarrasa Alvear, L. (2000). La família e la classe social. In A. Sanchez Moreno, V. Aparício Ramon, C. Gérman Bes, L. Mazarrasa Alvear, A. Merelles Tormo, & A. Sánchez García (Eds.), *Concepto de salud y factores que la condicionan* (pp. 303–317). McGraw-Hill.
- de Saxe Zerden, L., Denk, R., & Schweitzer, R. (2019). Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 19, Article 127. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1274-0>
- Dias, A., Marques, A., & Pinto, C. (2018). Perfil e desafios dos cuidadores informais em Portugal. *Revista Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 135–148. <https://doi.org/10.1007/rpggd.v12i3.567>
- Direção Geral da Saúde (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde: Portugal 2019–2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>
- Dorfman, L. T. (1995). Health, financial, and social supports of caregiving daughters: A comparison of employed and nonemployed caregivers of frail elders. *Journal of Women & Aging*, 7(1–2), 59–79. https://doi.org/10.1300/J074v07n01_06
- Duarte, I. (2009). Envelhecimento e solidariedades familiares: A família no centro de cuidados. *Sinais Vitais: Enfermagem em Revista*, (101), 17–21.
- Entidade Reguladora da Saúde. (n.d.). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2123/ERS_Estudo_Cuidados_Paliativos.pdf

- Escola Nacional de Saúde Pública. (2023). *Literacia em saúde e qualidade de vida dos cuidadores informais: A realidade portuguesa* (Projeto Saúde que Conta – 8.ª edição). Universidade NOVA de Lisboa. <https://www.ensp.unl.pt/saude-que-conta-apresenta-resultados-de-estudo-sobre-qualidade-de-vida-dos-cuidadores-informais-em-portugal/>
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2015). *Literacia em saúde em Portugal: Relatório síntese*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Eurocarers. (2020). *Caring in Europe: A growing challenge*. Eurocarers.
- Eurostat. (2024, 13 de fevereiro). *Population structure and ageing*. Statistics Explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Ezebuihe, I., & Sigley, C. (2016). Health Literacy: Concept Analysis. *International Journal of Healthcare Sciences*, 4(2), 55–62.
- Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2020). *Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: conhecer no presente para atuar no futuro*. 12, 115–116. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10291>
- Faleiros, A. H., Santos, C. A., Martins, C. R., Astrazione De Holanda, R., Souza, N. L. S. A. de, & Araújo, C. L. de O. (2015). Os desafios do cuidar: Revisão bibliográfica, sobrecargas e satisfações do cuidador de idosos. *Janus*, (21), 59–68.
- Felipe, S. G. B., Oliveira, C. E. de S., Silva, C. R. D. T., Mendes, P. N., de Carvalho, K. M., Silva-Júnior, F. L., & Figueiredo, M. D. L. F. (2020). Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>
- Fernandes, C. M. (2024). *Idosos cuidadores de idosos: o contributo da literacia em saúde nas práticas de autocuidado* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10400.5/31095>
- Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36* (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde). <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/9969>
- Ferreira, P. L. (2000). *Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística* (Tese de doutoramento, Universidade de Coimbra). <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/1760>

- Figueiredo, A. I., & Sequeira, C. (2004). A sobrecarga do cuidador informal: fatores associados. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 25–30.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores.
- Finley, N. J. (1989). Theories of family labor as applied to gender differences in caregiving for elderly parents. *Journal of Marriage and the Family*, 51(1), 79–86. <https://doi.org/10.2307/352370>
- Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusodidacta
- Galvão, A. M. N. P., & Baptista, G. (2021). *Literacia em saúde e autocuidados: Evidências que projetam a prática clínica*. Euromedice
- Garcia, C. H., Espinoza, S. E., Lichtenstein, M., & Hazuda, H. P. (2013). Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. *Journal of Health Communication*, 18(sup1), 256–272. <https://doi.org/10.1080/10810730.2013.829135>
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Langlois, J. (2007). Assessment of family caregivers of older adults. In K. M. Whitlach (Ed.), *Handbook of Clinical Gerontology* (pp. 151–171). Wiley.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Langlois, J. (2023). Family caregivers and physical proximity: Implications for caregiving and well-being. *The Gerontologist*, 63(4), 567–576. <https://doi.org/10.1093/geront/gnad045>
- Griese, L., & Schaeffer, D. (2020). Challenges in navigating the health care system: Development of an instrument measuring navigation health literacy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5731. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165731>
- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report on health literacy in eight EU member states: The European Health Literacy Survey HLS-EU*. European Commission. <https://health-literacy.eu>
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Formasau.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2024). Portugal tem quase 15 mil cuidadores informais e a maioria são mulheres. *Público*. <https://www.publico.pt/2024/09/05/sociedade/noticia/portugal-quase-15-mil-cuidadores-informais-maioria-sao-mulheres-2103001>
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2025). *Estatuto do cuidador informal – estatísticas*. https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalle/-/asset_publisher/GzVIhCL9jqf9/content/estatuto-do-cuidador-informal

