



**DEISA SALYSE DOS REIS CABRAL SEMEDO**

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO EM CABO VERDE: SUBSÍDIOS PARA A  
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

**RIO GRANDE  
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CABO VERDE: SUBSÍDIOS PARA  
ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

**DEISA SALYSE DOS REIS CABRAL SEMEDO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Tecnologias de Enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dra<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Marlene Teda Pelzer

**RIO GRANDE  
2017**

### Ficha catalográfica

S471q Semedo, Deisa Salyse dos Reis Cabral.  
Qualidade de vida dos idosos em Cabo Verde: subsídios para  
atuação da Enfermagem / Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo. –  
2017.  
160 p.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG,  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2017.  
Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Marlene Teda Pelzer.

1. Qualidade de vida 2. Idoso 3. Cabo Verde 4. Enfermagem  
I. Pelzer, Marlene Teda II. Título.

CDU 574

Catálogo na Fonte: Bibliotecário Me. João Paulo Borges da Silveira CRB 10/2130

## DEDICATÓRIA

A minha amada família, meu pai José Semedo, minha mãe Elsa Semedo, obrigada por serem o meu exemplo de honestidade, integridade. Meu afilhado amado Xavier Rivas, minhas irmãs Diva Cabral, Ketline Semedo e Joelsa Semedo, por todo o cuidado e amor durante a minha vida.

Vos amo por toda a minha vida!

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, José António e Elsa Orlanda, pelo amor, dedicação e apoio incondicional. A vocês, meu eterno amor e gratidão.

Às minhas amadas irmãs, Diva, Ketline e Joelsa, por acreditar e torcer por mim durante todas as fases da minha vida. Obrigada por estarem sempre ao meu lado.

Em especial, à minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marlene Teda Pelzer, pelo incentivo, carinho confiança, disponibilidade e amizade demonstrada em todas as etapas para a concretização desta tese.

Ao meu namorado Flávio Semedo, pelo seu amor e cumplicidade durante essa etapa mesmo em momentos de ausência.

Aos idosos que fizeram parte desta pesquisa, um muito obrigada especial sem eles não seria possível a concretização da tese.

Aos estudantes do curso de Enfermagem da Uni-CV e os enfermeiros que se disponibilizaram para a coleta de dados, com muita dedicação e empenho para tornar realidade esta tese.

Às minhas amigas Ariana Varela e Aicha Barry pelo carinho, atenção, torcida e por comemorar comigo essa conquista.

Aos amigos e colegas Rosiane Rangel, Jeferson Ventura, Saúl Ferraz, Ana Moniz e Tatiele Roehrs pelo companheirismo e amizade nessa etapa, tornando-o muito mais prazeroso.

Aos meus colegas e amigos do grupo disciplinar de Enfermagem da Uni-CV, sempre transmitiram palavras de carinho e incentivo, torcendo para a concretização dessa etapa.

Ào Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontogeriatria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON), pela amizade conquistada entre os membros e apoio em diversos momentos.

À prof.Mara por ter-me dado oportunidade de conhecer a FURG, sem esse contato esta etapa não seria possível nesta instituição.

Aos membros da Banca Examinadora por compartilharem conhecimentos nesta caminhada. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, pelos ensinamentos transmitidos.

A tod@s um muito obrigada!

## RESUMO

Semedo, Deisa Salyse dos Reis Cabral. **Qualidade de Vida dos Idosos em Cabo Verde: subsídios para atuação da Enfermagem**. 2017. 160 páginas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul.

O envelhecimento populacional não é mais uma preocupação apenas dos países desenvolvidos, pois o aumento do número de idosos tem ocorrido mundialmente em diversos contextos, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes. O objetivo geral da pesquisa foi analisar a qualidade de vida das pessoas idosas cabo-verdiana. Ainda, foram objetivos específicos: adaptar culturalmente e validar o instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para idosos cabo-verdianos; Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra de idosos cabo-verdianos selecionados; Identificar as dimensões da qualidade de vida que mais influenciam no domínio geral do WHOQOL-BREF e Correlacionar as características socioeconômicas, demográficas e clínicas com a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde da amostra de idosos cabo-verdianos selecionados. Foi defendida a seguinte tese: as dimensões de Qualidade de Vida dos idosos são influenciadas por fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e que são suscetíveis de mudança, conforme as alterações desses fatores O estudo foi desenvolvido em duas etapas, a adaptação transcultural e validação do instrumento *The World Health Organization Quality of Life*, mediante avaliação de comitê de especialistas, realização do pré-teste e alfa de *Cronbach*, a validade de face, conteúdo e constructo do instrumento foi considerada satisfatória para utilização no contexto cabo-verdiano. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, análise de correlação e análise de regressão, sendo utilizado o *software estatístico Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0. A partir da análise fatorial, foram identificados quatro constructos: domínio I-Físico, domínio II- Ambiente, domínio III- Relações sociais e domínio IV-Sexualidade. Na segunda etapa foi aplicado junto a 405 idosos a versão cabo-verdiana do instrumento, sendo possível identificar que os fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos influenciam positiva ou negativamente a qualidade de vida e satisfação de saúde dos idosos. O domínio relações sociais teve a maior média do

instrumento, evidenciando que esse fator tem a maior influência na qualidade de vida percebida pelos idosos e o domínio físico apresenta a menor média. Verificou-se que a maioria dos indivíduos percebiam a sua qualidade de vida como nem má nem boa. Enquanto em relação à satisfação com a sua saúde, a maioria dos idosos sentia-se satisfeito ou muito satisfeito com a saúde. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer n. 163/2016). Também foi enviado à Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Cabo Verde, respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, tendo parecer positivo (Parecer nº 08/2017). Foi concedida autorização da Organização Mundial da Saúde para a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL- BREF, por meio de contato eletrônico. Por fim, conhecer os domínios que mais influenciam a qualidade de vida dos idosos permite conhecer os diferentes elementos que afetam a qualidade de vida, que podem facilitar na criação de políticas direcionada aos idosos, bem como criar a possibilidade dos enfermeiros intervirem no continuum de vida por meio da execução de um planejamento estratégico baseado nas variáveis que influenciam negativamente ou positivamente a qualidade de vida.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Idoso; Cabo Verde; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

Semedo, Deisa Salyse Reis Cabral. **Quality of Life of the Elderly in Cape Verde: subsidies for nursing work.** 2017. 160 pp. Doctoral Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, School of Nursing, Federal University of Rio Grande - FURG, Rio Grande.

Population aging is no longer a concern of the developed countries alone, since the increase in the number of elderly people has occurred worldwide in several contexts, one of the greatest challenges for health professionals, especially nurses, due to their direct and with these customers. The general objective of the research was to analyze the quality of life of Cape Verdean elders. Also, specific objectives were: to culturally adapt and validate the instrument The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) for Cape Verdean elderly; To characterize the sociodemographic profile of the sample of selected Cape Verdean elderly; To identify the dimensions of QOL that most influence the general domain of the WHOQOL-BREF and to correlate the socioeconomic, demographic and clinical characteristics with the perception of quality of life and health satisfaction of the selected Cape Verdean elderly sample. The following thesis was defended: the quality of life dimensions of the elderly are influenced by sociodemographic, economic, clinical factors and that are susceptible to change, according to the changes of these factors. The study was developed in two stages, cross-cultural adaptation and instrument validation The World Health Organization Quality of Life, through expert committee evaluation, pre-test performance and Cronbach's alpha, the validity of face, content and construct of the instrument was considered satisfactory for use in the Cape Verdean context. Descriptive statistics, correlation analysis and regression analysis were used to analyze the data, using statistical software Statistical Package for Social Sciences version 20.0. From the factorial analysis, four constructs were identified: I-Physical domain, domain II- Environment, domain III- Social relations and domain IV-Sexuality. In the second stage, the Cape Verdean version of the instrument was applied to 405 elderly people. It was possible to identify that socio-demographic, economic and clinical factors positively or negatively influence the quality of life and health satisfaction of the elderly. The domain social relations had the highest mean of the instrument, evidencing that this factor has the greatest influence on the quality of life perceived by the elderly and the physical domain presents the lowest average. It was found that most individuals

perceived their quality of life as neither bad nor good. While in relation to satisfaction with their health, most of the elderly felt satisfied or very satisfied with their health. Ethical aspects were respected, in accordance with the recommendations of Resolution 466/12 of the National Health Council, so that the study was approved by the Research Ethics Committee in the Health Area (CEPAS) of the Federal University of Rio Grande and enrolled in the Platform Brazil (Opinion 163/2016). It was also sent to the Ethics Committee of the Ministry of Health of Cape Verde, respecting Decree-Law no. 26/2007 on research involving humans, and having a positive opinion (Opinion no. 08/2017). WHO authorization was granted for the cross-cultural adaptation of the WHOQOL-BREF instrument through electronic contact. Finally, knowing the domains that most influence the quality of life of the elderly allows us to know the different elements that affect the quality of life, which can facilitate the creation of policies aimed at the elderly, as well as create the possibility of nurses intervene in the continuum of life through the execution of a strategic planning based on variables that negatively or positively influence the quality of life.

**Keywords:** Quality of Life; elderly; Cape Verde; Nursing.

## **RESUMEN**

Semedo, Deisa Salyse Reis Cabral. **Calidad de vida de los ancianos en Cabo Verde: contribución para la actuación de la enfermeira**. 2017. 160 Páginas. Tesis de Doctorado (Doctorado en Enfermería) – Programa de Postgrado en Enfermería, de la Escuela de Enfermería, Universidad Federal del Río Grande - FURG, Rio Grande.

El envejecimiento de la población no es una preocupación sólo de los países desarrollados, pues el aumento del número de ancianos ha aumentado mundialmente en diversos contextos, siendo uno de los mayores desafíos para los profesionales de la salud, en especial para los enfermeros, debido a su acción directa y, continua con estos clientes. El objetivo general de la investigación fue analizar la calidad de vida de las personas ancianas caboverdianas. En el caso de los ancianos caboverdianos, los criterios de calidad de vida (WHOQOL-Bref) para los ancianos caboverdianos; Caracterizar el perfil sociodemográfico de la muestra de ancianos caboverdianos seleccionados; Identificar las dimensiones de la QV que más influyen en el dominio general del WHOQOL-BREF y correlacionar las características socioeconómicas, demográficas y clínicas con la percepción de la calidad de vida y satisfacción con la salud de la muestra de ancianos caboverdianos seleccionados. Se ha defendido la siguiente tesis: las dimensiones de calidad de vida de los ancianos son influenciadas por factores sociodemográficos, económicos, clínicos y que son susceptibles de cambio, según las alteraciones de esos factores. El estudio se desarrolló en dos etapas, la adaptación transcultural y la validación del instrumento. La evaluación del comité de expertos, la realización del pre-test y alfa de Cronbach, la validez de cara, contenido y constructo del instrumento fue considerada satisfactoria para su uso en el contexto caboverdiano. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, análisis de correlación y análisis de regresión, siendo utilizado el software estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 20.0. A partir del análisis factorial, fueron identificados cuatro constructos: dominio I-Físico, dominio II-Ambiente, dominio III- Relaciones sociales y dominio IV-Sexualidad. En la segunda etapa fue aplicado junto a 405 ancianos la versión caboverdiana del instrumento, siendo posible identificar que los factores sociodemográficos, económicos y clínicos influyen positivamente o negativamente en la calidad de vida y satisfacción de salud de los ancianos. El dominio relaciones sociales tuvo la mayor media del instrumento, evidenciando que

ese factor tiene la mayor influencia en la calidad de vida percibida por los ancianos y el dominio físico presenta la menor media. Se verificó que la mayoría de los individuos percibían su calidad de vida como ni mala ni buena. Mientras que en relación a la satisfacción con su salud, la mayoría de los ancianos se sentía satisfecho o muy satisfecho con la salud. Los aspectos éticos fueron respetados, conforme a las recomendaciones de la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, de forma que el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud (CEPAS) de la Universidad Federal de Rio Grande y registrado en la Plataforma (Dictamen nº 163/2016). También fue enviado a la Comisión de Ética del Ministerio de Salud de Cabo Verde, respetando el Decreto-Ley nº 26/2007 sobre la investigación que involucra a los humanos, teniendo un parecer positivo (Dictamen nº 08/2017). Se concedió autorización de la OMS para la adaptación transcultural del instrumento WHOQOL-BREF, por medio de contacto electrónico. Por último, conocer los dominios que más influyen la calidad de vida de los ancianos permite conocer los diferentes elementos que afectan la calidad de vida, que pueden facilitar en la creación de políticas dirigidas a los ancianos, así como crear la posibilidad de que los enfermeros intervengan en el continuo desarrollo de la vida por medio de la ejecución de una planificación estratégica basada en las variables que influyen negativamente o positivamente la calidad de vida.

**Descriptor:** Calidad de Vida; ancianos; Enfermería.

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1:</b> Repartição da população por grupos etários, 2010. ....	29
<b>Quadro 2:</b> Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. ....	37
<b>Quadro 3:</b> Distribuição da população cabo-verdiana com mais de 60 anos por grupo etário.....	58
<b>Quadro 4:</b> Definições dos constructos formados. Rio Grande - 2017.....	76

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Transição demográfica do envelhecimento.....	25
<b>Figura 2:</b> Pirâmide Etária de Cabo Verde, 2010.....	29
<b>Figura 3:</b> Expectativas, saúde e qualidade de vida na velhice.....	46
<b>Figura 4:</b> Modelo de percepção da qualidade de vida dos idosos. ....	48
<b>Figura 5</b> -Distribuição territorial do arquipélago de Cabo Verde. ....	56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Análise fatorial exploratória (rotação Varimax). Cabo Verde - 2017. ....	77
<b>Tabela 2:</b> Demonstrativo dos alfas de Cronbach dos constructos da EQV-CVadaptada e as questões gerais, Cabo Verde, 2017.....	79
<b>Tabela 3:</b> Média de Qualidade de vida percebidos pelos idosos cabo-verdianos, Cabo Verde - 2017. ....	94
<b>Tabela 4:</b> Relações entre as características da amostra e os domínios da QV – Cabo Verde, 2017 (Anova).....	96
<b>Tabela 5:</b> Características sociodemográficas, econômicas, clínicas dos idosos, Cabo Verde, 2017. ....	111
<b>Tabela 6:</b> Frequência para as variáveis G1 e G2. Cabo Verde, 2017. ....	113
<b>Tabela 7:</b> Distribuição dos idosos quanto às variáveis G1 E G2 segundo a condição física, Cabo Verde, 2017. ....	114
<b>Tabela 8:</b> Comparação entre os domínios e a satisfação de saúde e qualidade de vida dos idosos, Cabo Verde, 2017. ....	115
<b>Tabela 9:</b> Análise de regressão dos dominios e a qualidade de vida dos idosos, Cabo Verde, 2017. ....	116

## **LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS**

CPNTICV-Carta de Política Nacional da Terceira Idade de Cabo Verde

CV – Cabo Verde

DCNT-Doenças Crônicas não transmissíveis

DGSS – Direção-Geral de Solidariedade Social

ECV-Escudos cabo-verdianos

HTA-Hipertensão Arterial

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INE-CV – Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

INEPT-Instituto Nacional de Estatística de Portugal

OMS-Organização Mundial da Saúde

ONU-Organização das Nações Unidas

PNDS – Plano nacional de desenvolvimento sanitário

PPGENF – Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande

QUIBB – Unificado de Indicadores Básicos do Bem-Estar

QV – Qualidade de Vida

QVRS-Qualidade de vida relacionada à saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UN-United Nations

UNFPA-Fundo de população das nações unidas

UNFPA -United Nations Population Fund

UNS- United Nations Secretariat

WHOQOL-Bref – The World Health Organization Quality of Life

TCLE-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA .....	24
2.1 Envelhecimento populacional no mundo.....	24
2.2 Envelhecimento em Cabo Verde .....	28
2.3 Processo de Envelhecimento .....	35
2.4 Qualidade de Vida do Idoso.....	40
2.5 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida	50
3. METODOLOGIA.....	55
3.1 Tipo de Estudo .....	55
3.2 Local do Estudo .....	55
3.3 População e Amostra .....	59
3.4 Instrumento de Coleta de Dados .....	60
3.5 Etapas para a Adaptação Transcultural do Instrumento de Coleta de Dados .....	61
3.6 Validação do Instrumento .....	63
3.7 Coleta de Dados .....	64
3.8 Análise dos Dados .....	65
3.9 Aspectos Éticos do Estudo.....	65
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	67
4.1 ARTIGO 1 .....	68
4.2 ARTIGO 2 .....	89
4.3 ARTIGO 3 .....	106
5. CONCLUSÃO.....	125

BIBLIOGRAFIA .....	129
ANEXO I- Escala Whoqol-Bref original .....	142
ANEXO II- Parecer do Cepas (FURG) .....	146
ANEXO III- Autorização da Direcção Nacional de Saúde Cabo Verde .....	147
ANEXO IV- Parecer do comité de ética de Cabo Verde .....	148
APENDICE A - Questionário de Qualidade de Vida- versão Traduzida.....	149
APENDICE B - Questionário de qualidade de vida - versão Cabo-verdiana (adaptado de OMS, 1994).....	155
APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico, econômico e clínico do idoso.....	159
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	161

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento e o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoria na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar social e econômico. A expectativa de vida após o nascimento está situada acima dos 80 anos em 33 países; há apenas cinco anos, somente 19 haviam alcançado esse patamar (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-UNFPA, 2012).

No entanto, a longevidade foi o sonho da humanidade há milhares de anos e neste momento pode-se considerar o envelhecimento como uma vitória em muitos países. Embora o outro lado não seja tão promissor, uma vez que, o curso de envelhecimento traz uma magnitude de problemas sociais e de saúde (CEVIZCI et al, 2015).

Assim, o expressivo incremento da população longeva determina importantes repercussões, pois além de representar a maior taxa de crescimento mundial, leva a uma significativa heterogeneidade do grupo de idosos. Isso corresponde a um aspecto emergente, principalmente nos países em desenvolvimento, com implicações econômicas, sociais e de saúde que impactam nas famílias e nos serviços prestados a esse segmento etário (PORCIÚNCULA, CARVALHO, BARRETO et al., 2014; PEREIRA, LENARDT, MICHEL et al., 2015). O aumento do número de idosos tem sido abordado mundialmente em diversos contextos, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes. No entanto, os desafios de uma população que vai envelhecendo são mundiais, nacionais e locais e Cabo Verde (CV) não foge à regra, mesmo sendo um país bastante jovem, com uma média de idade de 28,01 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (INE-CV, 2015).

O envelhecimento é um processo natural, com presença de diminuição progressiva e irreversível da reserva funcional, chamado de senescência, que em condições normais não causa grandes problemas para a vida do idoso (CATAPAN et al., 2014). No entanto, mesmo sendo um processo dinâmico, o envelhecimento traz alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas e que vão determinando perda progressiva de capacidade e de adaptação ao ambiente. Em decorrência, há maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos,

tornando-a mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por conduzi-la à morte. Porém, o envelhecimento é irreversível, natural e individual, acompanhado por perdas progressivas de função e de papéis sociais (PAPALÉO NETTO, 2011).

Para melhor compreender o processo de envelhecimento populacional, primeiramente é necessário definir os conceitos de velhice e idoso. A velhice é caracterizada como aquela em que vive a última fase da vida. Ainda, não está definido de uma forma clara o que marca a transição para esta fase. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de condições crônicas de saúde, perdas de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros. Muitos desses fatores caracterizam a velhice, mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de sexo (CAMARANO; KANSO, 2011).

A idade cronológica não é considerada o critério mais adequado para avaliar uma medida de bem-estar, pois contempla apenas os anos de vida, e não a qualidade e as experiências de vida ao longo dos anos (SATUF; BERNARDO, 2015). Embora o critério cronológico seja um dos mais utilizados para estabelecer a pessoa que está na velhice, ainda são utilizadas outras condições, tais como: físicas, funcionais, mentais e de saúde, que podem influenciar diretamente na determinação de quem seja idoso. Em função disso, têm-se os conceitos de idade cronológica, biológica, psicológica e social (PAPALÉO NETTO, 2011).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o ser idoso difere entre países desenvolvidos, em que são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, e países em desenvolvimento, como é o caso de Cabo Verde, em que são considerados idosos aqueles com 60 anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População (ONU, 1982).

Segundo Camarano e Kanso (2011), o envelhecimento populacional ocorre quando aumenta a participação da população idosa no total da população. Em geral, se inicia com a queda da fecundidade, que leva à redução na proporção da população jovem e a um consequente aumento na proporção da população idosa. Neste caso, está-se falando do envelhecimento pela

base. Há também o envelhecimento pelo topo, decorrente do aumento da expectativa de vida, em que ocorre o crescimento no número de idosos em idades mais avançadas.

Desta forma, à medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá (UNFPA, 2012).

Em Cabo Verde não existe legislação que defina com clareza a idade em que começa a velhice. As leis de aposentadoria, tanto da função pública como da previdência social, fixam o seu início em 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. Os sistemas de aposentadoria vigentes no país (ordinária ou extraordinária, voluntária ou obrigatória) abrangem os indivíduos que tenham completado 60 anos de idade e 34 de serviço ou que tenham atingido o limite de idade mesmo sem ter completado os 34 anos de serviço. Ainda há a quarta idade, que são os idosos com 80 anos ou mais (POLARO et al., 2013; SILVA, MARIN, RODRIGUES, 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou relatório no qual enfatiza a necessidade de mudança nas percepções de saúde e envelhecimento, pontuando, entre outros assuntos, que idade avançada não é sinônimo de dependência (OMS, 2015). Outra afirmativa da OMS trata da necessidade de alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações idosas, de acordo com a realidade de cada país, porém com o objetivo único de maximizar a capacidade funcional.

O mundo está em pleno processo de transição demográfica, que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. Deste modo, investigar/estudar o envelhecimento e os fatores que permitam viver a velhice com qualidade, reveste-se de importância científica e social, como é o caso da nossa pesquisa que pretende estudar a “Qualidade de Vida (QV) das pessoas idosas de Cabo Verde”.

A pesquisa foi instigada por algumas inquietações observadas durante a minha trajetória enquanto docente da Universidade de Cabo Verde, mais concretamente, durante a supervisão clínica dos estudantes. Fui observando que essa parcela da população é a que mais procura os serviços de saúde, principalmente a atenção primária, carecendo de uma assistência multidimensional, o que infelizmente ainda não é uma realidade no país. Fato causado muitas

vezes pelo despreparo dos próprios profissionais de saúde e das políticas de saúde, uma vez, que são inexistentes no país políticas direcionadas exclusivamente aos idosos. Ainda, durante a coleta de dados para a dissertação do mestrado, percebi como a morbidade crônica é acentuada nessa faixa etária.

No entanto, a vida cada vez mais prolongada tem sido alvo de questões e preocupações no sentido de ser vivida com mais qualidade. Viver mais é uma realidade, mas viver mais com qualidade de vida nem sempre é verdade. Desta forma, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população trazem importantes repercussões na vida dos idosos, de suas famílias e da própria comunidade em que estão inseridos, principalmente nos casos em que o envelhecimento é acompanhado pela dependência. Tal situação coloca na pauta do poder pública (Estado) a necessidade de desenvolver programas governamentais especificamente dirigidos a essa faixa etária. Com o intuito de garantir direitos sociais e proteção aos idosos surge uma série de legislações que asseguram essas condições a essa parcela da população. O crescimento rápido da população idosa é uma realidade crescente (SANTOS; SILVA, 2013).

Assim, o envelhecimento ganha espaço nas discussões políticas e sociais, com o intuito de prevenir um envelhecimento populacional artificial, promovido apenas pelo avanço tecnológico e médico. Em conjunto com o desenvolvimento científico, almeja-se o avanço das políticas sociais, tendo em vista promover o aumento da expectativa e da qualidade de vida. Ainda que não haja uma definição de qualidade de vida universalmente aceita, pois o conceito é subjetivo e seu significado altera-se de pessoa para pessoa e até para a mesma pessoa em diferentes momentos. A qualidade de vida é um fator multidimensional que, num plano teórico, engloba todos os aspectos da vida de uma pessoa (CORREIA, 2012).

Dentre os aspectos relacionados a uma boa qualidade de vida na velhice, a manutenção da funcionalidade é descrita pelos idosos como uma das mais importantes, pois está associada à independência e autonomia. A descrição da funcionalidade é usada para descrever os vários perfis dos idosos (PERRACINI; FLÓ; GUERRA, 2011).

Segundo Torres et al., (2009), o conceito de qualidade de vida está relacionado com autoestima e bem estar pessoal e abrange uma série de aspectos, como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores

culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ ou com as atividades diárias e o ambiente em que se vive. É um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações de cada indivíduo.

Para Cabo Verde, ressalta-se a importância de se fazer avaliação de qualidade de vida, num contexto em que se verifica um processo de transição epidemiológica e demográfica, no qual se destacam o aumento do envelhecimento, da longevidade e das doenças crônicas e degenerativas, constituindo desafios ao governo e à sociedade, de modo a oferecer respostas específicas como a promoção de estilos de vida mais saudáveis (CABO VERDE, 2012). Por isso, deverá ser uma prioridade governamental, mas também individual, uma vez que o envelhecimento bem-sucedido passará, sobretudo pela adoção, hoje, de estilos de vida mais saudáveis, para que no futuro, possamos viver melhor.

Essas alterações, tanto demográficas como epidemiológicas, têm feito emergir novas e crescentes preocupações em vários domínios, em especial na área da saúde, quando se refere à qualidade de vida. Assim, a Enfermagem, sendo uma profissão holística, na qual a unidade de cuidados deve ser formada pelo doente, família e o respectivo profissional, tem uma responsabilidade muito grande quando se refere à qualidade de vida. Desta forma, pretendemos com esta pesquisa realizar uma investigação que visa Avaliar a Qualidade de Vida das pessoas idosas em Cabo Verde e que terá como implicações contribuir para a organização de Guidelines de boas práticas de Enfermagem na Promoção da Saúde considerando a Qualidade de Vida vivenciada pelas mesmas no país. Diante do exposto, buscando compreender as questões que envolvem o fenômeno da QV dos idosos cabo-verdianos, emergiu a seguinte questão de pesquisa:

### **Qual é a Qualidade de Vida das pessoas idosa no contexto cabo-verdiano?**

No intuito de responder a presente questão de pesquisa, têm-se como **objetivo geral:** Analisar a Qualidade de Vida das pessoas idosas cabo-verdianas.

A fim de subsidiar o alcance do objetivo geral, apresentam-se os seguintes **objetivos específicos:**

- Adaptar culturalmente e validar o instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para idosos cabo-verdianos;

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da amostra de idosos cabo-verdianos selecionados;
- Identificar as dimensões da QV que mais influenciam no domínio geral do WHOQOL-BREF;
- Correlacionar as características socioeconômicas, demográficas e clínicas com a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde da amostra de idosos cabo-verdianos selecionados.

Buscou-se **defender a tese** de que: as dimensões de Qualidade de Vida dos idosos são influenciadas por fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e que são suscetíveis de mudança, conforme as alterações desses fatores.

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

Neste capítulo aborda-se o panorama atual da produção científica sobre o envelhecimento no mundo e em Cabo Verde e também uma abordagem sobre o processo de envelhecimento e a qualidade de vida dos idosos. Dessa forma, essa revisão teve o intuito de ampliar os conhecimentos referentes aos múltiplos aspectos que compõem o processo de envelhecimento bem como perceber os aspetos associados à qualidade de vida, tais como: sociais, ambientais, físicos e psicológicos.

### **2.1 Envelhecimento populacional no mundo**

O envelhecimento da população constitui um fenômeno dos nossos dias, de interesse comum, que condiciona decisivamente a vida em sociedade. Na era moderna, o envelhecimento demográfico, resultado da transição demográfica, é, sem dúvida, um processo que abrange todo o mundo, constituindo a alteração na estrutura populacional mais importante, com repercussões no contexto político, socioeconômico e também na saúde, sendo considerado o período de 1975 a 2075 como a “Era do Envelhecimento” (OMS, 1985, 2001).

Enquanto fenômeno social, e fenômeno “único e global”, representa um desafio que os países têm que enfrentar, tal como foi reconhecido no “Plano Internacional de Ação de Viena sobre o Envelhecimento”, realizado em dezembro de 1982, por 157 Estados-Membros das Nações Unidas (OMS, 1985; OMS, 2001). Ainda, neste sentido, a ONU declarou o ano de 1999 como o Ano Internacional da Pessoa Idosa, pretendendo com esta iniciativa dar visibilidade às questões associadas com o envelhecimento progressivo da população mundial (OMS, 2001).

A OMS (2009) define a população idosa como aquela a partir dos 60 anos de idade, mas faz uma distinção quanto ao local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países desenvolvidos. Assim, o envelhecimento torna-se uma das mais significativas tendências do século XXI em todo o mundo, apresentando importantes implicações para todos os domínios da sociedade. No mundo todo, a cada segundo, duas (2) pessoas celebram seu sexagésimo aniversário, em um total anual de quase 58 milhões de aniversários de 60 anos, e estima-se um crescimento para um em cada

cinco por volta de 2050, sendo assim, é um fenômeno que já não pode mais ser ignorado (UNITED NATIONS POPULATION FUND-UNFPA, 2015).

O processo de envelhecimento e o aumento do número de idosos se devem a modificações nas taxas de fecundidade e mortalidade e por um aumento da longevidade como demonstra a figura 1 (UNITED NATIONS SECRETARIAT-UNS, 2009). Este aumento acarreta modificações do perfil de morbimortalidade da população com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Ainda segundo Alves (2014), as principais explicações para a transição são os altos a baixos níveis de mortalidade: uma que realça a melhoria do padrão de vida da população em decorrência do desenvolvimento das forças produtivas e outra que enfatiza as contribuições da inovação médica, dos programas de saúde pública, do acesso ao saneamento básico e da melhoria da higiene pessoal. Com certeza, as duas abordagens juntas ajudam a explicar a ausência de mortalidade e conseqüentemente, o aumento da esperança média de vida.

**Figura 1:** Transição demográfica do envelhecimento.



**Fonte:** Adaptado da Universidade Federal do Maranhão, (2013).

Conforme a OMS, reconhecer como os indivíduos estão envelhecendo tornou-se meta imprescindível para o envelhecimento ativo, cuja temática central orienta-se às pessoas que continuem a trabalhar com suas capacidades e preferências, com oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança; prevenindo e retardando as incapacidades e doenças crônicas não transmissíveis (OMS, 2005).

Para UNFPA (2015), o mundo está envelhecendo rapidamente, embora cada um esteja em uma fase diferente dessa transição demográfica. Em 2015, pessoas com 60 anos ou mais representaram 11% da população mundial. Em 2050, esse número vai aumentar para 22%. O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento, pois as pessoas estão vivendo cada vez mais. Embora o envelhecimento da população coloque desafios sociais e econômicos, com um conjunto de políticas apropriadas, os indivíduos, as famílias e as sociedades podem enfrentar esses desafios e colher os seus benefícios.

Em 2050, pela primeira vez, haverá mais idosos que crianças e adolescentes menores de 15 anos. Enquanto as taxas de fertilidade continuam a diminuir e a expectativa de vida continua a aumentar, os idosos vão aumentar de forma constante como proporção da população. Cabe destacar que dos atuais 15 países com mais de 10 milhões de idosos, sete são países em desenvolvimento (UNFPA, 2012). No entanto, este fenômeno mundial está progredindo mais rápido nos países em desenvolvimento incluindo aqueles com grandes populações jovens (UNFPA, 2015) o que torna o desafio ainda maior, pois, desses países, muitos ainda não estão preparados para receber esses idosos, já que carecem tanto de políticas governamentais, bem como de estruturas físicas necessárias.

Apenas o Japão conta com uma população de mais de 30% de idosos. Por volta de 2050, estima-se que 64 países se juntarão a ele, com uma população idosa de mais de 30% do total. As oportunidades que essa evolução demográfica apresenta são infindáveis quanto às contribuições que uma população em envelhecimento, social e economicamente ativa, segura e saudável, pode trazer à sociedade (UNFPA, 2012).

Para termos a visão de como a população está envelhecendo de forma acelerada, em 1950, havia 205 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo. Em 2012, o número de pessoas mais velhas aumentou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número alcance um bilhão em

menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando dois bilhões. Há diferenças bem delineadas entre as regiões. Por exemplo, em 2012, 6% da população africana tinha 60 anos ou mais, comparada com 10% na América Latina e Caribe, 11% na Ásia, 15% na Oceania, 19% na América do Norte e 22% na Europa. Em 2050, estima-se que 10% da população africana terá 60 anos ou mais, comparada com 24% na Ásia, 24% na Oceania, 25% na América Latina e Caribe, 27% na América do Norte e 34% na Europa. As mulheres formam a maioria das pessoas idosas, em 2012, para cada 100 mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, havia apenas 84 homens e para cada grupo de 100 mulheres com 80 anos ou mais, apenas 61 homens (UNFPA, 2012).

O Brasil, nos últimos anos, à semelhança de Cabo Verde, vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. A expectativa de vida ao nascer no Brasil para ambos os sexos, que era de menos de 50 anos nos anos 1950, passou para 74,8 anos em 2013. Ao alcançar a idade de 60 anos em 1950, as pessoas esperavam viver, em média, por mais 15 anos. Já em 2013, esse tempo médio a ser vivido passou a ser cerca de 20 anos para os homens e 23 anos para as mulheres. Além disso, estima-se que, em 2050, mais de 15% da população brasileira terá 70 anos ou mais (IBGE, 2014).

O Brasil é o sexto colocado no ranking de países com maior número de pessoas idosas acima de 60 anos, e ocupa o nono lugar quando a faixa etária é de 80 anos ou mais (UNITED NATIONS-UN 2015). No entanto, o envelhecimento populacional no Brasil começou a ser observado a partir de 1960, quando a queda da taxa de fecundidade começou a alterar a estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Verifica-se o envelhecimento da própria população idosa brasileira com o aumento do número de idosos com 80 anos ou mais, denominados de idosos longevos, sendo este o segmento populacional que mais cresce no país (IBGE, 2011). Os brasileiros com 60 anos ou mais representavam, em 2010, cerca de 10,8% da população, e estimativas indicam que essa porcentagem será de 22% em 2050 e que o Brasil será o sexto país com maior número de idosos no mundo (IBGE, 2011).

A European Commission (2009, p 20-21) fez as seguintes projeções quanto ao envelhecimento populacional para 2060: “12% da população terá mais de 80 anos; 30% da população europeia terão mais de 65 anos e 50% da população europeia terão mais de 50 anos”.

Em Portugal, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nas últimas quatro décadas, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. De acordo com as projeções demográficas mais recentes, elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE-PT), estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população. No entanto, o índice de envelhecimento em Portugal em 2009 foi de 116,5%. A dinâmica de crescimento da população registou nos últimos 10 anos uma evolução positiva de cerca de 2% na população residente, indicando que o seu crescimento nesta década foi inferior ao verificado na década anterior (1991-2001), a qual foi de 5% (INE-PT, 2011).