- Instituto da Segurança Social, I. P. (2025). *Reconhecimento do estatuto do cuidador informal*.
<https://www.seg-social.pt/da/reconhecimento-do-estatuto-do-cuidador-informal>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Estimativas de população residente em Portugal 2023*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Inquérito às Condições de Vida e Rendimento 2024*.
<https://www.ine.pt>
- Inter-Parliamentary Union & World Health Organization. (2016). *Child, early and forced marriage legislation in 37 Asia-Pacific countries*.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246283/1/9789241565042-eng.pdf>
- Jesus, I. T. M. de, Orlandi, A. A. dos S., & Zazzetta, M. S. (2018). Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 194–204.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>
- José, J. de S. (2012). Entre a gratificação e a opressão: os significados das trajetórias de cuidar de um familiar idoso. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, (2), 123–150
- Jun, W. H. (2023). Influência da gratidão e do sentido de significado na vida na autoeficácia do cuidador familiar de pessoas com doença mental. *Journal of Social and Personal Relationships*.
<https://doi.org/10.1177/01939459231206046>
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). *Health literacy: The solid facts*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. *Avances En Enfermería*, 37(2), 140–148. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>
- Krämer, M. D., & Bleidorn, W. (2024). The well-being costs of informal caregiving. *Psychological Science*, 35(4), 567–579. <https://doi.org/10.1177/09567976241279203>
- Laranjeira, C., & Querido, A. (2021). Burden of the family caregivers of the person with mental illness in Portugal: A cross-sectional study. *European Psychiatry*, 64(Suppl 1), S386.
<https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1035>
- Lindquist, L. A., Jain, N., Tam, K., Martin, G. J., & Baker, D. W. (2011). Inadequate Health Literacy Among Paid Caregivers of Seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 26(5), 474–479.
<https://doi.org/10.1007/s11606-010-1596-2>

- Li, Y., Hu, L., Mao, X., Shen, Y., Xue, H., Hou, P., & Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.014>
- Lorini, C., Buscemi, P., Mossello, E., Schirripa, A., Giammarco, B., Rigon, L., & Ungar, A. (2022). Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia: Results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging Clinical and Experimental Research*, 35(1), 61–71. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02271-0>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS statistics* (8ª ed.). ReportNumber.
- Melo, A. P. D., Dos Santos, K. da S., Wagner, E. R., De Oliveira, R. F., Dos Santos, E. E. C., Morasco, S. de O., Batista, T. C., Lamonica, H. G., Rocha, G. H. S., Da Silveira, R. E., & Campos, F. dos S. de F. B. (2023). Educação em Saúde para Cuidadores Formais e Informais: Promoção da Qualidade de Vida. *Revista Foco*, 16(11), e3711. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n11-184>
- Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, Telo de Arriaga, B. dos S., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023–2030*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Moraes, E. N. de. (2012). *Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais*. Organização Pan-Americana da Saúde
- Moreira, L. (2018). *Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand?* <https://econpapers.repec.org/RePEc:oec:elsaad:107-en>
- Nascimento, L. C., Moraes, E. R. de, Silva, J. C. e, Veloso, L. C., & Vale, A. R. M. da C. (2008). Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 514–517. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000400019>
- Nations, U. (n.d.). *Ageing | United Nations*. <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
- Neri, A. L., & Carvalho, V. A. M. (2002). O bem-estar do cuidador: Aspectos psicossociais. In C. Sequeira (Ed.), *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto Editora.
- Noronha, D. D., Lima Martins, A. M. E., Dias, D. S., Silveira, M. F., & De Paula, A. M. B. (2016). Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2), 463–474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.01102015>
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health, 54*(5), 303–305. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-0050-x>
- Oliveira, D. M., & Pereira, A. (2021). O papel da família no cuidado à pessoa idosa: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem, 74*(5), e20200815. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0815>
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Programa de saúde mental: Manual do utilizador do WHOQOL (revisão de 2012)* (WHO/HIS/HSI Rev.2012.3). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). (2024). *Publicado o relatório “A sociedade em resumo 2024 – Indicadores sociais da OCDE” – O desafio demográfico e o papel do PESSOAS 2030*. <https://pessoas2030.gov.pt/2024/08/06/publicado-o-relatorio-a-sociedade-em-resumo-2024-indicadores-sociais-da-ocde-o-desafio-demografico-e-o-papel-do-pessoas-2030/>
- Orkan, Ö., Sørensen, K., van den Broucke, S., Levin-Zamir, D., & Pinheiro, P. (2021). Health literacy in the context of family caregivers: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(15), 7894. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157894>
- Paladino, G., Muscogiuri, G., Di Fraia, M., Saponara, R., Cacciatore, F., Bonaduce, D., & Abete, P. (2022). Health literacy of informal caregivers of older adults with dementia: Results from a cross-sectional study conducted in Florence (Italy). *Aging Clinical and Experimental Research, 34*(11), 2663–2670. <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02271-0>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: Tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 34*(3), 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Pedro, A. R., Avelar, F. G., Raposo, B., Brandão, D., Amaral, O., & Escoval, A. (2023a). Health literacy of informal caregivers: Findings from a Portuguese study. *European Journal of Public Health, Supplement 2*. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1432>