## **2.2 Envelhecimento em Cabo Verde**

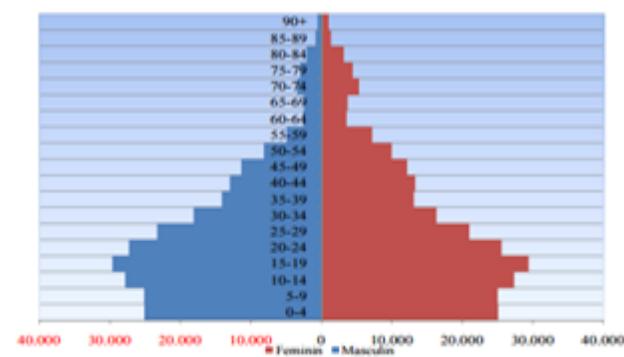
O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico que se caracteriza como única e irreversível e que resultará em populações mais velhas em todos os lugares. Este fenômeno ocorre tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, como o caso de Cabo Verde, integrado nesta categoria pelas Nações Unidas em 2008, que considera pessoa idosa o indivíduo com 60 anos e mais (CARVALHO, 2012).

Segundo os dados da INE-CV (2015), a população cabo-verdiana é estimada em cerca de 524.833 habitantes. Apesar de ter uma população ainda bastante jovem, Cabo Verde segue as tendências globais: a população idosa (60 anos ou mais) constitui cerca de 39.798 pessoas, representando 7% da população; a população idosa na faixa etária de 60 a 79 anos é mais representativa (73,1%), com predominância das mulheres.

Este fenômeno do envelhecimento demográfico continua marcado mesmo que de forma discreta na estrutura etária cabo-verdiana e caracteriza-se, sobretudo, por um modelo de diminuição de natalidade/fecundidade, que é acompanhada de uma diminuição da mortalidade infantil, originando um estreitamento da base da pirâmide etária com a diminuição de efetivos populacionais jovens. Todavia, a forma do topo da pirâmide mostra uma sobremortalidade

masculina que intervém a partir dos 85 anos. Mas há também um aumento da proporção de idosos, devido ao aumento da esperança média de vida, o que leva ao alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais (INE-CV, 2010), tal como se verifica na figura 2.

**Figura 2:** Pirâmide Etária de Cabo Verde, 2010.



**Fonte:** INE-CV (2010)

No entanto, a análise por grupo etário no ano 2010 mostra que cerca de 1/3 (31,7%) da população cabo-verdiana tem menos de 15 anos de idade, 61,9%, entre 15 e 65 anos, enquanto 6,4%, 65 anos e mais de acordo como o quadro um.

**Quadro 1:** Repartição da população por grupos etários, 2010.

Grupo etário	%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>
<b>0-14</b>	<b>31,7</b>
<b>15-64</b>	<b>61,9</b>
<b>65 e +</b>	<b>6,4</b>
<b>ND</b>	<b>0,1</b>

**Fonte:** INE-CV (2010)

É mister reconhecer o envelhecimento da população como uma das mais importantes transformações nas sociedades, com vários desafios, em que os sistemas de saúde devem estar preparados. O governo de Cabo Verde, num comunicado de imprensa, destacou o papel fundamental do financiamento da saúde na problemática do envelhecimento da população e a necessidade de um plano estratégico de financiamento para este setor, visto que as doenças crônicas associadas ao envelhecimento são mais dispendiosas (OMS, 2012).

Estamos perante uma tendência demográfica com consequências sociais e econômicas e, repercussões na saúde e bem-estar das pessoas que representa um conjunto de desafios que não se restringem à compreensão do fenómeno, já que encerram, eles próprios, interrogações sobre dimensões fundamentais da sociedade. Assim, uma população crescentemente envelhecida coloca novos desafios ao sistema de saúde, concretamente ao modelo de organização e gestão dos cuidados de saúde, exigindo por isso, a este nível, uma especial atenção, dado que, o prolongamento da vida acarreta mudanças multidimensionais e traz consigo uma maior suscetibilidade e vulnerabilidade para um aumento das situações de doença crônica potencialmente incapacitante (OE, 2002; COSTA, 2006; NOVAIS et al., 2009; OLIVEIRA, 2011; PAÚL, RIBEIRO, 2011; INE-CV, 2015).

Quanto às doenças crônicas que mais afetam os idosos em Cabo Verde, têm-se a hipertensão arterial (HTA). Essa surge como a primeira causa de morte no país (INE-CV, 2011). Ainda, registraram que em cada 100 idosos, 31 deparam-se com alguma deficiência que dificulta a mobilidade, 43,3% apresentam problemas de visão, 23,3% são portadores de deficiência auditiva e 11% se encontram em situação de dependência (INE-CV, 2011).

O envelhecimento da população vai afetar tudo, desde as economias, mercados de trabalho para a saúde e assistência social. Esta perspectiva exige uma melhor compreensão das implicações e possibilidades colocadas pelo envelhecimento da população, bem como a situação dos próprios idosos. Embora a população idosa esteja crescendo a uma velocidade acelerada, existem muitas lacunas nos dados estatísticas relacionados ao envelhecimento, afetando a capacidade de desenvolver políticas e programas direcionados aos desafios do envelhecimento (DIVISION FOR SOCIAL POLICY AND DEVELOPMENT AGEIG, 2015).

Este cenário direciona para um aumento das despesas de saúde, porque as pessoas idosas requerem serviços de saúde numa proporção maior que outras parcelas da população. Também se ressalta, que o avanço do envelhecimento da população em Cabo Verde muda a estrutura demográfica, o que conseqüentemente aumenta a necessidade de mais recursos dos serviços de saúde no país. No entanto, a European Commission (2012) referiu que o envelhecimento pode não se traduzir no aumento de despesa de saúde, se o aumento da longevidade for conjugado com anos de vida saudável.

Embora o envelhecimento seja acompanhado por mudanças biológicas que aumentam o risco de doença e invalidez, ter uma abordagem de cuidados de saúde ao longo do ciclo da vida ajuda muito. O ideal seria iniciar um acompanhamento cedo e continuado ao longo dos anos reprodutivos até uma idade avançada o que é essencial para o bem-estar físico e emocional dos idosos, e, na verdade, de todas as pessoas (UNFPA, 2015).

Assim, as políticas e os programas públicos devem abordar as necessidades das pessoas pobres mais velhas que não podem pagar os cuidados de saúde. Na mesma linha de raciocínio, os ambientes favoráveis aos idosos também são importantes para garantir a segurança, saúde e independência dos idosos. Habitação a preços acessíveis e transportes acessíveis, por exemplo, podem ajudar as pessoas mais velhas a permanecer como membros ativos da sociedade, assim vivendo com mais qualidade de vida (UNFPA, 2015).

Infelizmente, Cabo Verde ainda carece muito desses programas ou políticas públicas direcionadas à população com 60 ou mais anos, sendo que essas políticas são a base das decisões que podem melhorar a qualidade de cuidados de saúde focados para essa parcela da população. No entanto, a Lei que protege esse grupo, a Constituição da República do país, declarou no artigo 76º, que:

“Os idosos têm direito a especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos. E, para garantir a proteção especial dos idosos e prevenir a sua exclusão social, incumbe aos poderes públicos, designadamente: a) promover as condições econômicas, sociais e culturais que facilitem aos idosos a participação condigna na vida familiar e social; b) Sensibilizar a sociedade e a família quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os idosos, fomentando e apoiando as respectivas organizações de solidariedade; c) Garantir aos idosos prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitetônicas e outras no acesso a instalações públicas e a equipamentos sociais” (p. 28).

Segundo a Direção-Geral de Solidariedade Social (DGSS), grande parte da população idosa, por falta de meios de subsistência, não teve, durante o seu ciclo de vida, oportunidades de garantir a sua proteção social na velhice e na doença, ficando dependente de esquemas de proteção social assegurada pelo Estado.

Em Cabo Verde, da população com 60 anos e mais, 4.695 são pobres e 4.954 são muito pobres, o que corresponde a cerca de 30% dos idosos. Segundo a mesma fonte, têm-se a existência de mais de 3.000 idosos vivendo sozinhos. No entanto, o regime atual não cobre a totalidade das pessoas com 60 anos e mais em situação de pobreza e extrema pobreza, prevendo-se que mais de 5.000 idosos estejam a viver sem rendimentos (INE-CV, 2010).

Dessa forma, no âmbito da política do combate à pobreza, o governo, através do Decreto-lei nº2/95 de 23 de Janeiro, assegurou a promoção social à camada da população identificada como vulnerável, no qual a população idosa faz parte. Instituiu a proteção social mínima beneficiando os mais vulneráveis, assegurando-lhes prestações adequadas em termos de ajuda alimentar, no quadro da vigência do Programa Alimentar Mundial (PAM), assistência médica e medicamentosa nos estabelecimentos de saúde pública e atribuição de uma pensão social mensal.

Esta pensão é atribuída a todos os cabo-verdianos a partir de 60 anos de idade, que não têm nenhum rendimento mensal, com o intuito de minimizar a pobreza, a vulnerabilidade social, a exclusão e a marginalização social dos idosos, destinando-se aos indivíduos pobres, residentes no país e desprovidos de qualquer sistema de segurança social. Os valores da pensão, considerados ainda baixos face às necessidades básicas dos idosos, têm, contudo, sofrido melhorias ao longo do tempo, sendo de 5.000 escudos cabo-verdianos (ECV) mensais, que corresponde a US\$ 47.54. Embora, verifica-se ainda, uma camada da população idosa a viver sem rendimentos suficientes e em situação de vulnerabilidade social (INE-CV, 2011).

A Carta de Política Nacional das pessoas idosas de Cabo Verde (CPNTI-CV), enquanto o único instrumento de orientação de uma política nessa área assegura a execução efetiva dos objetivos sociais, com vista no desenvolvimento de uma intervenção ajustada numa abordagem mais integrada e articulada dos problemas que afetam esta faixa etária. (Nesta carta (conferida na alínea f) do artigo 205º da Constituição), objetiva-se ter respostas específicas para atender aos idosos, tendo sempre como perspectiva a integração e atenção às famílias, sobretudo com as

necessidades especiais, e conseguir melhorias no combate à pobreza (BO, 2011, p.9). Portanto, uma política para a terceira idade deverá levar em consideração:

“As tendências demográficas verificadas com o aumento da população idosa; os desafios do país em relação ao combate à pobreza e às desigualdades sociais; os problemas específicos na população idosa dos diferentes estratos sociais particularmente no que concerne aos aspectos de rendimentos, saúde, segurança social, segurança alimentar, habitação, cultura e lazer”.

É necessário que a política também contemple as transformações sociais na família e na sociedade e o seu impacto na vida dos idosos. Ainda, basear-se nos valores e princípios de promoção de equilíbrio e coesão sociais definidos na Constituição da República e nos principais documentos de orientação estratégicas do país, bem como nos princípios que constam no Plano de Ação de Madrid.

Segundo o Boletim Oficial da República de Cabo Verde (2011), essa política norteia-se pelos seguintes princípios:

- Respeito pela pessoa humana - salvaguarda dos direitos sociais dos idosos e restituição da dignidade do idoso enquanto pessoa humana que já deu e ainda pode dar o seu contributo à sociedade;
- Integração dos idosos na sociedade cabo-verdiana e no processo de desenvolvimento do país, através das suas capacidades, experiências e saber;
- Solidariedade - reforço dos laços de solidariedade e do papel da família na integração do idoso;
- Sustentabilidade - existência de sistemas adequados e sustentáveis de proteção social dos idosos;
- Acessibilidade - promoção de acesso dos idosos aos serviços sociais de base, de acordo com as suas necessidades específicas;
- Participação - o aproveitamento das experiências e capacidades dos idosos e promoção da sua participação no processo de desenvolvimento do país;
- Cooperação e parceria - desenvolvimento de cooperação e parcerias a nível nacional e internacional para apoio às políticas/programas a favor da terceira idade e criação de uma

rede alargada de intervenção a nível central, regional e local que privilegie a complementaridade das ações a favor dos idosos.

Para tal, foram estabelecidos os seguintes eixos estratégicos e orientações que norteiam os programas e projetos a serem implementados no quadro de Política Nacional para a terceira idade, endereçada para a criação de um ambiente propício e favorável às pessoas idosas, a proteção e promoção do bem-estar na velhice e a participação ativa dos idosos no processo de desenvolvimento do país (BO, 2011):

- Promover a proteção e inclusão social do idoso e a luta contra a pobreza (alargar e melhorar o sistema de proteção social do regime contributivo, assegurar o acesso de todos os idosos em situação de vulnerabilidade social e econômica à proteção social, melhorar o acesso do idoso à assistência médica e medicamentosa, prevenir e combater a pobreza através de medidas de inclusão social e promover respostas sociais de apoio ao idoso na família);
- Promover uma intervenção mais integrada e articulada na implementação de políticas sociais favoráveis a um envelhecimento digno (responder de forma articulada às necessidades do idoso e reforçar a coordenação das políticas e programas setoriais com impacto na melhoria da situação dos idosos);
- Promover integração dos idosos e sua participação ativa no processo de desenvolvimento do país (desenvolver programas que visem combater o isolamento do idoso, promover reforço de solidariedade e respeito para com as pessoas idosas, valorizar capacidades e experiências dos idosos e valorizar a participação dos idosos nas instâncias de decisão) (BO, 2011, p.10);

Observa-se que as decisões políticas no sentido de melhorar a qualidade de cuidados de saúde no país têm sido focadas um pouco no envelhecimento da população, nomeadamente a participação numa resposta da sociedade ao envelhecimento da população devido ao aumento de esperança de vida, e aos problemas específicos que atingem a população idosa. É necessária uma atenção gerontogeriatrica que harmonize cuidados curativos específicos, cuidados reabilitativos, preventivos e sociais para uma atenção integral as pessoas com idade acima dos 60 anos. O reconhecimento dos poderes públicos, leva à criação de mais condições e apoios sociais, como

por exemplo, o aumento da pensão social mínima e a instalação de lares de idosos em alguns municípios do país, porém ainda carece de mais investimentos (BO, 2011).

### 2.3 Processo de Envelhecimento

Na língua portuguesa, o termo usado para designar “envelhecimento” é formado a partir do radical “velho”. O sentido deste traz a ideia de decrépito, decadente, daquele que perdeu o uso ou a validade, e pior, que já é tempo do seu descarte (JECKEL-NETO, 2012 p.36).

Entender o processo de envelhecimento é importante não apenas para entender a etiologia associada aos processos degenerativos que lhe estão associados, mas fundamentalmente para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência, de forma a garantir a vivência do final do ciclo de vida de uma forma autônoma e qualitativamente positiva (TROMPIERI; FECHINE, 2012). Durante muito tempo, o envelhecimento foi olhado como uma doença, resultante do desgaste do organismo e da acumulação de sequelas de infância e da idade adulta (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995). Segundo Eliopoulus, (2011), o envelhecimento é um processo irreversível, dinâmico de diferenciação e degradação progressiva que perpassa por todas as fases da vida desde a concepção até a morte, onde ocorrem diversas modificações que vão do nível molecular, bioquímico, até o morfofisiológico e psicológico, determinando perdas funcionais e maior vulnerabilidade à instalação de processos patológicos.

Ainda, segundo Azeredo (2011), o envelhecimento é um processo natural, inerente à vida. Trata-se de um processo intrínseco ao organismo e degenerativo, na medida em que conduz progressivamente à perda de capacidades e competências. Papaléo Netto (2011) considera a velhice como a última fase do ciclo da vida marcada por manifestações somáticas e psicossociais como a redução da capacidade funcional, para o trabalho, perdas afetivas, psicológicas e motoras, dos papéis sociais e solidão. Seu início é indefinido, ocorrendo no final da terceira década de vida, bem antes da idade cronológica que demarca socialmente o início desta.

A psicologia da saúde utiliza frequentemente dois tipos de conceitos relativos ao envelhecimento: o *envelhecimento primário e secundário* (PAPALÉO NETTO, 2011).

O envelhecimento primário é um processo gradual e inevitável de deterioração física que começa cedo na vida e continua ao longo dos anos, não importa o que as pessoas façam para

evitá-lo. Ocorre de forma semelhante nos indivíduos da mesma espécie, de forma gradual e previsível. O sujeito está dependente da influência de vários fatores determinantes para o envelhecimento, como estilo de vida, alimentação, educação e posição social, embora as suas causas sejam distintas (PAPALIA, 2013).

Ainda segundo Birren e Schroots (1996), envelhecimento primário diz respeito às mudanças intrínsecas e irreversíveis que acontecem com a passagem dos anos. Como o processo fisiológico produz-se de forma gradual, sendo chamado igualmente de senescência, resultando do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas do envelhecimento normal, este caracterizado pelas mudanças corporais da idade, liga-nos à imagem tradicional do envelhecimento. Apesar dos efeitos serem visíveis, o seu mecanismo interno permanece, em grande parte, desconhecido, existindo, no entanto, diferenças na velocidade com que os órgãos envelhecem.

Enquanto que o envelhecimento secundário é resultante das interações das influências externas, e é variável entre indivíduos em meios diferentes, ou seja, é resultante de doenças, abusos e maus hábitos de uma pessoa, fatores que em geral podem ser controlados (PAPALIA, 2013). Para Birren e Schroots (1996), é relacionado com as alterações causadas pela doença, também designadas de senilidade, e que podem ser reversíveis ou prevenidas, sem que a doença e o envelhecimento sejam considerados, necessariamente, processos coincidentes.

O processo de envelhecimento provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais. Fontaine (2000) faz referencia da existencia de três idades diferentes: *a idade biológica, a idade social e a idade psicológica.*

#### – **Idade Biológica**

O envelhecimento biológico ou idade biológica consiste num conjunto de alterações na estrutura física do corpo, bem como nas capacidades motoras e na percepção sensorial. É um processo normal e universal que resulta de fatores internos e externos. Este declínio funcional afeta os diferentes órgãos e sistemas, debilitando o organismo, cujas causas podem ser várias: genéticas, ausência de uso ou mau uso de uma aptidão ou função durante o crescimento e a idade

adulta, fatores de risco que agravam o processo normal de envelhecimento e doenças intercorrentes (FECHINE;TROMPIERI, 2012).

Segundo Schneider e Irigaray (2008 p. 590), a idade biológica “é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento humano, que pode ser compreendido como um processo que se inicia antes do nascimento do indivíduo e se estende por toda a existência humana”. A idade biológica refere-se ao envelhecimento do ponto de vista orgânico. Cada órgão, ao longo da vida, sofre modificações que interferem no seu funcionamento, tornando-se a capacidade de autorregulação também menos eficaz. Contudo, os órgãos e sistemas não envelhecem todos ao mesmo ritmo, nem sequer de forma igual em todos os indivíduos (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Para Santos (2010), as modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo. Fechine e Trompieri (2012) elencam as principais alterações fisiológicas do envelhecimento que podem ser observados no quadro abaixo indicado:

**Quadro 2:** Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento.

<b>SISTEMA</b>	<b>ALTERAÇÕES</b>
Neurológico	Diminuição sensorial e dos reflexos; diminuição da massa cerebral; perda de controle postural; termorregulação; alterações vasculares; alterações nos neurotransmissores.
Cardiovascular	Aumento na pós-carga, rigidez cardíaca e pressão arterial; diminuição do débito cardíaco e da frequência cardíaca; alterações da circulação periférica.
Respiratório	Endurecimento da parede torácica; redução da elasticidade pulmonar e endurecimento dos músculos respiratórios; redução do fluxo respiratório.
Gastrointestinal	Deterioração e perda de dentes; alterações no paladar; atrofia da mucosa bucal; diminuição de secreções salivares; diminuição da peristalse e da produção de enzimas digestivas; constipação intestinal; alterações da musculatura abdominal e intestinal.

Geniturinário	Diminuição da massa renal e filtração glomerular; incontinência urinária.
Tegumentar	Enrugamento, ressecamento, descamação, aumento da suscetibilidade a lesões; comprometimento das funções de regulação, proteção, sensação e excreção.
Musculoesquelético	Osteoporose; deformidades ósseas; diminuição do tamanho, força e resistência muscular.
Imunológico	Comprometimento das células-T

**Fonte:** Fechine e Trompieri (2012).

#### – Idade psicológica

A idade psicológica está relacionada com as alterações dos componentes comportamental e perceptivo. A componente comportamental refere-se às competências que o indivíduo pode mobilizar em função das alterações do ambiente, tais como as capacidades mnésicas, as capacidades intelectuais e as motivações para o empreendimento. A componente perceptiva relaciona-se com a forma como as pessoas se autopercebem, a chamada autoimagem, refletindo-se também na capacidade individual de adaptação às mudanças (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

No entanto, segundo Santos (2010), as modificações psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano. Fernández-Ballesteros (2009), por sua vez, refere que não existem teorias psicológicas explicativas da velhice ou do envelhecimento. Existe apenas uma descrição, ou predição das alterações que, com o tempo e a idade, acontecem no funcionamento psicológico das pessoas, ou seja, pretende-se conhecer as alterações (crescimento, estabilidade e declínio) que ocorrem no funcionamento psicológico com o passar da idade.

Entretanto, nem todas as alterações que acontecem no psiquismo humano se adequam ao padrão de funcionamento biológico (crescimento e desenvolvimento, amadurecimento, declínio e morte). No funcionamento psicológico existem aspectos que se incrementam ao longo de todo o ciclo de vida, outros, que após um período de desenvolvimento permanecem constantes e finalmente, outras condições que se ajustam ao padrão biológico (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 2009).

Os aspectos psicológicos representam fator primordial quanto a ter incentivos externos de forma a favorecer uma autoestima maior, tal qual o desejo de viver. Esse desejo está diretamente

relacionado aos laços afetivos, familiares e de amizade estabelecidos ao longo da vida e mantidos na velhice. Ou seja, o fator psicológico não pode ser dissociado do fator social, o qual é responsável pelo estabelecimento de papéis na sociedade, que pressupõe sua competência e importância. Sem um papel social, o idoso sucumbe ao estereótipo, fora de moda, de um ser dependente, incapaz, inútil, que se torna um peso para sua família e para a sociedade em que vive.

#### – **Idade social**

A idade social segundo Fontaine (2000) está relacionada com os papéis e as expectativas sociais associadas a determinadas idades ou faixas etárias. Ela é fortemente determinada pelas estruturas culturais e históricas das respectivas sociedades. Já as modificações sociais são verificadas quando as relações sociais se tornam alteradas em função da diminuição da produtividade e, principalmente, do poder físico e econômico (FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, 2009).

Motta (2004) afirma que o envelhecimento é reflexo de inter-relações sociais e individuais, oriundas da educação, trabalho e experiência de vida. A cada idade, a sociedade determina certas funções, adequando o indivíduo a certos papéis sociais (estudante, marido, trabalhador, aposentado) que este deve desempenhar.

Autores como Mailloux-Poirier (1995) falam em teorias do envelhecimento psicossocial, não separando o aspecto psicológico do social. Esta autora, para explicar o envelhecimento psicossocial, faz referência a algumas teorias: teoria da atividade - um idoso deve manter-se ativo, a fim de obter na vida a maior satisfação possível, manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem-sucedida implica a descoberta de novos papéis, na vida; teoria de desinserção - o envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo; teoria da continuidade - o idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo parte da sua personalidade.

Podemos, em relação às teorias, concluir que apesar da influência exercida pelos fatores biopsicossociais ser semelhante em todas as pessoas idosas, não há dúvida de que cada idoso é dotado de uma entidade própria que devemos respeitar e o seu percurso determina o seu envelhecimento.

O envelhecimento social da população modifica o status do idoso e a sua forma de se relacionar com as pessoas. Estas modificações ocorrem em função de uma:

- Crise de identidade - perda da autoestima, ocasionada pela ausência de papel social;
- Mudanças de papéis - adequações a novos papéis decorrentes do aumento do seu tempo de vida. Essas mudanças ocorrem no trabalho, na família e na sociedade;
- Aposentadoria - os idosos devem estar preparados para não ficarem isolados, deprimidos e sem rumo;
- Perdas diversas - aqui se incluem perdas no campo aquisitivo, na autonomia, na independência, no poder de decisão, e na perda de parentes e amigos;
- Diminuição dos contactos sociais - esta redução decorre de suas possibilidades (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Analisando o envelhecimento e as relações sociais, verificamos que, a pessoa ao envelhecer, pode experimentar uma retração da sua vida social. Existe maior probabilidade de perda de familiares e amigos, perda do papel desempenhado ao nível do emprego, da sociedade e da família (BERGER; MAILLOUX-POIRIER, 1995).

Esta tríade determina o processo de envelhecimento, que por sua vez influenciará na qualidade de vida dos idosos. Assim, os cuidados de Enfermagem a este grupo etário, sempre crescente, já são no presente e será cada vez mais no futuro, uma importante tarefa profissional, quer a nível individual para o enfermeiro, quer em termos sociais para todos os prestadores de cuidados de saúde.

## **2.4 Qualidade de Vida do Idoso**

O conceito de qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez, por diversos autores e em diferentes épocas, sendo, adotado pela primeira vez pelo economista norte-americano Galbraith, nos finais dos anos 50 (GAVIRIA et al., 2007). Para outros, por Pigot em 1920, num livro sobre economia e bem-estar (KLUTHCOVSKY, TAKAYANAGUI, 2007) ou pelo presidente norte-americano Lyndon B. Johnson em 1964 (FLECK et al., 1999).

O termo qualidade de vida é utilizado frequentemente, quer na linguagem cotidiana, quer nas diferentes áreas do conhecimento, com diferentes significados e de acordo com os contextos. Atendendo à natureza biopsicossocial do indivíduo, podemos afirmar que é um construto que pode ser abordado de diversas formas: antropológica, econômica, social, política, filosófica, médica, psicológica e moral (VAZ-SERRA, 2010).

No entanto, o interesse destas diferentes disciplinas na QV em muito se deve à sua multidimensionalidade, ao seu poder heurístico e ao seu valor pragmático, mas que pelos seus diferentes usos e interpretações, tornam o conceito ambíguo (CANAVARRO, 2010; QUARTILHO, 2010). Embora o envelhecimento populacional seja um triunfo da humanidade, existe um paradoxo, pois é visto como um problema pela maioria dos governantes políticos, planejadores e, muitas vezes, até pela sociedade. O motivo do paradoxo é que ele pode ter contrapartida de fracasso, pois os anos ganhos a mais na sobrevida podem significar anos de sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependência (FREITAS et al., 2011).

Ainda segundo Freitas et al., (2011), o envelhecimento e a possibilidade de sobrevida aumentada trouxeram a necessidade de se avaliar a qualidade dessa sobrevida. Desta forma, a Qualidade de vida tem sido reconhecida como um dos objetivos centrais do entendimento em saúde. Diferentes conceitos de qualidade têm emergido, assim como diferentes formas de utilizações, a partir de vários estudos no campo da saúde que enfatizaram a importância da avaliação subjetiva como bem-estar, satisfação e autonomia, e não somente avaliação de parâmetros exclusivamente objetivos como aspectos clínicos focados em doença e sintomas.

Portanto, falar de qualidade de vida implica articular com saúde, pois é impossível estudar o processo de envelhecimento sem fazer essa articulação, uma vez que a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde. A OMS (1947, p. 1) definiu saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade”. No entanto, repetem-se os argumentos quando a OMS, através do The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Group (1994 p. 8) anuncia a qualidade de vida como sendo a “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no

contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Assim, a qualidade de vida é constituída por diferentes fatores, tanto objetivos como subjetivos, tais como: meio ambiente competência comportamental (incluindo a saúde), qualidade de vida percebida, psicológica, bem-estar (incluindo satisfação com a vida), percepção e avaliação da física, material, social, e bem-estar emocional, desenvolvimento pessoal, e atividade proposital. Todos estes domínios são influenciados por um sistema de valores pessoais do próprio indivíduo (BRAJKOVIĆ et al., 2009).

O conceito de QV adotado no desenvolvimento do presente trabalho é o da WHOQOL-Group. A QV como uma medida de resultado de saúde e que resulta numa complexa e completa relação entre fatores internos e externos à pessoa. Entre estes fatores temos variáveis sociodemográficas como: idade, gênero, classe social, nível de instrução, ter filhos e nível econômico (MASTHOFF et al., 2006).

Ainda é de salientar que o conceito de QV reflete uma visão e avaliação inseridas num contexto cultural, social e ambiental específico. Desta forma, a avaliação da qualidade de vida foca-se sobre aspetos percebidos da QV, portanto, não é esperado que se obtivesse medidas sobre detalhes de sintomas, condições da doença, mas sim dados sobre os efeitos da doença e das intervenções de saúde na QV. “Da mesma forma, a QV não pode ser simplesmente comparada a termos como “estados de saúde”, “estilos de vida”, satisfação com a vida”, “estada mental” ou “bem-estar”. O reconhecimento da natureza multidimensional da QV é refletido na estrutura do WHOQOL-100 (RAPLEY, 2003).

Reconhecendo a problemática, a OMS assumiu a responsabilidade de constituir um grupo de trabalho para que fossem elaborados instrumentos e mecanismos que contribuíssem para a viabilidade e credibilidade dos estudos efetuados. Por conseguinte, despertou o interesse em várias áreas de investigação, incluindo as ciências sociais.

Assim, na década de 90, a OMS reuniu um conjunto de peritos formando a The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL Group), com o objetivo de definir o conceito de qualidade de vida e construir um instrumento para a sua avaliação. No entanto, a qualidade de vida é um conceito multidimensional e refere-se à percepção subjetiva de um indivíduo em

relação a sua vida e a outros aspetos como relacionamento com a família e a sua própria saúde, questões financeiras, moradia, independência, vida social e atividades de lazer (OMS, 2001).

O termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo utilizado, e refere-se à percepção de um indivíduo às dimensões física, funcional, psicológica e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos. Deste modo, podemos verificar que a QV envolve várias dimensões, e não apenas a inexistência de doenças ou alimentação básica. A qualidade de vida envolve, também, aspectos culturais, emocionais e relacionais. Com isso, torna-se difícil a sua avaliação e mensuração, dada a magnitude e inter-relação de componentes, havendo necessidade de recorrer, a critérios bem selecionados de índole quantitativa e ou qualitativa.

A qualidade de vida se expressa como uma área multidisciplinar de conhecimento que engloba diversas formas de ciência e conhecimento popular, bem como, conceitos que permeiam a vida das pessoas como um todo. Deste modo, engloba inúmeros elementos do cotidiano do ser humano, abordando desde a percepção e expectativa subjetivas sobre a vida, até questões mais deterministas como o agir clínico frente a doenças e enfermidades (ALMEIDA et al., 2012). Podendo haver fatores como, a saúde, condições de moradia, lazer, hábitos de atividade física e alimentação, que levam a uma percepção positiva de bem-estar. Desta forma, cada vez mais avaliar a QV das pessoas é essencial, dado ao crescente aumento da esperança média de vida, bem como o aumento da prevalência de doenças crônicas.

O senso comum se apropriou do conceito de QV, de forma a resumir melhorias ou um alto padrão de bem-estar na vida das pessoas, sejam elas de ordem econômica, social ou emocional. No entanto, como todos os conceitos evoluem ao longo da história, o conceito de qualidade de vida também teve as suas variantes e desenvolvimento, como refere a OMS (1994) quando diz que ter qualidade de vida não é só a ausência de doença, é também analisar fatores aliados a esta temática como: a satisfação no trabalho, salário, lazer, relações familiares, prazer, espiritualidade e longevidade com implicações importantes para a qualidade de vida.

Llobet et al., (2011), também concordam que o conceito de qualidade de vida tem evoluído. Inicialmente, possuía uma base materialista, em que era dada prioridade aos aspectos objetivos da vida; atualmente, os aspectos subjetivos são considerados essenciais. Estes autores

referem ainda que, é consensual que este constructo tem um carácter multidimensional, incluindo componentes objetivos e subjetivos.

Por isso, iniciar a análise do conceito de QV é entrar num mundo de múltiplas definições, dada a enorme variedade de disciplinas que a definem, tais como: Enfermagem, Psicologia, Economia, Sociologia, Educação e Medicina (LEAL, 2008). Embora a literatura seja unânime em considerar que a QV é composta de várias dimensões: a) biológica que integra a atividade funcional e estrutural através do binômio atividades versus limitação de atividade; b) social através da participação e avaliada através do binômio participação versus restrição da participação e c) ambiental, traduzida através do binômio presença e disponibilidade de elementos facilitadores versus barreiras (FLECK, 2008).

A definição de qualidade de vida, proposta pelo grupo WHOQOL, leva em consideração a percepção do indivíduo na sua posição na vida e no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vive. Pode-se considerar que as diferenças encontradas nessa revisão podem ser atribuídas à avaliação subjetiva de qualidade de vida percebida pelo idoso, independentemente de fatores econômicos, sociais ou culturais.

Devido à extensão e amplitude do conceito, dificulta o desenvolvimento de instrumentos de avaliação suficientemente abrangentes, e daí a necessidade de se focalizarem nos aspectos mais estritos da saúde, o que conduziu ao surgimento do termo qualidade de vida relacionada com a saúde (WHOQOL GROUP, 1994).

Este grupo considera que o conceito de QV incorpora, de forma complexa: saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a relação com aspetos significativos do meio ambiente. Três elementos fundamentais estão na base do constructo:

- *Subjetividade*, pois se centra na perspectiva do indivíduo, ou seja, a realidade objetiva só é considerada quando percebida pelo indivíduo;
- *Multidimensionalidade*, porque a QV é composta por várias dimensões. Este aspecto é fundamental para a mensurabilidade através de um instrumento, exigindo diversos domínios e escores, por exemplo: físico, mental e social;

- *Presença de dimensões positivas e negativas.* Assim, para que exista uma “boa” QV é necessário que alguns elementos estejam presentes (por exemplo: mobilidade) e outros ausentes (por exemplo: dor) (FLECK, 2008).

O resultado deste projeto foi à elaboração do World Health Organization Quality of Life instrument-100 itens (WHOQOL-100). Um instrumento de avaliação de qualidade de vida baseado no levantamento sobre o que os indivíduos consideravam importante ao se medir a qualidade de vida (WHOQOL GROUP, 1995).