- Pedro, A. R., Raposo, B., Luís, L., Amaral, O., Escoval, A., & Simões Dias, S. (2023b). Portuguese version of the HLS-EU-Q6 and HLS-EU-Q16 questionnaire: Psychometric properties. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 2892. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042892>
- Pego, M. A., & Nunes, C. (2018). Aging, disability, and informal caregivers: A cross-sectional study in Portugal. *Frontiers in Medicine*, 4, Article 255. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00255>
- Pego, M. A. S. S. (2013). *Cuidados informais: Os idosos em situação de dependência em Portugal* (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10362/10752>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological functioning and well-being: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2018). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(1), e44–e52. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx096>
- Pleasant, A. (2011a). Health literacy: An opportunity to improve individual, community, and global health. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2011(130), 43–53. <https://doi.org/10.1002/ace.409>
- Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011b). Health Literacy Measurement: A Proposed Research Agenda. *Journal of Health Communication*, 16(sup3), 11–21. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604392>
- Portugal. (2016). *Despacho n.º 3618-A/2016*. Diário da República, 2.ª série, n.º 52, Suplemento, 15 de março de 2016. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3618-a-2016-73228890>
- Portugal. Assembleia da República. (2019). *Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro: Aprova o Estatuto do Cuidador Informal*. Diário da República, 1.ª série, n.º 172. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/100-2019-124006938>
- Portugal. Assembleia da República. (2024). *Lei n.º 20/2024, de 8 de fevereiro: Altera o Estatuto do Cuidador Informal, aprovado pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro*. Diário da República, 1.ª série, n.º 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/20-2024-229055918>
- Răducu, R. A., et al. (2022). *Measuring Health Literacy in Romania: Validation of the HLS-EU-Q16 Survey Questionnaire*. *IJERPH*, 19(3), 1685. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031685>

Ribeiro, O. M. P. L. (2008). *A experiência masculina no cuidado informal ao cônjuge idoso dependente* (Dissertação de mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/85442>

Rocha, B., & Pacheco, E. (2013). Pessoas idosas em situação de dependência: Stress e coping do cuidador informal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 26(3), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S1981-22562023026.230066.pt>

Rodrigues, D. C. C. P. C. (2012). *Sobrecarga e estratégias de coping em cuidadores informais de idosos dependentes* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Repositório Científico do IPV. <http://hdl.handle.net/10400.19/1627>

Romão, A., Pereira, A., & Geraldo, F. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais: Estudo na área do envelhecimento*. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

RTP. (2022). *Linha da frente: O dia-a-dia dos cuidadores informais* [Reportagem televisiva]. https://www.rtp.pt/noticias/pais/linha-da-frente-o-dia-a-dia-dos-cuidadores-informais_v1390273

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, M. del P. B. (2018). *Metodología de investigación*. McGraw-Hill Interamericana.

Santos, P. A. (2005). *O familiar cuidador em ambiente domiciliário: Sobrecarga física, emocional e social* [Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da Universidade Nova de Lisboa. <https://catalogo.ensp.unl.pt/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1954>

Santos, M. A. (2020). *Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa dependente no domicílio: O caso do concelho de Cantanhede* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Estudo Geral. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/94273>

Savelle, R.-M., Välimäki, T., Kiljunen, O., Nykänen, I., Koponen, S., Suominen, A. L., & Schwab, U. (2023). Assessing social inequalities in older family caregivers' frailty conditions, comorbidity, and cognitive functioning: A cross-sectional study. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 9. <https://doi.org/10.1177/23337214231214082>

Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). *Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study*. *JAMA*, 282(23), 2215–2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>

Sequeira, C. A. C. (2007). *Escala de sobrecarga do cuidador (versão portuguesa da Zarit Burden Interview)*. Lusociência.

Sequeira, Carlos. 2013. "Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers", *Journal of Clinical Nursing* 22, 3-4: 491 - 500. doi: 10.1111/jocn.12108

Sequeira, C. (2010a). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência, II série*, (12), 9-16. <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>

Sequeira, C. (2010b). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – Edições Técnicas.

Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2.^a ed.). Lidel – Edições Técnicas.

Sharifirad, G., Reisi, M., Javadzade, S., Heydarabadi, A., Mostafavi, F., & Tavassoli, E. (2014). The relationship between functional health literacy and health promoting behaviors among older adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 3(1), 1-8. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.145925>

Silva, T. A., Pereira, M. L., & Santos, R. J. (2015). Avaliação da sobrecarga em cuidadores informais de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 49, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005343>

Soares, G. M. da C. (2017). *A sobrecarga dos cuidadores informais de idosos com demência: projeto de apoio ao cuidador* [Dissertação de mestrado, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do ISCTE.