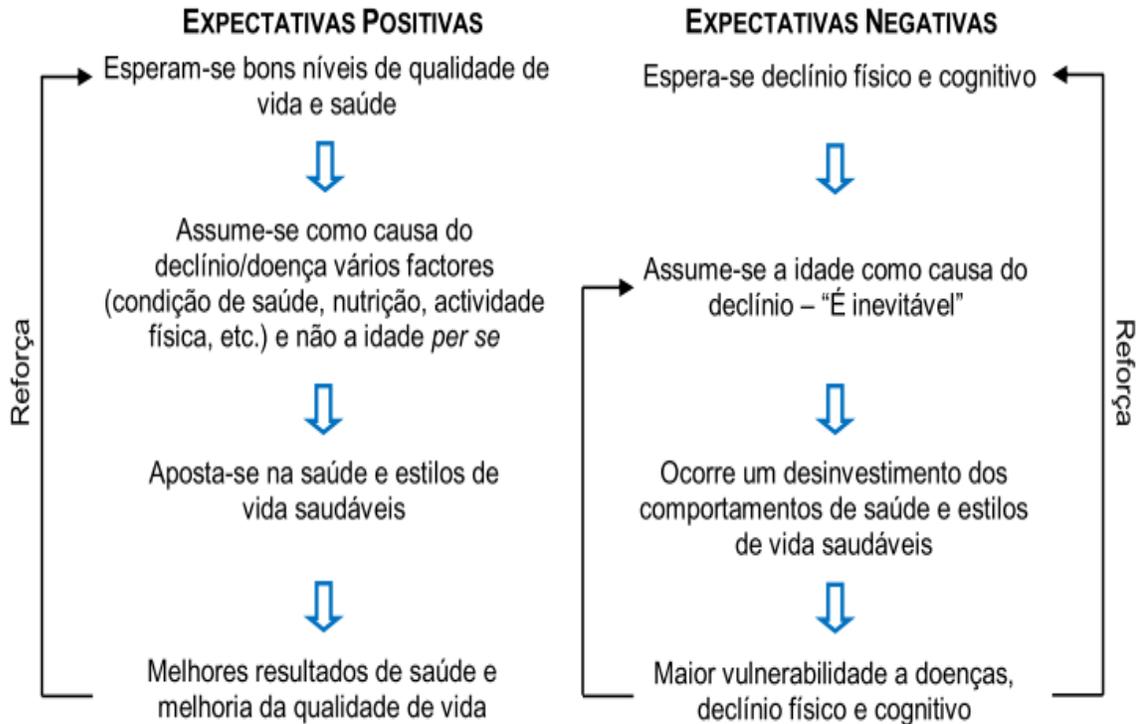
No entanto, a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, denominada WHOQOL-Bref. O fracionamento do WHOQOL-Bref em domínios (Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambientes) pode contribuir na identificação de quais aspectos da vida do indivíduo são mais preocupantes e requerem intervenções (WHOQOL GROUP, 1998). A seleção criteriosa de itens para composição da versão abreviada envolveu escolha de critérios conceituais e psicométricos, de modo que houvesse a preservação do caráter abrangente do instrumento original.

Mais tarde, o projeto WHOQOL-Old pretendeu desenvolver e testar a avaliação da qualidade de vida para idosos. Teve início em 1999, como uma cooperação científica de diversos centros. O objetivo do projeto foi desenvolver e testar uma medida genérica da qualidade de vida em idosos para utilização internacional/transcultural (WHOQOL-OLD GROUP, 2005).

Ribeiro e Paúl (2011) referem que a avaliação do estado de saúde do idoso é complexa, na medida em que depende do estilo de vida e da percepção individual que cada um tem do seu projeto de vida e da sua saúde. Na dinâmica das expectativas (quer positivas, quer negativas), desenvolvidas e construídas pelos idosos e relativos a esta etapa da vida, constata-se que estas vêm influenciar e contribuir para o estado de conforto, condição de bem-estar, saúde e qualidade de vida das pessoas idosas. As pessoas que desenvolvem expectativas positivas têm maior capacidade para lidar com os desafios que possam vir a enfrentar, enquanto aquelas que desenvolvem expectativas negativas têm tendência não só a produzir um declínio físico e

cognitivo atribuindo a sua causa à velhice, como também, levam a não adesão aos tratamentos e estilos de vida saudáveis, tal como se exemplifica na figura 3 (RIBEIRO, PAÚL, 2011, p.206).

**Figura 3:** Expectativas, saúde e qualidade de vida na velhice.



**Fonte:** Ribeiro e Paúl (2011)

Os estudos que avaliam a qualidade de vida da pessoa idosa, bem como as variações da própria velhice, revestem-se de grande importância científica e social. Por meio dessas pesquisas, pode-se entender a importância de se avaliar a qualidade de vida, não apenas para traçar a descrição da velhice, mas para avaliar o impacto das condutas políticas e sociais, planejar ações e serviços, corrigir rumos, “alocar” recursos e, assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população específica (FLECK et al., 2008).

Na última década, ocorreu uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos da América do Norte, com um crescente interesse em traduzi-los para uso em outras culturas. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral tendem a ter uma boa cobertura em relação ao seu potencial para determinar os níveis de bem-estar e satisfação com a vida em diferentes momentos e situações da vida (BOWLING; LLIFFE, 2011).

Em vários estudos realizados para avaliar a qualidade de vida dos idosos, a maioria dos idosos avaliaram positivamente. No entanto, no estudo de Fleck et al., (2006), desenvolvido para validar o módulo WHOQOL-OLD em idosos residentes em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), os idosos avaliaram positivamente a qualidade de vida e as facetas melhor avaliadas foram “funcionamento dos sentidos” (78,85) e “atividades passadas, presentes e futuras” (71,70). Paskulin e Molzahn (2007) compararam a qualidade de vida de idosos canadenses com idosos brasileiros e utilizaram o instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos dos dois países tinham percepção positiva acerca da qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados entre os idosos brasileiros foram o das “relações sociais” (75,10) e o “psicológico” (69,69) e, entre os idosos canadenses, o “meio ambiente” (80,18) e “físico” (75,57).

Em Portugal, Ferreira (2009) avaliou também com o instrumento WHOQOL-BREF, a qualidade de vida de idosos e de seus cuidadores, em diferentes contextos habitacionais. Independentemente do contexto habitacional onde viviam os idosos, estes avaliaram positivamente a qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados foram o das “relações sociais” (69,05) e o “psicológico” (64,95).

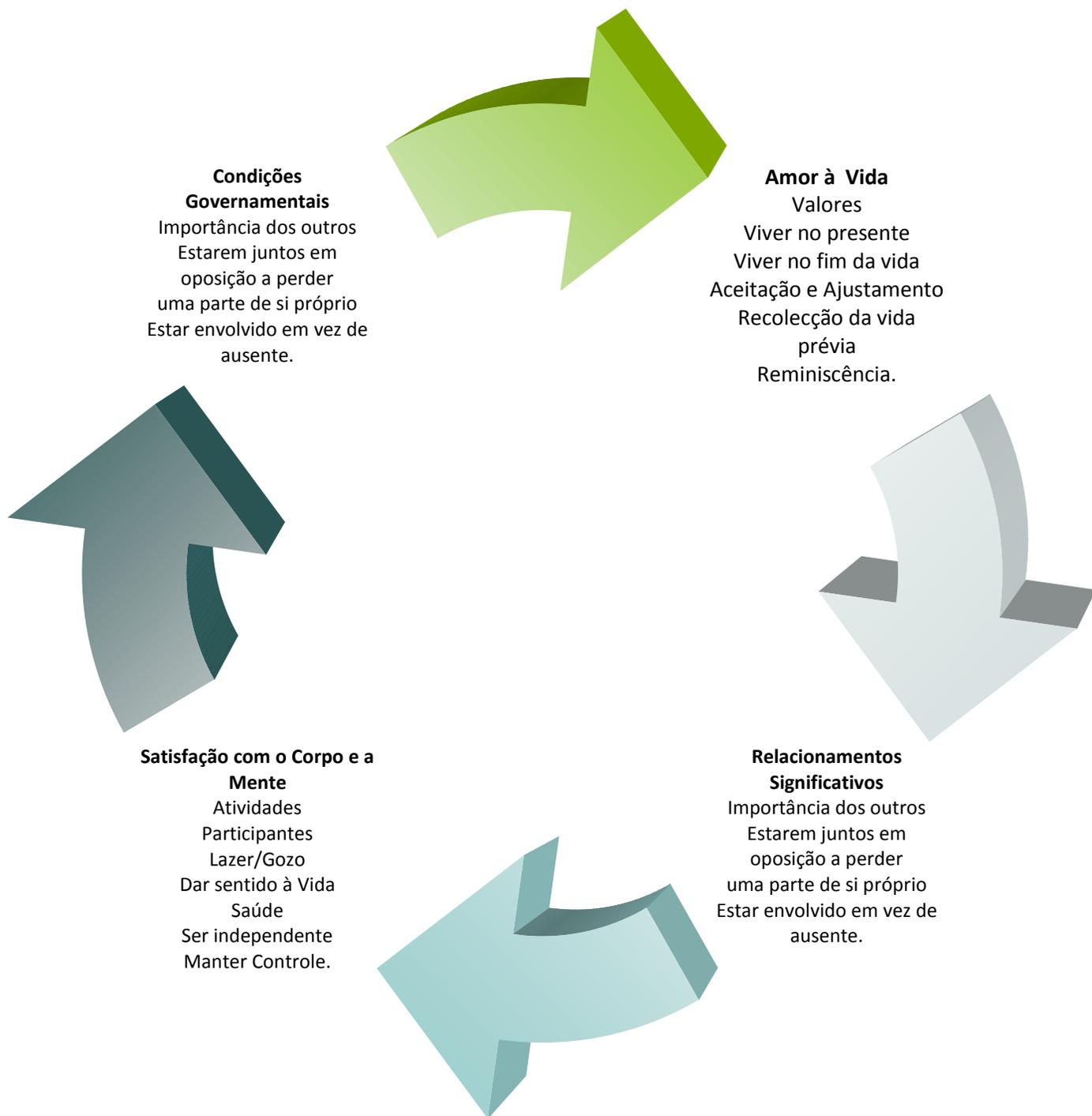
Já Gonçalves (2010) avaliou a qualidade de vida dos idosos portugueses (dependentes para as atividades da vida diária) e a dinâmica familiar desses idosos, utilizando o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD, sendo que os idosos perceberam medianamente a qualidade de vida. Os domínios do WHOQOL-BREF melhor avaliados foram o das “relações sociais” (76,3) e o “psicológico” (59,0). As facetas do WHOQOL-OLD, com escore avaliativo maior, foram “intimidade” (72,2) e “funcionamento dos sentidos” (68,8).

Os estudos realizados por Llobet et al., (2011) na área da qualidade de vida também indicaram que as pessoas idosas consideram importantes diversos fatores: saúde, autonomia,

fatores psicológicos (solidão, personalidade), ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), autoestima, dignidade e privação econômica. Salientando que a percepção das pessoas idosas acerca da sua qualidade de vida não é necessariamente má e muitas manifestam-se felizes e satisfeitas com a sua vida. No entanto, tem surgido alguns estudos que fazem associação entre qualidade de vida dos idosos e algumas doenças crônicas específicas, como câncer (WHEELWRIGHT et al., 2013), hipertensão e problemas cardiovasculares (ALLEN et al., 2013), diabetes mellitus (CAMPBELL et al., 2013), osteoporose e artrite (CURTIS, 2011), doença de Parkinson (ANTONINI et al., 2012) e doença de Alzheimer (CONDE-SALA et al., 2013).

Borglin et al., (2005) realizaram uma pesquisa acerca da percepção dos idosos sobre a qualidade de vida, com o objetivo de criar um modelo de percepção da qualidade de vida, através dos depoimentos dos idosos longevos (80 e mais anos). O modelo criado valoriza quatro dimensões: amor à vida (*anchorage to life*), as relações com outros, as condições dadas pelo governo, e a satisfação com o corpo e a mente como pode ser observado na figura 4.

**Figura 4:** Modelo de percepção da qualidade de vida dos idosos.



**Fonte:** adaptado de Borglin et al., (2005)

Na análise do modelo pode-se constatar que a percepção da qualidade de vida depende da interligação de vários fatores extrínsecos e intrínsecos. Desta forma, avaliar a qualidade de vida é importante porque, embora contendo sempre fatores subjetivos, vai permitir uma maior objetividade e uma melhor compreensão da mesma. Segundo Bowling e Iliffe (2011), a qualidade de vida tem sido usada como o resultado da avaliação das intervenções sociais e dos cuidados em saúde.

É um conceito multifacetado, envolvendo macrossociedades, influências sociodemográficas e microinteresses como experiências individuais, circunstâncias sociais, saúde, valores e percepções (BOWLLING, 2005). Por ser subjetiva, a QV necessita de se fundamentar nos valores e percepções das pessoas, necessita de ser avaliada.

O envelhecimento da população acarreta grandes desafios aos profissionais de saúde, principalmente conseguir uma sobrevivência maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor para a sua população (OLIVEIRA et al., 2010). À medida que o indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é influenciada pela habilidade destes em manter a sua autonomia e independência, visto que autonomia se traduz na capacidade de decisão e de poder comandar a própria vida, e independência, na capacidade do idoso em realizar algo com seus próprios meios, sem necessitar da ajuda de outras pessoas (PASCHOAL, 2011).

## **2.5 Papel do Enfermeiro no processo de envelhecimento e a sua influência na qualidade de vida**

Segundo o 4º artigo do Capítulo II (Disposições Gerais) do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros de Portugal (REPE, p.3), enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

O enfermeiro tem sido um dos principais cuidadores dos idosos e das suas famílias. “Velar, cuidar, tomar conta, representam atos que tem por função manter a vida. O cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem” (COLLIÈRE, 1989, p.29). Assim, “os enfermeiros que cuidam de idosos devem ter em consideração os seguintes conceitos importantes, relacionados com a enfermagem gerontológica (MONAHAN, 2007, p.12):

- As ramificações do processo de envelhecimento;
- Os diferentes ritmos a que as pessoas envelhecem;
- O efeito acumulativo das perdas da pessoa que envelhece;
- A inter-relação entre os fatores social, econômico, psicológico e biológico;
- A resposta frequentemente atípica dos idosos à doença e aos seus tratamentos;
- Os efeitos acumulados da incapacidade resultante de múltiplas doenças crônicas ou processos degenerativos;
- Os valores culturais e sociais associados ao envelhecimento.

Cuidar um idoso nem sempre é tarefa fácil nem arbitrária, pois exige a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais, proporcionando condições para satisfazer as suas necessidades básicas. Para tal, é necessário partilhar atitudes como sejam a empatia, a aceitação, o compromisso, a consciência e competência. Estes atributos caracterizam o cuidado de enfermagem, pois permitem colocar em acção um conjunto de saberes e recursos oriundos de diferentes áreas. Implica assim, um saber responsável e assertivo (SOUSA, 2012, p.2).

Os idosos sofrem muitas alterações com o processo de envelhecimento, várias delas requerem especial atenção por parte dos enfermeiros. Segundo Potter e Perry (2013, p.149), “o enfermeiro deve estar ciente das alterações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem com a idade”. Desta forma, nunca devemos esquecer que também é papel do enfermeiro ajudar a pessoa idosa a encontrar ela própria a sua independência, participando na discussão, implementação e organização de novos projetos, mas muitas vezes, é as famílias a primeira linha de suporte na prestação de cuidados, e cabe a nós Enfermeiros, identificar as suas reais dificuldades e necessidades, treinando, educando e essencialmente valorizando o empenho e sobrecarga a que muitas vezes estão sujeitos (SOUSA, 2012, p.3).

Assim, a avaliação subjetiva dos eventos passa a ter um peso determinante, pois a qualidade de vida é um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Passa-se a considerar variáveis como a satisfação, felicidade e bem-estar como dimensões subjetivas da qualidade de vida, a par da abordagem objetiva que tem indicadores como ambiente físico, recursos e saúde, que são observáveis e quantificáveis (ZANGÃO; MENDES; BRAGA, 2016).

Ainda segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em conjunto com o Ministério da Saúde, essa afirmativa é reforçada ao referir que a funcionalidade é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada de forma minuciosa e sistematizada (MORAES, 2012). A funcionalidade como eixo principal da atenção à saúde do idoso tem sido demonstrada em estudos nacionais e internacionais como um fator influenciador da qualidade de vida (BRAVELL; BERG; MALMBERG, 2008; FARIAS; SANTOS, 2012).

Segundo Fonseca (2006), conceito de envelhecimento “com qualidade de vida” só faz sentido em uma perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas. Proporcionar cuidado aos idosos é fundamental que seja numa abordagem multidisciplinar, pois, o cuidado conduz o ser humano à abertura para o universo existencial, tornando significativa a vida e a existência e ao abordar o idoso ainda mais essencial torna esse tipo de abordagem.

Compreende-se que o envelhecimento é processo complexo, geralmente associado a incapacidades e algum tipo de dependência. Todavia, pode consolidar-se com respeito à autonomia, capacidade de deliberar, criar objetivos próprios e desenvolver atitudes em direção a eles (HAMMERSCHMIDT et al., 2013). Portanto, torna-se indiscutível a necessidade de se conhecer os fatores que influenciam a Qualidade de vida do idoso na perspectiva ecossistêmica porque envelhecimento tem sido apontado como um dos fatores que agrava o desequilíbrio no meio ambiente.

Segundo Forget e Lebel (2001), a abordagem ecossistêmica para a saúde humana é complementar à abordagem ecológica para a saúde e o conceito de ecossistemas saudáveis. Eles

são todas as abordagens sistêmicas que reconhecem que a saúde é uma propriedade inerente de sistemas biológicos em diferentes níveis de complexidade, desde o indivíduo até a biosfera.

Além disso, a abordagem ecossistêmica coloca os seres humanos diretamente no centro do ecossistema, pois é aquele capaz de estar consciente do seu ser e fazer e na busca da gestão dos recursos do ecossistema para a melhoria sustentável e equitativa da saúde humana, bem como a saúde do próprio ecossistema (FORGET; LEBEL, 2001). Embora acreditassem que o ser humano não deve ser o centro, mas sim, deve estar ao mesmo nível, isto é, existir o equilíbrio entre eles.

A interligação do ecossistema e a qualidade de vida dos indivíduos nas diferentes fases do ciclo vital são notórias, pois contextos de saúde são influenciados por inúmeros fatores, como: biológicos, sociais, psicológicos, espirituais e ambientais. Desta forma, Zamberlan et al., (2010), referem que a definição de ambiente em sua forma mais profunda de conceituação deve englobar as questões ecossistêmicas, que é definida como uma rede flexível e esta flexibilidade é produto dos múltiplos elos de re-alimentação que mantém o sistema em um estado de equilíbrio dinâmico.

Ainda, Laustsen (2006) define o meio ambiente como as condições, circunstâncias, fatores ou variáveis que afetam o individual, família ou comunidade. Tais condições podem incluir fatores físicos, assim como efeitos climáticos em cidadãos de uma comunidade. Outras influências não físicas, tais como as forças econômicas e políticas, são também consideradas aspectos ambientais influentes.

De uma forma global, a conduta e o funcionamento de uma pessoa idosa podem ser mais bem compreendidos se tivermos em conta o ambiente onde a pessoa se desenvolve: congruência, pessoa e ambiente (FERNANDEZ-BALLESTREOS, 2009). Na congruência pessoa ambiente, existe um equilíbrio entre as necessidades, posições e pré-disposições dos idosos e das oportunidades de ação que o ambiente oferece. As relações *pessoa-ambiente* exigem transições, a pessoa idosa guia a sua interação com o ambiente em função de planos específicos. Existe compatibilidade quando se registra coincidência entre as necessidades e intenções do idoso e as oportunidades e exigências de ação dadas pelo ambiente.

O ambiente em que as pessoas idosas da nossa pesquisa vivem são ilhas, tornando clara a necessidade de perceber as características inerentes a esse tipo de ambiente, uma vez que a saúde, o bem-estar e o nível de satisfação podem ser explicados em função da interação entre as

condições pessoais, o contexto e o ambiente. A interação da pessoa idosa com o ambiente deve ser vista como um processo holístico e global (FERNANDEZ-BSALLESTEROS, 2009).

Para os profissionais de enfermagem é um desafio estar atento ao meio ambiente de forma global, tendo em conta as suas crenças ecológicas e atividades profissionais em geral. Atualmente, as questões ambientais são consideradas problemas de saúde, uma vez que a sociedade busca se desenvolver economicamente, mas sem a devida preocupação com o meio ambiente. Richard et al., (2012) referem que quanto às políticas de saúde, estudos recentes têm lançando luz sobre os fatores suscetíveis de aumentar o apoio de uma abordagem ecológica sobre os determinantes da saúde, porque esta abordagem é considerada um componente chave da nova saúde pública e do movimento de promoção da saúde.

### **3. METODOLOGIA**

Neste capítulo serão abordados os aspectos que abrangem o percurso metodológico e as diferentes etapas que constituíram este caminho, enfatizando a caracterização da pesquisa, o local, a escolha dos participantes, a seleção da amostra, as variáveis, os instrumentos, a coleta, a análise dos dados e os procedimentos éticos.

Optou-se por uma pesquisa de caráter quantitativo pela possibilidade de responder aos objetivos de avaliar a qualidade de vida dos idosos e adaptar culturalmente e validar o instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para idosos cabo-verdianos.

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Estudo exploratório, descritivo, transversal, correlacional, com abordagem quantitativa. “Este método visa, sobretudo, explicar e predizer um fenômeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos” (FORTIN, 2009, p.27). Em relação à dimensão temporal, foi um estudo transversal, uma vez que ocorreu em um único local e momento e com um grupo representativo da população. Optou-se pelo caráter exploratório devido à sua peculiaridade de proporcionar uma visão geral da temática (GIL, 2009). Pretendeu-se analisar a qualidade de Vida das pessoas idosas de Cabo Verde, que constituirá um estudo inédito para o país. Assim, num estudo descritivo correlacional, a principal finalidade é explorar relações entre variáveis, descrevendo-as, de forma a permitir determinar quais as variáveis associadas ao fenômeno em estudo (FORTIN, 2009).

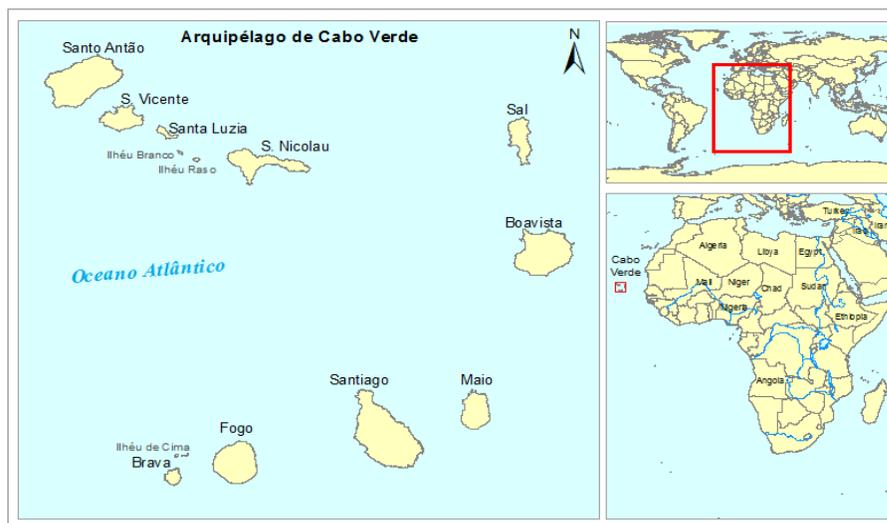
#### **3.2 Local do Estudo**

Elegeram-se como local do estudo este pequeno país arquipelágico - Cabo Verde, formado por dez ilhas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava) e cinco principais ilhéus (Branco, Raso, Luís Carneiro, Grande e de Cima) com uma superfície aproximada de 4.033 km<sup>2</sup>. Localizam-se entre os paralelos 14° 23' e 17° 12' de latitude Norte e os meridianos 22° 40' e 25° 22' a Oeste de Greenwich. Ilhas atlânticas, de origem vulcânica, distam cerca de 500 km do promontório do Senegal de onde lhe veio o nome.

Em termos geomorfológicos, distinguem-se essencialmente dois grupos de ilhas, as ilhas montanhosas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Santiago, Fogo e Brava) onde predomina as paisagens montanhosas, com altitudes que alcançam 2.829 metros e relevo bastante acidentado e por outro lado às ilhas planas (Sal, Boa vista e Maio) caracterizadas pela quase inexistência de relevos montanhosos e onde marcam presença extensas praias de areia branca, banhadas pelo azul-turquesa do atlântico.

O clima é propício para o desenvolvimento de atividades «outdoors» e a oferta de sol e praia é objeto de exploração turística. A escassez de recursos naturais é a característica marcante. A zona econômica exclusiva estende-se por cerca de 700 000 km<sup>2</sup>. País saheliano, Cabo Verde tem um clima tropical seco, com um período de chuvas que se estende de Julho a Outubro, frequentemente repartidas de forma irregular (INE, 2015).

**Figura 4 -** Distribuição territorial do arquipélago de Cabo Verde.



**Fonte:** INE, 2015

A População residente é resultante de uma mestiçagem entre colonos europeus e escravos africanos que se fundiram num só povo, o crioulo. Baseando-se nos dados da população (Projeções demográficas 2010-2030), observa-se que a densidade populacional tem aumentado paulatinamente, registando um crescimento em cerca de 5% entre 2011 e 2015, atingindo, neste último ano, o valor de 130,13 habitantes/km<sup>2</sup> em nível do país. A análise por ilha indica que

Santiago e São Vicente apresentam maior concentração da população, representando, em 2015, 28,9% e 15,4% do total, respetivamente (INE, 2015).

A população de Cabo Verde tem crescido de forma contínua nos últimos 5 anos. Em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, um acréscimo de 6.336 indivíduos em relação ao ano 2014, numa proporção de 48% homens e 52% mulheres. Em 2015, a esperança de vida para os homens foi de 71,7 anos enquanto para as mulheres, foi de 79,9 anos (INE, 2015).

São visíveis e reconhecidos os ganhos em matéria de saúde, nomeadamente no domínio da saúde reprodutiva, permitindo aos cidadãos, não só maior longevidade, com melhor saúde, mas também o poder de viver uma sexualidade em maior segurança e de escolher o número de filhos a ter, quando ter e com que espaçamento. O Índice Sintético de Fecundidade atual é de 2,32.

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística, a População Cabo-verdiana na faixa etária de 60 e mais anos rondava os 7 % (39.798) em 2015, sendo que a maioria se encontra na faixa etária dos 60 a 64 anos (11203). A ilha de Santiago é a maior ilha do país, onde fica localizada a cidade capital Praia, que concentra o maior número de habitantes, em torno de 56% da população (INE, 2010).

É evidente uma evolução positiva nos indicadores de mortalidade das doenças não transmissíveis, mantendo-se as doenças cardiovasculares (DCV) como a primeira causa de óbitos nos últimos 10 anos, tendo passado de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil habitantes, em 2005 para 655 óbitos e uma taxa de 131 por cem mil, em 2011. Por sexo, a taxa de mortalidade por DCV foi de 128,3 por cem mil nos homens e 133,7 por cem mil em mulheres. Sendo que, a taxa de mortalidade geral do país foi 5,1 por mil, em 2011 (PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO-PNDS, 2012).

Segundo os resultados do Questionário Unificado de Indicadores Básicos do Bem-Estar-QUIBB (2007), a taxa de alfabetismo era de 73% para os homens e de 87% para as mulheres. A pobreza diminuiu de 36,5% em 2002 para 27,6% em 2007. Apesar dessa diminuição, ela ainda é significativa e continua a atingir mais a população rural (44,3%) do que a população urbana (13,2%). Em relação ao género, 33% da população pobre é constituída por mulheres e 21,3% por

homens. Os chefes de agregados familiares de sexo feminino representam 56,3% dos pobres e masculinos, 43,7%.

Quanto aos setores de atividades econômicas, o setor terciário tem apresentado a maior taxa de empregados, com uma média de 61% entre 2012 e 2014. Em 2014, este setor apresentou uma taxa de empregados de 65,5%, mais 5,1% do que em 2013. Enquanto isto, no setor primário a taxa tende a diminuir, tendo passado de 23% em 2013 para 16,7% em 2014 (INE-CV, 2015).

No que se refere à categoria sócio-profissional, 46,2 % dos trabalhadores por conta própria na Agricultura são pobres. A taxa de desemprego continua elevada, situando-se em 18,8% em 2008 e 10,7% em 2010 e 15,8% em 2014. A população ativa diminuiu em termos relativos, em -3,8% de 2012 para 2014. Em termos absolutos, no mesmo período, passou de 225.819 para 217.158 indivíduos. A taxa de desemprego continua elevada. A proporção da população desempregada em relação à população ativa total (Taxa de desemprego) registou ligeira diminuição nestes 3 anos, tendo passado de 16,8% em 2012, para 16,4% em 2013 e para 15,8% em 2014. A taxa de desemprego nos homens (16,4%) em 2014 foi superior à taxa de desemprego nas mulheres (15,2%) e, no meio urbano (17,0%), superior ao registado no meio rural (12,4%) (INE-CV, 2015).

**Quadro 3:** Distribuição da população cabo-verdiana com mais de 60 anos por grupo etário.

<b>Idade</b>	<b>N</b>
60-64	11203
65-69	5546
70-74	5332
75-79	7026
80-84	5463
85-89	3451
90-94	1140
95+	637
<b>Total</b>	<b>39798</b>

**Fonte:** INE, 2015

Em Cabo Verde a pobreza atinge particularmente os idosos, que constituem uma classe altamente dependente. Grande parte da população idosa, por falta de meios de subsistência, não teve, durante o seu ciclo de vida, oportunidades de garantir a sua proteção social na velhice e na doença, ficando dependentes de esquemas de proteção social assegurados pelo Estado. Dos 172.727 pobres, 14.888 pessoas (ou seja, 8,6%) beneficiam-se de uma pensão social, de 6.514 escudos caboverdianos (CVE) que equivale á 213,98R\$. A pensão de solidariedade social, atribuída a ex-trabalhadores é de 8.374 CVE/ 280,743 R\$ (PNDS, 2012).

Das pessoas com 60 anos e mais, 4.695 são pobres e 4.954 são muito pobres. A mesma fonte refere a existência de mais de 3.000 idosos vivendo sozinhos. Considerando o número da população em Cabo Verde com 60 anos e mais, o aumento da esperança de vida e o conseqüente aumento da proporção da população idosa e tendo em conta, por outro lado, a pressão que esta faixa etária representa em termos de satisfação de necessidades específicas, em grande parte não satisfeita, este grupo representa um dos grupos vulneráveis (PNDS, 2012).

### **3.3 População e Amostra**

Segundo Fortin (2009, p. 310), “a amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira, sendo o objetivo de este retirar conclusões precisas sobre a população, a partir de um grupo mais restrito de indivíduos”. Desta forma, é essencial escolher com cuidado a amostra, de forma que ela representa fielmente a população referida.

Os critérios para a seleção dos participantes restringiram-se a ser idoso (60 anos ou mais), cabo-verdiano, apresentar capacidade para responder ao instrumento de coleta de dados. Foram excluídos do estudo os idosos que não possuem condições cognitivas para responder ao instrumento.

Quanto ao cálculo da amostra, o público-alvo é de 39.798 pessoas, recorreu-se a amostragem aleatória simples sobre variáveis categóricas. Com um nível confiança de 95%, Erro relativo 5%, a dimensão da amostra calculada foi de 381 idosos, seguir apresenta-se a fórmula do cálculo da amostra (SANTOS 2016):

$e$  - Erro relativo = 0,05

$p$  - Proporção = 0,5

$Z$  - 95%

$N$  - 39798

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

A amostra mínima calculada foi de 381 idosos. Como forma de garantir a amostra foram entregues 500 questionários aos estudantes e enfermeiros das diferentes ilhas, retornando 478, o que representou 95,6% de retorno. Excluíram-se 73 instrumentos por apresentarem-se em branco assim como aqueles dos respondentes com idade inferior a 60 anos, sendo a amostra final constituída por 405 questionários.

Quanto ao tipo de amostra, foi não probabilística (acidental), que segundo Fortin (2009, p.15), “a amostragem não probabilística do tipo acidental é formada por sujeitos facilmente acessíveis, que estão presentes num determinado local e momento preciso”.

### 3.4 Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado uma adaptação transcultural do World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (WHOQOL-Bref). O WHOQOL-Bref (Anexo I) é uma versão breve do WHOQOL-100. Este foi desenvolvido pelo WHOQOL-Group com a colaboração simultânea de quinze centros internacionais (Bankok, Tailândia; Beer-Sheva, Israel; Madras, Índia; New Delhi, Índia; Melbourne, Austrália; Panamá City, Panamá; Seattle USA; Tilberg, Holanda; Zagreb, Croácia; Tokyo, Japão; Harare, Zimbábue; Barcelona, Espanha; Bath, Inglaterra; St Petersburg, Rússia; Paris, França), com o objetivo de ser um instrumento que atravessasse várias culturas (RAPLEY, 2003; WHO, 1997; WHOQOL GROUP, 1995, 1998).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à percepção geral de QV e à percepção geral da saúde, e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambientes. O domínio saúde física com sete itens (Atividades do dia a dia, dependência de substâncias medicinais e auxiliares médicos, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, dormir e repousar e capacidade de trabalho). No domínio psicológico com seis itens

(imagem/aparência corporal, sentimentos negativos, sentimentos positivos, autoestima, espiritualidade / religião / crenças pessoais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração). No domínio relações sociais com três itens (relações pessoais, suporte social e atividade sexual) e o domínio ambiente com oito itens (recursos financeiros, liberdade, segurança física, saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade, ambiente do lar, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição / ruído / tráfego / clima) e transporte.

A pontuação para cada domínio é definida pela soma da pontuação dos itens individuais em uma sub-escala transformados numa escala de 0 a 100, de acordo com as instruções do questionário (WHOQOL GROUP, 1994). As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Foi criado a partir da metodologia simultânea transcultural, mostrando-se adequado para o uso em estudos de base populacional e em investigações transculturais (FLECK et al., 1999).

Foi solicitada ao autor original da escala (OMS), uma autorização por meio do contato eletrônico para utilização do WHOQOL-Bref, para a realização da adaptação transcultural e validação e aplicação no contexto cabo-verdiano.

### **3.5 Etapas para a Adaptação Transcultural do Instrumento de Coleta de Dados**

Para adaptação cultural da escala WHOQOL-Bref, foram utilizadas as orientações para o processo de adaptação transcultural de medidas de autorrelato, propostas por Beaton et al., (2000). A adaptação transcultural compreende um processo que contempla dois idiomas e a utilização do instrumento em um ambiente que se diferencie culturalmente daquele em que o mesmo foi proposto, visando garantir sua validade de conteúdo e de face (BEATON et al, 2000).

Desta forma, são propostas diretrizes que visam uma adaptação completa, projetada para maximizar a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado. Essas diretrizes compreendem seis etapas: I) tradução inicial; II) síntese das traduções; III) backtranslation; IV) comitê de especialistas; V) pré-teste e VI) revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores (BEATON et al, 2000).

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala WHOQOL-Bref foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles é brasileiro e estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já o outro, é cabo-verdiano, não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiências com traduções da área da saúde (BEATON et al, 2000).

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de backtranslation (BEATON et al, 2000). Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e sem experiência em traduções da área da saúde, buscando evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da backtranslation, foi realizada a versão retrotraduzida da escala (BEATON et al, 2000).