Silva, J. P. C. (2019). *Idosos que cuidam de idosos: A espiritualidade e a satisfação com a vida aliada aos cuidados informais a idosos dependentes* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. <https://hdl.handle.net/10400.26/28494>

Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Cuidados familiares na velhice*. Ambar

Sousa, L., Marques, A., & Alves, S. (2014). Literacia em saúde: Contributos para a reflexão em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(1), 122-129. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.02.003>

Sousa, M., Silva, A., & Pereira, L. (2020). Qualidade de vida e saúde mental em cuidadores informais de idosos em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 38(2), 123-134. <https://doi.org/10.xxxx/rpsp.v38i2.2020>

Sousa, C. M., Pereira, P., & Fernandes, R. (2023). A literacia em saúde dos cuidadores informais e os desafios da conciliação profissional. *Revista Portuguesa de Saúde Comunitária*, 34(1), 45-58.

- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, *12*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J. M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R. H., & Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, *13*(1), 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, *25*(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sudore, R. L., & Covinsky, K. E. (2011). Respecting Elders by Respecting Their Paid Caregivers. *Journal of General Internal Medicine*, *26*(5), 464–465. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1667-z>
- Teixeira, A., Alves, B., Augusto, B., Fonseca, C., Nogueira, J., Almeida, M., ... Nascimento, R. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais: Documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. <https://drive.google.com/file/d/1Vb7sRA4Ds2bmi6Mxul9mpAFrY0BUk2ns/view>
- Topal, K. C., & Öztürk, Y. (2022). Effects of care burden on the life of caregivers of the elderly: A mixed-method study model. *BMC Geriatrics*, *22*, 789. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03568-4>
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)*. *Jornal Oficial da União Europeia*, L 119, 1–88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- United Nations. (2023). *Amidst escalating pension and healthcare costs, new UN report calls for concrete measures to support an ageing world*. <https://www.un.org/en/desa/new-un-report-calls-concrete-measures-support-an-ageing-world>
- United Nations. (2025). *Ageing*. <https://www.un.org/en/ageing>
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Paredes, T., et al. (2006). Estudos psicométricos dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, *27*(1), 41–49.
- Vieira, M. (2004). *Cuidar de pessoas idosas dependentes: O papel do cuidador informal*. Climepsi Editores.

- Vila Nova, A. S. (2017). *Qualidade de vida relacionada com a saúde: Instrumentos de avaliação* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/35975>
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
- Wang, L., Carrington, D., Filienko, D., El Jazmi, C., Xie, S. J., De Cock, M., Iribarren, S., & Yuwen, W. (2025). Large language model-powered conversational agent delivering problem-solving therapy (PST) for family caregivers: Enhancing empathy and therapeutic alliance using in-context learning [Preprint]. *arXiv*. <https://arxiv.org/abs/2506.11376>
- Wallsten, S. M. K. (2000). Effects of caregiving, gender, and race on the health, mutuality, and social supports of older adults. *Journal of Aging and Health*, 12(1), 90–111. <https://doi.org/10.1177/089826430001200105>
- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. <https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Washington, K. T., Meadows, S. E., Elliott, S. G., & Koopman, R. J. (2011). Information needs of informal caregivers of older adults with chronic health conditions. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.017>
- Weiss, B. D. (2003). *Health Literacy A manual for clinicians*. American Medical Association.
- World Health Organization. (2013). *Health literacy The solid Facts*. <https://iris.who.int/handle/10665/326432>
- World Health Organization. (2015). *Draft 1: Global strategy and action plan on ageing and health*.
- World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. <https://www.who.int/publications/i/item/global-strategy-and-action-plan-on-ageing-and-health-summary>
- World Health Organization. (2020). *Health literacy: A prescription to end confusion* (p. 168). https://www.researchgate.net/publication/303697782_Health_Literacy_A_Prescription_to_End_Confusion
- World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

- World Medical Association. (2013). *World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- 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), 67–191–206. <https://doi.org/10.1111/hsc.12368>
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-
Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649–655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
- Zhang, L., Gao, H., Li, S., & Wang, J. (2023). Self-efficacy and well-being in the association between caregiver burden and sleep quality among caregivers of elderly patients having multiple chronic conditions in rural China: A serial multiple mediation analysis. *BMC Nursing*, 22, Article 424. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01587-0>

ANEXOS

**Anexo I – Questionário Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais
de Pessoas Idosas**

QUESTIONÁRIO: Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas

Este estudo visa contribuir para a tomada de decisão informada, com vista a fomentar a implementação de intervenções para a promoção e manutenção da literacia em saúde, da qualidade de vida e da gestão da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas idosas. Para tal, contamos com a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

Instruções:

- Este questionário é anónimo e confidencial.
- Por favor, leia atentamente cada questão e responda de forma sincera.
- Selecione apenas uma opção de resposta em cada questão.
- Não existe tempo limite de resposta.
- Não existem respostas certas ou erradas.
- As informações recolhidas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos.

Grupo I

Caraterização SOCIODEMOGRÁFICA

1. Idade: _____

2. Sexo:

() Masculino

() Feminino

3. Habilitação literária:

() Sem escolaridade

() Sabe ler e escrever

() 1º ciclo Ensino Básico (até 4º ano)

() 2º ciclo Ensino Básico (5º e 6º ano)

() 3º ciclo Ensino Básico (7º a 9º ano)

() Ensino Secundário

() Ensino Superior

4. Situação Profissional:

() Empregado(a)

() Desempregado(a)

() Reformado(a)

EXPERIÊNCIA como Cuidador/a

5. Grau de parentesco como cuidador:

- () Cônjuge (marido/mulher)
- () Filho
- () Irmão
- () Não tem grau de parentesco
- () Outro

6. Coabitação:

- () Habita na mesma casa da pessoa idosa
- () Habita numa casa diferente da pessoa idosa

7. Tipo de cuidador informal:

- () Principal (cuida de forma permanente, em coabitação, sem auferir remuneração)
- () Não principal (cuida de forma não permanente, podendo ou não auferir remuneração)

8. Experiência anterior como cuidador informal:

- () Sim
- () Não

8.1 Percepção da sobrecarga relativamente à experiência anterior:

- () Maior
- () Igual
- () Menor

8.1.1 Porquê?

9. Cuidado informal compartilhado:

- () Sim
- () Não

Caraterização CLÍNICA da Pessoa Idosa

10. Grau de dependência da pessoa idosa:

- Parcialmente dependente (necessita de ajuda em algumas atividades diárias)
- Dependente (necessita de ajuda em todas as atividades diárias)
- Totalmente dependente (necessita de ajuda constante e supervisão)

11. O motivo principal da dependência está relacionado com a dimensão:

- Física
- Psicológica/Mental
- Física e Mental

12. A pessoa idosa possui alguma doença crónica?

- Sim
- Não

12.1 Qual(ais):

GRUPO II – Questionário Europeu de Literacia em Saúde

Numa escala de muito difícil (1) a muito fácil (4), qual o grau de dificuldade que sente a ... :

1. Encontrar Informação sobre tratamentos de doenças que o preocupam?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
2. Saber mais sobre e onde obter ajuda especializada quando está doente?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
3. Compreender o que o seu médico lhe diz?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
4. Compreender as instruções do seu médico ou farmacêutico sobre a toma do medicamento que foi receitado?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
5. Avaliar quando pode necessitar de uma segunda opinião de outro médico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
6. Usar a informação que o seu médico lhe dá para tomar decisões sobre a sua doença?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
7. Seguir as instruções do seu médico ou farmacêutico?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

8. Encontrar informação para lidar com os problemas de saúde mental como o <i>stress</i> ou a depressão?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
9. Compreender os avisos de saúde relativos a comportamentos como fumar, falta de atividade física e excesso de álcool?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
10. Compreender porque precisa de fazer rastreios?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
11. Avaliar se a informação nos meios de comunicação sobre os riscos para a saúde é de confiança?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
12. Decidir como se pode proteger da doença com base em informação dos meios de comunicação?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
13. Saber mais sobre as atividades que são boas para o seu bem-estar mental?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
14. Compreender conselhos sobre saúde vindos de familiares ou amigos?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

15. Compreender a informação nos meios de comunicação sobre como se manter mais saudável?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei
16. Avaliar quais os comportamentos diários que estão relacionados com a sua saúde?	1 - Muito Difícil 2 - Difícil 3 - Fácil 4 - Muito Fácil 5 - Não Sei

Pedro et al. (2023)

Grupo III - Escala de Sobrecarga do Cuidador

A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado/a pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o/a visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele/a pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Grupo IV – Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a.....	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades.....	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras atividades.....	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa ..	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

Ferreira (1998)

MUITO OBRIGADO

Anexo II – Autorizações para a utilização dos instrumentos

✕ < >

Autorização para utilização do HLS-EU-PT-Q16 no contexto/projeto requerido

 Formulário L....pdf



Ana Rita Pedro <rita.pedro@ensp.unl.pt>

[← Responder](#) [↶ Responder a todos](#) [↷ Reencaminhar](#)  ...

qui, 14/11/2024 14:55

Sinalizadas

 Formulário Literacia em Saúd...
Guardado

Boa tarde.

É com muito gosto que autorizamos a utilização da escala por nós validada para o contexto português. Conforme solicitado, envio em anexo a referida escala.

Peço que em publicações e comunicações seja citado o artigo de validação da mesma em Portugal: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/4/2892>

Se for necessária ajuda para o calculo dos Scores, por favor não hesite em contactar.

Dado que este é um tema de foco na nossa investigação, gostaríamos de poder ir acompanhando os resultados a que chegarem, pelo que solicito que os partilhem connosco quando for oportuno.