Para desenvolver a versão pré-final da escala para testes de campo, a versão retrotraduzida da escala foi submetida a um comitê de especialistas, mediante encontros individuais. Esse comitê, composto por quatro professores enfermeiros de uma universidade pública de Cabo Verde, com experiência na adaptação e validação de escala, avaliaram as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada no pré-teste. A validade de face tem como objetivo verificar se as questões da escala apresentavam-se com forma e vocabulários adequados ao propósito da mensuração (BEATON, 2000). Isto é, a validade de face preocupa-se com os julgamentos feitos pelos testados acerca do teste (GROTH-MARNAT, 2003). Esta se relaciona mais com o que o teste parece medir para a pessoa a ser testada do que com o que realmente mede (COHEN e SWERDLIK, 2009).

A validade facial está então presente quando o teste e os seus itens parecem relevantes à pessoa que o está a realizar. Caso isto aconteça, dir-se-á que o teste tem uma alta validade facial. Apesar da sua potencial importância, raramente são reportados estudos formais sobre este tipo de validade nos manuais dos testes (COHEN e SWERDLIK, 2009).

Na etapa do pré-teste, a versão validada pelo comitê de especialistas foi aplicada a 30 idosos que frequentam centros de saúde da cidade da Praia, que aceitarem participar desse processo. O pré-teste tem o objetivo de garantir a validade de conteúdo da escala, e visa confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejamos analisar. A escala foi aplicada de forma individual para que cada sujeito relatasse as suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e sugerindo modificações na redação das questões, caso necessário (BEATON et al, 2000).

Após o pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve como objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada para o estudo (BEATON et al, 2000).

Ao final de todos os procedimentos para adaptação transcultural do instrumento, a versão final do WHOQOL-Bref a versão cabo-verdiana (Apêndice A) foi considerado aprovada para aplicação na amostra selecionada para validação de construto e obtenção de seus resultados psicométricos, bem como analisar a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos da amostra selecionada. Ainda para completar as informações, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos participantes contendo características sociodemográficas, econômicas e clínicas, que pudessem ser significativas para a correlação com a qualidade de vida dos idosos, tais como: idade, sexo, estado civil, ilha, residência, profissão, trabalho, aposentado, escolaridade, número de filhos, rendimentos, patologia atual, toma de medicamentos e avaliação da sua condição física.

### **3.6 Validação do Instrumento**

Segundo Gaya (2008), os instrumentos compostos por multi-itens, representados por diferentes questões, devem ser analisados quanto à sua precisão e aplicabilidade, o que abrange uma avaliação da confiabilidade, da validade e da sua possibilidade de generalização, como caso do instrumento utilizado (WHOQOL-Bref) neste estudo. Deste modo, a validade de um instrumento de coleta de dados pode ser compreendida como a evidência de que o instrumento “mede o que se propõe a medir” (VIEIRA, 2009, p.149), constituindo um tipo especial de

acurácia, verificando se os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (FLETCHER; FLETCHER, 2006; HULLEY et al., 2008).

Assim, a validação do instrumento utilizado nessa pesquisa foi realizada após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, sendo realizados dois testes estatísticos para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*.

A análise fatorial trata-se de uma técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, sendo uma etapa estatística destinada principalmente à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (GAYA, 2008). Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ( $>,500$ ); e o seu grau de subjetividade.

Enquanto que o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento. Para garantir a confiabilidade do instrumento, sugerem-se valores entre 0,60 e 0,80 para estudos exploratórios (GAYA, 2008).

### **3.7 Coleta de Dados**

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de Janeiro e Maio de 2017, por seis estudantes de graduação em Enfermagem previamente treinados na ilha de Santiago e por 15 enfermeiros treinados, residentes das diferentes ilhas do arquipélago, às instituições sociais e de saúde de Cabo Verde foram um ponto de referência para chegar à população.

Todos idosos que estiverem presentes no local da coleta foram convidados a participar no estudo mediante a explicação prévia dos objetivos da pesquisa, bem como a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram informados que qualquer dúvida poderia ser esclarecida pessoalmente ou por telefone, sendo explicitados todos esses dados no TCLE (Apêndice-D). Também foi esclarecido aos idosos a possibilidade de participar ou não da

pesquisa, de acordo com a sua vontade, podendo, também, retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa.

Os TCLE`s foram entregues aos participantes e assinados em duas vias, ficando uma com o informante e outra com o pesquisador, para fins de assegurar o consentimento e ciência dos envolvidos. O tempo médio utilizado pelos estudantes para aplicar os questionários foi de aproximadamente 25 minutos.

### **3.8 Análise dos Dados**

Para análise os dados foram editados numa base especificamente criada para o efeito no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, facilitando o seu processo de organização em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

Foram realizadas três diferentes análises para o procedimento de análise dos dados: I) a estatística descritiva que se constitui de um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência relativa para variáveis categóricas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão, percentis, mínimo e máximo) para variáveis numéricas; II) análise de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas entre os grupos de respondentes. A análise de variância (ANOVA) possibilitou identificar possíveis diferenças entre os grupos de dados, através da análise das médias dos constructos da variável qualidade de vida e satisfação com a saúde. Essa análise foi utilizada para verificar diferenças significativas entre os grupos de respondentes de acordo com as características sociodemográficas, económicas e clínicas dos idosos selecionados (GAYA, 2008); III) análises de regressão, buscando avaliar quais fatores apresentam maior efeito na percepção sobre o fenómeno pesquisado.

### **3.9 Aspectos Éticos do Estudo**

Fazer investigação em saúde implica, não raramente, estudar populações constituídas por indivíduos fragilizados de forma física ou psicológica, de modo temporário ou permanente, e tal

fato deve contribuir para que a enfermagem se debruce de forma mais cuidada sobre o dever de proteção daqueles que estão mais fragilizados e vulneráveis (Cf. Artº 81 do Código Deontológico de Enfermagem-CDE - “Dos valores Humanos”).

No desenvolvimento deste estudo foram respeitados os aspectos éticos, garantindo-se a proteção dos direitos humanos conforme a resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Ministério da Saúde (CONEP/MS) sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2016). Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande, tendo recebido parecer favorável (Parecer Nº163/2016) (Anexo II).

O projeto também foi enviado à Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Cabo Verde, respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, tendo parecer positivo (Parecer nº 08/2017) (Anexo IV), bem como carta de pedido de autorização à Direcção Nacional de Saúde de Cabo Verde com parecer positivo ( Anexo III).

A pesquisa de campo, ou seja, a aplicação do instrumento somente foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa, tanto do Comitê de Ética da FURG como o de Cabo Verde.

Aos participantes, foram solicitadas assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido devidamente esclarecidos e informados dos objetivos do estudo, da necessidade estrita da sua participação voluntária, garantindo sigilo, privacidade individual, anonimato e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, não sofrendo por isso qualquer transtorno ou penalização.

Também foram informados do direito de acesso aos resultados da investigação caso estiverem interessados, que ocorrerá através do encaminhamento dos artigos científicos a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Os instrumentos e demais materiais utilizados durante a pesquisa serão arquivados no local apropriado para esse fim, sob a responsabilidade do Grupo de Pesquisa do qual os pesquisadores fazem parte, aos cuidados do pesquisador principal, e assim serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os três artigos que compuseram essa tese, sendo o primeiro artigo derivado de todo o processo de adaptação e validação da Escala The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF) da OMS. O segundo artigo trata-se da avaliação da qualidade de vida e o terceiro, acerca das correlações existente entre a qualidade de vida e satisfação de saúde com os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos.

O primeiro, intitulado “**Adaptação transcultural e validação do instrumento *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF)* para idosos cabo-verdianos**”, refere-se à adaptação cultural do instrumento de coleta de dados, segundo recomendações internacionais e sua validação para utilização no contexto cabo-verdiano , através de análise fatorial e alfa de *Cronbach*, garantindo sua fidedignidade para utilização no contexto cabo-verdiano. Este artigo foi elaborado de acordo as normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), as quais estão disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparado-artigo.pdf>.

O segundo artigo, cujo título é “**Domínios que influencia a qualidade de vida dos Idosos no contexto cabo-verdiano/África**”, aborda a análise da percepção da qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos, através de pesquisa quantitativa realizada em todo o arquipélago de Cabo Verde, mediante aplicação do Escala The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF). Foi elaborado de acordo com as normas da Revista Brasileira de Enfermagem as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>.

O terceiro artigo, intitulado “**Factores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde dos idosos cabo-verdianos /África**” apresenta os resultados referentes à forma como os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos estão associados a qualidade de de vida e satisfação da saúde dos idosos cabo-verdianos. Elaborado de acordo com as normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP, Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reensp/pinstruc.htm>.

## 4.1 ARTIGO 1

### **Adaptação transcultural e validação do instrumento *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF)* para idosos cabo-verdianos<sup>1</sup>**

*Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo<sup>2</sup>; Marlene Teda Pelzer<sup>3</sup>*

<sup>2</sup>Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande do Sul, Brasil. Email: [deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv](mailto:deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv)

<sup>3</sup>Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. Email: [pmarleneteda@yahoo.com.br](mailto:pmarleneteda@yahoo.com.br)

**Objetivo:** Adaptar culturalmente e validar o instrumento *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF)* para idosos cabo-verdianos. **Método:** estudo transversal, realizado com 405 idosos do arquipélago de Cabo Verde no período de Janeiro à Maio de 2017. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL- BREF, segundo recomendações internacionais e sua validação para utilização no contexto Cabo-verdiano, através de análise fatorial e do alfa de *Cronbach*. **Resultados:** a validade de face e conteúdo do instrumento foi considerada satisfatória mediante avaliação de comitê de especialistas e realização do pré-teste, a partir da análise fatorial, foram identificados quatro constructos: *domínio I-Físico, domínio II-Ambiente, domínio III- Relações sociais e domínio IV-Sexualidade*. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com valores de alfa de *Cronbach* entre 0,67 a 0,71. **Conclusão:** Conclui-se que o WHOQOL- BREF – versão cabo-verdiana é um instrumento válido e fidedigno para ser utilizado na avaliação da qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos.

---

<sup>1</sup> Artigo a ser encaminhado para a Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE). Normas disponíveis em: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/media/preparo-do-artigo.pdf>.

**Descritores em português:** Qualidade de Vida; Enfermagem; Saúde do idoso; Estudos de Validação.

**Descritores em inglês:** Quality of life; Nursing; health of the elderly; Validation Studies.

**Descritores em espanhol:** Calidad de vida; Enfermería; salud del anciano; Estudios de Validación.

## **Introdução**

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento e o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoria na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar social e econômico. A expectativa de vida após o nascimento está situada acima dos 80 anos em 33 países; há apenas cinco anos, somente 19 haviam alcançado esse patamar <sup>(1)</sup>.

O aumento do número de idosos tem sido abordado mundialmente em diversos contextos, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes. No entanto, o desafio de uma população que vai envelhecendo são mundiais, nacionais e locais e Cabo Verde (CV) não foge à regra, mesmo sendo um país bastante jovem, com uma média de idade de 28,01 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde <sup>(2)</sup>.

O conceito de qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por diversos autores e em diferentes épocas, sendo utilizado pela primeira vez pelo economista norte-americano Galbraith, nos finais dos anos 50 <sup>(3)</sup>. Para outros, como Pigot, em 1920, num livro sobre economia e bem-estar <sup>(4)</sup> ou pelo presidente norte-americano Lyndon B. Johnson em 1964 <sup>(5)</sup>.

O termo qualidade de vida (QV) é utilizado frequentemente, quer na linguagem cotidiana, quer nas diferentes áreas do conhecimento, com diferentes significados e de acordo com os contextos. Atendendo à natureza biopsicossocial do indivíduo, podemos afirmar que é um construto que pode ser abordado de diversas formas: antropológica, econômica, social, política, filosófica, médica, psicológica e moral <sup>(6)</sup>.

Portanto, falar de qualidade de vida implica articular com saúde, pois é impossível estudar o processo de envelhecimento sem fazer essa articulação, uma vez que a qualidade de vida é uma

importante medida de impacto em saúde. A OMS definiu saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade”<sup>(7)</sup>. No entanto, repetem-se os argumentos quando a OMS, através do The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Group, anuncia a qualidade de vida como sendo a “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(8)</sup>.

Na última década ocorreu uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos da América do Norte, com um crescente interesse em traduzi-los para uso em outras culturas. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral tendem a ter uma boa cobertura em relação ao seu potencial para determinar os níveis de bem-estar e satisfação com a vida em diferentes momentos e situações da vida<sup>(9)</sup>.

Contudo, destaca-se que no contexto cabo-verdiano, não são encontrados estudos acerca da qualidade de vida dos idosos, de modo que se faz necessário o desenvolvimento de instrumentos capazes de contribuir na avaliação do nível de qualidade de vida vivenciado pelos idosos. Desse modo, esse estudo justifica-se pela necessidade de se conhecer a qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano, os diversos fatores associados a QV. Assim, objetivou-se adaptar culturalmente e validar o instrumento WHOQOL- BREF para idosos cabo-verdianos.

## **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento transversal. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL- BREF segundo recomendações internacionais<sup>(10)</sup> e sua validação para utilização no contexto cabo-verdiano, envolvendo a tradução e retrotradução dos itens da versão original do instrumento em inglês para o português, sua validade de face e conteúdo, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas à sua validade de constructo e confiabilidade, mediante análise fatorial e do alfa de *Cronbach*.

Foi concedida autorização da OMS para a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL- BREF, por meio do contato eletrônico. Os aspectos éticos foram respeitados,

conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande e cadastrado na Plataforma Brasil (Parecer n. 163/2016). Também foi enviado à Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Cabo Verde, respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, tendo parecer positivo (Parecer nº 08/2017).

### **Instrumento original**

O WHOQOL-Bref é um instrumento que para avaliar a qualidade de vida, constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à percepção geral de QV e à percepção geral da saúde, e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. O domínio saúde física com sete itens (Atividades do dia a dia, dependência de substâncias medicinais e auxiliares médicos, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, dormir e repousar e capacidade de trabalho). No domínio psicológico com seis itens (imagem/aparência corporal, sentimentos negativos, sentimentos positivos, autoestima, espiritualidade / religião / crenças pessoais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração). No domínio relações sociais com três itens (relações pessoais, suporte social e atividade sexual) e o domínio ambiente com oito itens (recursos financeiros, liberdade, segurança física, saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade, ambiente do lar, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição / ruído / tráfego / clima) e transporte <sup>(8)</sup>.

A pontuação para cada domínio é definida pela soma da pontuação dos itens individuais em uma sub-escala transformados numa escala de 0 a 100, de acordo com as instruções do questionário <sup>(8)</sup>. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Foi criado a partir da metodologia simultânea transcultural, mostrando-se adequado para o uso em estudos de base populacional e em investigações transculturais <sup>(5-8)</sup>.

**Adaptação transcultural:** validação de face e conteúdo do instrumento

Foram seguidas seis etapas que objetivaram uma adaptação completa do instrumento, maximizando a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado: *tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores* <sup>(10)</sup>.

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala WHOQOL-Bref foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles é brasileiro e estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já o outro, cabo-verdiano, não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiências com traduções da área da saúde <sup>(10)</sup>.

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de backtranslation. Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e sem experiência em traduções da área da saúde, buscando evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da backtranslation, foi realizada a versão retrotraduzida da escala <sup>(10)</sup>.

Para desenvolver a versão pré-final da WHOQOL-Bref para testes de campo, a versão retrotraduzida da escala foi submetida a um comitê de especialistas, mediante encontros individuais. Esse comitê, composto por quatro professores Enfermeiros de uma Universidade Pública de Cabo Verde, com experiência na adaptação e validação de escalas em Enfermagem, avaliaram as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, bem como a validade de face da escala, aprovando-a para ser utilizada na quinta etapa da validação do instrumento, o pré-teste.

Após a aplicação do pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve por objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada <sup>(10)</sup>.

### **Local e participantes do estudo**

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em todo país arquipélago. Cabo Verde é formado por dez ilhas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava) e cinco principais ilhéus com uma superfície aproximada de 4.033 km<sup>2</sup>, localizam-se entre os paralelos 14° 23' e 17° 12' de latitude Norte e os meridianos 22° 40' e 25° 22' a Oeste de Greenwich. Ilhas atlânticas, de origem vulcânica, distam cerca de 500 km do promontório do Senegal de onde lhe veio o nome <sup>(2)</sup>.

A População residente é resultante de uma mestiçagem entre colonos europeus e escravos africanos que se fundiram num só povo, o crioulo. A população de Cabo Verde tem crescido de forma contínua nos últimos cinco anos. Em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, um acréscimo de 6.336 indivíduos em relação ao ano 2014, numa proporção de 48% homens e 52% mulheres. Em 2015, a esperança de vida para os homens foi de 71,7 anos enquanto para as mulheres, foi de 79,9 anos <sup>(2)</sup>. A População Cabo-verdiana na faixa etária de 60 e mais anos foi de 7 % (39.798) em 2015, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária dos 60 a 64 anos (11203). A ilha de Santiago é a maior ilha do país onde fica localizada a cidade capital Praia, que concentra o maior número de habitantes, em torno de 56% da população <sup>(2-11)</sup>.

Para seleção do tamanho amostral, recorreu-se a amostragem aleatório simples sobre variáveis categóricas. Com um nível confiança de 95%, Erro relativo de 5%, conhecendo previamente o total da população de 39.798 idosos a dimensão da amostra calculada segundo da fórmula foi de 381 idosos <sup>(12)</sup>.

### **Coleta de dados**

Para aplicação do instrumento de coleta de dados, adotou-se como procedimento ter como ponto de referência para chegar à população as instituições sociais e de saúde do arquipélago. Assim, efetuou-se treinamento prévio de seis estudantes do último ano de graduação em Enfermagem e de 15 enfermeiros, residentes em diferentes ilhas. Os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel branco, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, a autorização da direção Nacional de Saúde e o parecer do

Comité de Ética de Cabo Verde. Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do seu recolhimento.