Com os meus melhores cumprimentos,

Ana Rita Pedro, PhD

Escola Nacional de Saúde Pública

Tel. +351 21 751 2100 | Fax. +351 21 758 2754

Avenida Padre Cruz | 1600-560 Lisboa | Portugal

rita.pedro@ensp.unl.pt | www.enso.unl.pt



✕ < >

Pedido de autorização para utilizar questionário



Beatriz Patrícia Pinheiro

Para: rita.pedro@ensp.unl.pt

↳ Responder

↶ Responder a todos

↷ Reencaminhar



seg, 11/11/2024 10:02

! **Importância alta**

Bom dia Dra.,
Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, propõe-se realizar um trabalho de investigação (para obtenção do título de Mestre) com o tema "Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas".
Para tal, pretende utilizar a versão curta de 16 itens do European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16).
Gostaria de obter autorização para utilizar o instrumento referido no meu estudo e, se possível, agradecia o envio da versão integral do mesmo. Estou à disposição para fornecer quaisquer informações adicionais que considere relevantes e comprometo-me a apresentar resultados no final do meu estudo.
Grata pela atenção.
Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Pinheiro

↳ Responder

↷ Reencaminhar

Estimada Beatriz Pinheiro

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população portuguesa, no seu trabalho.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação, e, não podendo ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

[Seguem em anexo o instrumento.](#)

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, Agregado, PhD, MSc, - Universidade do Porto

Professor Coordenador Principal na ESEP

CINTESIS@RISE and Nursing School of Porto (ESEP), Porto, Portugal

Coordenador da UNIESEP

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2

De: Beatriz Patrícia Pinheiro beatrizpatriciapinheiro@hotmail.com

Enviada: 18 de outubro de 2024 11:47

Para: carlossequeira@esenf.pt

Assunto: Pedido de autorização para utilizar questionário

Bom dia Dr.,

Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, propõe-se realizar um trabalho de investigação (para obtenção do título de Mestre) com o tema "Literacia em Saúde e Impacto na Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos".

Para tal, pretende utilizar a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.

Gostaria de obter autorização para utilizar o instrumento referido no meu estudo e, se possível, agradecia o envio da versão integral do mesmo. Estou à disposição para fornecer quaisquer informações adicionais que considere relevantes e comprometo-me a apresentar resultados no final do meu estudo.

Grata pela atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Beatriz Pinheiro



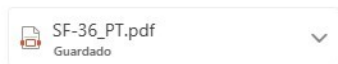
RE: Pedido de autorização para utilizar questionário



R rimas@fe.uc.pt
Para: Você

Responder Responder a todos Reencaminhar
qua, 29/01/2025 18:43

Sinalizadas



Cara Beatriz Pinheiro,

É com muito gosto que enviamos, em anexo, a versão portuguesa do SF-36 para utilizar no seu projeto de investigação.

As informações sobre o processo de tradução e validação deste questionário encontram-se na plataforma RIMAS, disponível em <http://rimas.uc.pt/instrumentos/79/>

Melhores cumprimentos.

Inês Ribeiro



Repositório de Instrumentos de Medição e Avaliação em Saúde
Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
Av. Dias da Silva, 165, 3004-512- Coimbra- Portugal

From: Beatriz Patrícia Pinheiro <beatrizpatriciapinheiro@hotmail.com>

Sent: 18 de outubro de 2024 11:50

To: pedrof@fe.uc.pt

Subject: Pedido de autorização para utilizar questionário

Bom dia Dr.,
Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, propõe-se realizar um trabalho de investigação (para obtenção do título de Mestre) com o tema "Literacia em Saúde e Impacto na Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Idosos".
Para tal, pretende utilizar a versão portuguesa do MOS SF-36.
Gostaria de obter autorização para utilizar o instrumento referido no meu estudo e, se possível, agradecia o envio da versão integral do mesmo. Estou à disposição para fornecer quaisquer informações adicionais que considere relevantes e comprometo-me a apresentar resultados no final do meu estudo.
Grata pela atenção.
Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Pinheiro

 Responder

 Reencaminhar

Anexo III – Autorizações da Junta de Freguesia de Avintes e do Instituto da Segurança Social

RE: Pedido de Autorização para Consulta de Dados para Tese de Mestrado



catarina.ferreira@jfavintes.pt

Para: Você

Responder Responder a todos Reencaminhar

seg, 03/02/2025 11:39

Sinalizadas

Bom dia cara Beatriz,

Por incumbência do Sr. Presidente da Junta de Freguesia de Avintes, Dr. Cipriano Castro, venho por este meio informar que o seu pedido para a realização de inquéritos foi autorizado. Aquando a aplicação dos mesmos, relembramos só a importância de ser salvaguardada a confidencialidade e proteção de dados dos cuidadores informais.

Mais informo que será apoiada para o que for necessário pela Técnica responsável pelo Gabinete de Ação Social – Dr.ª Cláudia Lima (contacto _acaosocial@jfavintes.pt)

Ao dispor para o que for necessário.

Cumprimentos,

Ana Catarina Ferreira

Email: catarina.ferreira@jfavintes.pt

Telemovel: 968317845



AVINTES
FREGUESIA

Sede: Rua Escola Central, 75 – 4430-822 – Avintes

Email: geral@jfavintes.pt Telefone: 227820321 (Rede fixa nacional)

Telemovel: 969014197 (Rede móvel nacional)

RE: Pedido de Autorização para Consulta de Dados para Tese de Mestrado

De: Beatriz Patrícia Pinheiro <beatrizpatriciapinheiro@hotmail.com>

Enviada: quarta-feira, 29 de janeiro de 2025 21:32

Para: geral@jfavintes.pt

Assunto: Pedido de Autorização para Consulta de Dados para Tese de Mestrado

Exmo. Senhor
Dr. Cipriano Castro
Presidente da Junta de Freguesia de Avintes







O meu nome é Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, e proponho-me realizar um trabalho de investigação, para obtenção do título de Mestre, com o tema "Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas".


Para tal, pretendo ter conhecimento dos cuidadores informais de pessoas idosas sinalizadas na Junta de Freguesia de Avintes e ter acesso aos seus contactos telefónicos. Deste modo, torna-se possível obter a informação de quem reúne as condições para participar no estudo. Esta consulta tem como objetivo a aplicação de questionários, em anonimato, a cuidadores informais de pessoas de terceira idade da zona de Vila Nova de Gaia e recolha de dados, de modo a avaliar a sua literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde e analisar a relação da literacia em saúde com a sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde.

A informação solicitada será utilizada exclusivamente para fins académicos e de investigação, garantindo-se a total confidencialidade e proteção dos dados pessoais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Agradeço, desde já, pela atenção disponibilizada.


Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Pinheiro

Emilia.P.Monteiro <Emilia.P.Monteiro@seg-social.pt>   Responder  Responder a todos  Reencaminhar   ...

Para:  Beatriz Patricia Moreira Soares Amorim Pinheiro qua, 05/03/2025 09:06

Cc: Cecilia.A.Mendes <Cecilia.A.Mendes@seg-social.pt>; M.Lurdes.Cameirão <M.Lurdes.Cameirao@seg-social.pt>; **Mais 3**

 **Importância alta**

 O remetente da mensagem pediu um recibo de leitura Enviar recibo

 PRC 08 - Declaração Consent... 
2 MB

Não costuma receber e-mails de emilia.p.monteiro@seg-social.pt. [Saiba por que motivo isto é importante](#)

Bom dia

Beatriz,

Na sequência do pedido de autorização da aluna **Beatriz Pinheiro**, para realização de questionários autoadministrados aos cuidadores informais de pessoas de terceira idade da zona de Vila Nova de Gaia, em Portugal e analisar a relação da LS [Literacia em Saúde], com a sobrecarga e a QVRS [Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde] dos cuidadores, no âmbito de mestrado em **Gestão das Organizações Ramo de Gestão de Unidades de Saúde do Instituto Politécnico do Porto**, subordinado ao tema «**Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas**», informamos que o mesmo mereceu autorização do Sr. Presidente do Conselho Diretivo do ISS,IP em 3 de março de 2025.

Iremos proceder num primeiro momento à recolha informatizada dos consentimento conforme combinado na reunião. Mais informamos que solicitámos à aluna a devolução da Declaração de Consentimento informado, conforme documento anexo (PRC 08 - Declaração Consentimento Informado.pdf), bem como dos dados de contacto que pretende ver recolhidos junto dos cuidadores:

- nome
- telemóvel
- endereço de e-mail
- morada para aplicação dos questionários
- ...

Com os melhores cumprimentos,

Emília Paula Monteiro





Emília Paula Monteiro

Chefe de Setor 2 do Núcleo de Intervenção Social
Unidade de Desenvolvimento Social
Centro Distrital do Porto

emilia.p.monteiro@iseg.social.pt
Telef 300 520 297 | VOIP 57297

Exmos. Senhores,

O meu nome é Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, aluna do Mestrado em Gestão das Organizações, ramo Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, e proponho-me realizar um trabalho de investigação, para obtenção do título de Mestre, com o tema "Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas".

Para tal, pretendo, através da Segurança Social, ter conhecimento de quem tem o estatuto de cuidador informal, apenas de pessoas idosas, na zona de Vila Nova de Gaia e ter acesso aos seus contactos telefónicos. Deste modo, torna-se possível obter a informação de quem reúne as condições para participar no estudo. Esta consulta tem como objetivo a aplicação de questionários, em anonimato, a cuidadores informais de pessoas de terceira idade da zona de Vila Nova de Gaia e recolha de dados, de modo a avaliar a sua literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde e analisar a relação da literacia em saúde com a sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde.

A informação solicitada será utilizada exclusivamente para fins académicos e de investigação, garantindo-se a total confidencialidade e proteção dos dados pessoais, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

Solicito a autorização através de resposta a este email e, também, através da assinatura da declaração em anexo.

Ficaria extremamente grata se fosse possível acelerar o processo de aprovação, visto que o cumprimento dos prazos estabelecidos para o estudo depende desta autorização.

Agradeço, desde já, pela atenção disponibilizada.

Com os melhores cumprimentos,
Beatriz Pinheiro

Anexo IV – Parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior do Politécnico do Porto

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Número de Registo da Comissão de Ética: CE0120E Data receção do Documento: 14/03/2025 Existência de entradas anteriores: Sim

TÍTULO DO TRABALHO: Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida de Cuidadores Informais de Pessoas Idosas.

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro

DATA PREVISTA PARA A REALIZAÇÃO DO TRABALHO: 10/2024 a 05/2025

RESUMO DO ESTUDO

OBJETIVOS:

Nada a referir.

AMOSTRA:

Nada a referir.

FORMULÁRIO DE DADOS A RECOLHER:

Nada a referir.

MATERIAL:

Nada a referir.

MÉTODOS:

Nada a referir.

RISCOS:

Referidos como inexistentes.

CONSENTIMENTO INFORMADO:

Nada a referir.

AUTORIZAÇÃO PELOS RESPONSÁVEIS LOCAIS:

Nada a referir.

APRECIACÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA:

Após análise detalhada do processo, conclui-se que este se encontra devidamente instruído.

PARECER FINAL DA COMISSÃO DE ÉTICA

De acordo com os dados analisados, o parecer é favorável desde que cumpridas todas as diretrizes submetidas a esta Comissão, recomendando-se que a decisão seja suspensa caso haja algum incumprimento grave.

26/03/2025

Assinado por: **Pedro Manuel Ribeiro da Rocha
Monteiro**
Num. de identificação: 09132856
Data: 2025.03.26 10:14:56 +0000



Anexo V – Termo de Consentimento Informado

**TERMO DE
CONSENTIMENTO INFORMADO****DESIGNAÇÃO DO ESTUDO:**

Enquadramento: Este estudo de investigação insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado “Literacia em Saúde, Sobrecarga e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Pessoas Idosas” pela Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, sob a orientação do Professor Doutor Rui Assunção Esteves Pimenta e coorientação da Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais. Apresenta como principais objetivos avaliar a literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde e analisar a relação da literacia em saúde com a sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde.

Explicação do estudo: Este estudo será realizado com os cuidadores informais de pessoas idosas da zona de Vila Nova de Gaia. Com base nos objetivos do estudo, serão aplicados para a recolha da informação: um questionário para caracterização sociodemográfica do cuidador e clínica da pessoa idosa, o *European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q16)*, a Escada de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36)*, traduzidos e validados para a população portuguesa.

Condições e financiamento: Este estudo mereceu, após ter sido submetido a análise, um parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto. A sua participação neste estudo é voluntária, sem custos associados, salientando-se que não existem compensações por despesas de deslocação ou outros incómodos. Poderá interromper a sua participação a qualquer momento, sem quaisquer consequências ou prejuízos futuros, nomeadamente prejuízos assistenciais.

Confidencialidade e anonimato: A recolha, processamento e utilização dos dados será sempre realizada de forma confidencial, garantindo o anonimato dos participantes, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD). A destruição do material (consentimento informado e questionário) será efetuada após a conclusão do estudo. Os dados serão utilizados apenas e só para os fins acima indicados.

Investigadores: Em meu nome, Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro (Mestranda), do Professor Doutor Rui Assunção Esteves Pimenta (Orientador) e da Professora Doutora Maria Carminda Soares Morais (Coorientadora), agradeço antecipadamente a atenção por si disponibilizada a este estudo.

Assinatura da Mestranda:

**Declaração de Consentimento Informado**

Conforme o RGPD, a Lei n.º 67/98 de 26 de Outubro e a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996, Edimburgo 2000; Washington 2002, Tóquio 2004, Seul 2008, Fortaleza 2013)

Eu, abaixo-assinado (NOME COMPLETO DO INDIVÍDUO PARTICIPANTE DO ESTUDO):

Fui informado de que o Estudo de Investigação acima mencionado se destina a avaliar a literacia em saúde, sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores informais de pessoas idosas da zona de Vila Nova de Gaia e analisar a relação da literacia em saúde com a sobrecarga e qualidade de vida relacionada com a saúde dos cuidadores.

Sei que neste estudo está prevista a realização de questionários, tendo-me sido explicado em que consistem.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos Participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome da Investigadora e Contacto: Beatriz Patrícia Moreira Soares Amorim Pinheiro, 10190230@ess.ipp.pt, 919465778



Assinatura: _____

Data: ____/____/____

P.PORTO

ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE



M

MESTRADO

DESIGNAÇÃO DO MESTRADO