A amostra mínima calculada foi de 381 idosos. Como forma de garantir a amostra foram entregues 500 questionários aos estudantes e enfermeiros das diferentes ilhas, retornando 478, o que representou 95,6% de retorno. Excluíram-se 73 instrumentos por apresentarem-se em branco assim como aqueles dos respondentes com idade inferior a 60 anos, sendo a amostra final constituída por 405 questionários.

### **Validação de constructo do instrumento**

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados na amostra selecionada, foram realizados dois testes estatísticos a fim de garantir sua validade de constructo: a análise fatorial e o alfa de *Cronbach*. Para realização dos testes estatísticos, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0, facilitando o processo de organização dos dados em tabelas que permitiram uma melhor visualização dos resultados e sua interpretação.

A análise fatorial foi realizada no intuito de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ( $>,400$ ); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento <sup>(13)</sup>.

### **Resultados**

No que se refere à validade de face do instrumento, o comitê de especialistas indicou consenso entre todos os itens da escala, avaliando-os como pertinentes e assegurando sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual. Houve compreensão de todos os itens, da maneira como estes foram formulados, de modo que as questões sofreram poucas modificações, limitando-se a sua forma de escrita.

Na questão 15 (F9. 1) “Quanto você é capaz de se deslocar?” foi sugerido reformular a questão tendo em conta as palavras de múltipla tradução em português. Desse modo, a questão 15 foi proposta da seguinte forma: “Como avaliaria a sua mobilidade”.

O comitê de especialistas ainda sugeriu que os idosos tivessem conhecimento do termo qualidade de vida de uma forma geral, tendo em conta que esse termo se baseia primariamente na percepção individual e subjetiva da posição do indivíduo na vida. Assim, foi acrescentado o conceito de Qualidade de Vida da OMS junto às instruções acerca do preenchimento do instrumento (WHOQOL-Bref).

No que se refere ao título da escala para o português, essa foi intitulada "Escala de Qualidade de Vida" ou “*The World Health Organization Quality of Life - versão Cabo-verdiana (EQV-CV)*”.

Em relação à validade de conteúdo, o pré-teste realizado com 30 idosos, permitiu confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que não foram necessárias modificações na redação das questões. Quando questionados acerca das dificuldades e facilidades no preenchimento do instrumento, 25 participantes consideraram os itens do instrumento como sendo de fácil compreensão. Porém, cinco participantes evidenciaram pequenas dificuldades, tendo em vista, especialmente ao tamanho do instrumento. O tempo para preenchimento do instrumento variou entre 15 e 20 minutos.

Após a avaliação do comitê de especialistas e realização do pré-teste, o instrumento, já adaptado culturalmente, foi aplicado na amostra selecionada para validação de constructo e obtenção de seus resultados psicométricos.

Em relação às características da amostra, verificou-se que dos 405 idosos possuíam em média 74 anos, e a maioria pertence ao sexo feminino com um valor percentual de 58,9 %. Dos 405 idosos, 223 (51,1%) não sabem ler e nem escrever, 67 (16,5) sabe ler e escrever, 97 (24%) têm ensino primário, 11 (2,7%) com ensino secundário e 7 (1,7) com ensino superior. A maioria dos idosos são casados (39,8%), seguidos dos solteiros (28,9%), viúvos (26,7%) e a minoria são separados (0,7%). Verificou-se que, a maioria é natural da ilha de Santiago com um valor percentual de 47,7%, Fogo (15,8%) e Santo Antão (11,4).

No que se refere à validade de constructo, como procedimento inicial para aplicação da análise fatorial na escala WHOQOL-Bref as questões Q1 e Q2 relacionadas à "Qualidade de Vida Global" e à "Satisfação com a Saúde", dos instrumentos são omissos, devido pertencerem ao subdomínio de qualidade de vida geral de forma a agregar apenas questões relacionadas aos domínios do instrumento. Deste modo, foram submetidas 24 questões do instrumento para a análise fatorial exploratória, buscando verificar a validade discriminante do instrumento. No primeiro agrupamento surgiu a formação de cinco constructos, efetuou-se um processo de exclusão sucessiva de cada uma das questões que apresentou baixa correlação, com ponto de carga fatorial inferior a 0,40 (40%), de modo a facilitar o agrupamento das questões.

À medida que as questões foram eliminadas do instrumento, os domínios tornaram-se mais evidentes, obtendo como a solução de extração de quatro constructos. Ao fim da análise foram excluídas 10 questões do instrumento por apresentarem baixa carga fatorial (inferior a 0,400).

As quatro dimensões do instrumento explicam 61,5 % da variabilidade total, o que representa um adequado grau de sintetização de dados, facilitando assim a sua interpretação. A versão final, os domínios do instrumento, constituído por 14 questões, apresentando os 4 domínios (*domínio I-Físico, domínio II- Ambiente, domínio III- Relações sociais e domínio IV- Sexualidade*). O quadro 1 apresenta a definição de cada constructo formado.

As fidedignidades dos 4 domínios foram testadas por meio do cálculo do alfa de *cronbach*. O alfa de *cronbach* apresenta valor igual a 0,70, que é um valor considerado elevado para estudos exploratórios. Já os coeficientes dos constructos apresentaram os valores de Alfa entre 0,67 e 0,71. Pode-se dizer que há fidedignidade do instrumento validado.

**Quadro 4:** Definições dos constructos formados. Cabo Verde - 2017.

<b>Constructo</b>	<b>Definição do constructo</b>
Físico	Percepção do indivíduo sobre a sua condição física, concretamente a capacidade funcional (força, resistência, equilíbrio e flexibilidade) <sup>(14)</sup> .
Ambiente	Percepção do indivíduo sobre o ambiente onde vive, principalmente sobre os aspectos da prevenção de queda, da

	interação social, do envolvimento em atividades, da independência e segurança, e do bem-estar psicológico <sup>(15-16)</sup> .
Relações Sociais	Percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados para a vida <sup>(16-17)</sup> .
Sexualidade	Percepção do indivíduo sobre o sexo, a identidade sexual e as relações de gênero, o prazer, a intimidade e a reprodução <sup>(18-19)</sup> .

**Tabela 1:** Análise fatorial exploratória (rotação Varimax). Cabo Verde - 2017.

<b>Indicadores</b>	<b>Carga Fatorial</b>	<b>D-I</b>	<b>D-II</b>	<b>D-III</b>	<b>D-IV</b>
<b>Domínio I-Físico</b>					
<b>Q3</b> Até que ponto acha que a dor física lhe impede de fazer coisas necessárias?	,604	<b>,573</b>	,441	,229	,167
<b>Q10</b> Tens energia suficiente para o dia-a-dia?	,550	<b>,704</b>	-,231	,037	,000
<b>Q15</b> Como avaliaria a sua mobilidade?	,604	<b>,688</b>	-,325	,110	,110
<b>Q17</b> Quão satisfeito está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diária?	,657	<b>,786</b>	-,134	-,022	,147
<b>Q18</b> Quão satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?	,660	<b>,692</b>	-,286	,062	,308
<b>Q19</b> Quão satisfeito está consigo mesmo?	,563	<b>,728</b>	,095	-,046	,149
<b>Q20</b> Quão satisfeito está com suas relações pessoais?	,523	<b>,558</b>	,374	,070	,259
<b>Q23</b> Quão satisfeito está com as condições do local onde reside?	,528	<b>,426</b>	,401	-,365	-,228
<b>Q25</b> Quão satisfeito está com o meio de transporte?	,564	<b>,529</b>	,374	-,378	,041

---

<b>Domínio II-Ambiente</b>					
<b>Q4</b> Em que medida precisaria de um tratamento médico no seu dia-a-dia?	,614	-,485	<b>,506</b>	,184	,298
<b>Q24</b> Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde?	,687	,449	<b>,459</b>	-,411	-,326
<b>Domínio III-Relações Sociais</b>					
<b>Q5</b> Em que medida se diverte em sua vida?	,777	,419	,204	<b>,572</b>	-,482
<b>Q14</b> Até que ponto tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	,726	,537	,186	<b>,561</b>	-,297
<b>Domínio IV-Sexualidade</b>					
<b>Q21</b> Quão satisfeito está com a sua vida sexual?	,568	,365	,412	,238	<b>,456</b>
%da variância explica (61,597%)		33,793	11,539	8,958	7,303
Alfa de cronbach (0,72)					
KMO medida adequada a amostra (KMO=0,854)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 1730,873					

---

**Fonte:** Resultados da pesquisa.

A Tabela 2 descreve os valores do alfa de *Cronbach* referentes aos domínios do instrumento, bem como as duas questões que avaliam a percepção global da qualidade de vida dos idosos na versão cabo-verdiana, evidenciando a fidedignidade da versão adaptada.

**Tabela 2:** Demonstrativo dos alfas de Cronbach dos constructos da EQV-CV adaptada e as questões gerais, Cabo Verde, 2017.

<b>Constructos</b>	<b>Alfa de Cronbach – Versão adaptada</b>
Questão Geral 1	0,73
Questão Geral 2	0,73
Domínio I-Físico	0,67
Domínio II-Ambiente	0,71
Domínio III-Relações Sociais	0,67
Domínio IV-Sexualidade	0,68
<b>Instrumento</b>	<b>0,70</b>

**Fonte:** Resultados da pesquisa.

## **Discussão**

A validação da versão em português do instrumento apresenta-se como um importante recurso na avaliação da qualidade de vida das pessoas no contexto cabo-verdiano. Os resultados apresentados, a aplicação da EQV-CV em idosos em Cabo Verde apresentou quatro constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, apresentam algumas diferenças dos resultados obtidos no estudo de validação do instrumento original.

No entanto, levando-se em consideração a fundamentação teórica da qualidade de vida, o instrumento validado nesta pesquisa apresentou conexão teórica, evidenciando quatro dimensões. Salientando ainda, que essa versão é a primeira realizada para o contexto cabo-verdiano, de modo que não foram encontradas na literatura nacional com outras versões.

No instrumento original WHOQOL-Bref, foram validadas 24 questões relativas a cada uma das 24 facetas específicas organizadas em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. No instrumento validado para o contexto cabo-verdiano, foram validadas 14 questões em quatro constructos: físico, ambiente, relações sociais e sexualidade. As diferenças

entre os estudos evidenciam as diferenças do ambiente e cultura, demonstrando que a percepção da qualidade de vida pode variar em diferentes contextos.

Em relação aos constructos, o primeiro constructo da EQV-CV, *Domínio Físico* difere em vários itens da escala original, sendo que na escala original este constructo é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18) enquanto a versão adaptada é constituída por 9 itens (Q3, Q10, Q15, Q17, Q18, Q19, Q20, Q23, Q25), tendo algumas questões do domínio psicológico da versão original agrupadas nesse constructo. No entanto, uma das hipóteses para a diferença estrutural dos domínios entre nossos resultados e a escala original é justamente a diferença das características da amostra do presente estudo em relação ao grupo de amostras utilizadas para a elaboração do instrumento, lembrando que a escala WHOQOL-Bref foi elaborada para a população adulta no geral. A OMS utilizou amostras para criação e validação do questionário, de no mínimo 300 pessoas adultas, considerando sujeitos acima do 18 anos, sendo que 250 delas devem ser utentes (adultos doentes) e 50 consideradas “normais” /saudáveis. Do grupo formado por pacientes /doentes, metade deve ser do sexo masculino, ter mais de 45 anos, e metade dos utentes deve provir dos hospitais e a outra metade de ambulatórios<sup>(20-21)</sup>.

Quando consideramos as características de cada população, podemos logo entender que pelo fato da nossa amostra ser constituída apenas por sujeitos idosos, muitas diferenças de cunho biopsicossocial acabam por ser evidenciadas.

Relativamente aos itens 16, 17 e 18, verificamos que estas avaliavam os aspectos físicos na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos psicológicos. Enquanto o item 16, “Quão satisfeito (a) está com o seu sono?”, foi eliminada na extração pela baixa carga fatorial, embora a literatura defende que dormir é uma função básica, essencial ao bom funcionamento dos seres vivos<sup>(22)</sup>, o sono de idosos difere do de adultos jovens, principalmente por uma tendência a um maior número de interrupções e a uma discreta diminuição da profundidade do sono, tornando-se um dos problemas na velhice<sup>(23)</sup>.

Ainda neste domínio, na nossa versão, agregaram os itens 19, 20, 23, 25, sendo que o item 19 “Quão satisfeito está consigo mesmo?” fazia parte do domínio psicológico no WHOQOL-Bref original. Pode-se relacionar que a deterioração física leva à depreciação de algumas variáveis psicológicas, como a diminuição da autoestima, insatisfação com a vida, entre outras, acarretando

problemas nos domínios físico e psicológico. O item 20 "Quão satisfeito está com suas relações pessoais?", na versão original faz parte do domínio relações sociais. Importante salientar que o conceito social de velhice é construído, predominantemente, pela contraposição à identidade do jovem, principalmente a condição física e não é raro encontrar, nos discursos dos idosos, depoimentos que transmitem a insatisfação com sua condição atual, quando eles se reportam à condição de jovem com bastante saudosismo <sup>(24)</sup>.

Os itens 23 e 25 referem-se às seguintes questões: "Quão satisfeito está com as condições do local onde reside?" e 25 "Quão satisfeito está com o meio de transporte?". A versão original avaliava os aspectos ambientais e em nossa amostra avaliou aspectos físicos, embora são os itens com a menor carga fatorial. Já no estudo <sup>(25)</sup>, esta diferença foi entre os domínios ambiental e psicológico, pois relataram que durante o processo de adaptação do WHOQOL-100 para versão abreviada (WHOQOL-Bref), tiveram problemas na correlação de itens que pertenciam ao domínio ambiental, porque apresentaram cargas fatoriais mais elevadas no domínio psicológico.

Essa questão parece ser pertinente em avaliar os aspectos físicos que envolvem os idosos, uma vez que a palavra "condições" não remete a interpretação apenas do aspecto material (pavimentação da rua ou, por exemplo, estrutura arquitetónica da casa ou lar em que residem), mas também é associado à condição física da pessoa. Aqui podemos pensar nos fatores físicos no entorno do local de residência, e talvez o mais fácil de exemplificar seja a mobilidade.

O segundo constructo *Domínio Ambiente*, na versão original é constituído por oito itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25) e na nossa adaptação, depois da análise fatorial, ficou associado a dois itens (Q4 E Q24), salientando que são referentes aos serviços de saúde.

No item quatro "Em que medida precisaria de um tratamento médico no seu dia-a-dia?", na versão original faz parte do domínio físico e na nossa amostra constitui o domínio ambiental.

No item 24 têm-se: "Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde?". Em Cabo Verde, o sistema de saúde é acessível à maioria da população, principalmente na cidade capital, diferente de outros países, como os do continente americano, o serviço de saúde pode acabar por não ser visto somente como algo material, ou referente ao ambiente, mas sim como algo que traz um conforto psicológico. Isso pode ocorrer devido aos idosos perceberem que o período da vida em que se encontram é marcado pelo agravo da deterioração física e que por consequência, na

maioria das vezes, leva ao surgimento ou aumento de doenças. Assim, ter um bom sistema de saúde e facilidade de utilizá-lo, pode levar a uma sensação de “tranquilidade” referente ao futuro ou de não precisar se preocupar se ao final da vida poderá ficar sem assistência médica, um fator a menos de estresse sobre o próprio futuro. Pois o conceito qualidade de vida implica a satisfação de diversas necessidades, primárias e secundárias, e é dependente da interação do comportamento individual e social nos diversos contextos <sup>(26-27)</sup>.

O constructo *Relações Sociais* compreende itens relacionados ao lazer, os quais podem ser considerados muito importantes para a saúde psicológica dos idosos. Na escala original, esse domínio é constituído por três itens (Q20, Q21, Q22) e na nossa versão é constituído por 2 itens (Q5, Q14), sendo que nenhum dos itens do domínio social da escala original faz parte do domínio social da nossa versão. Destaca-se que esses dois itens apresentaram maiores cargas fatoriais, sendo o item cinco com uma carga fatorial de (0,77) e o item 14 (0,72).

Quanto ao item 20: “Quão satisfeito está com suas relações pessoais?”, que na escala original fazia parte do domínio social, na nossa amostra ficou no domínio físico. O item 21 “Quão satisfeito está com a sua vida sexual?” emergiu com um novo construto, a sexualidade, que se sabe é um aspecto muito importante na vida dos idosos, mas tratado com muito tabu pela sociedade. O item 22 “Quão satisfeito está com o apoio que recebe dos seus amigos?” foi extraído durante a análise fatorial pela baixa carga.

O item cinco “Em que medida se diverte em sua vida?”, na escala original faz parte do domínio psicológico e na nossa versão faz parte de relações sociais. Compreende-se como pertinente, pois o lazer tem o poder de aproximar as pessoas, tornando-o intimamente ligado aos aspectos sociais, uma vez que tem uma importante função na tentativa de fazer com que o indivíduo se desligue temporariamente de suas obrigações <sup>(28)</sup>.

O item 14 “Até que ponto tem oportunidade para realizar atividades de lazer?”, na escala original fazia parte do domínio ambiente, na nossa versão faz parte do domínio relações sociais. Sendo que a função do lazer emerge nos discursos da atualidade enquanto uma forma de compensação a alguns problemas sociais, tais como excesso de trabalho, estresse, falta de atividade física, falta de tempo para o relacionamento com familiares e amigos, entre outros.

Para os idosos, o lazer é fenômeno social, pois coincide em muitos casos com a aposentadoria, em que poderiam usufruir do lazer visto como um conjunto de ocupações as quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações profissionais, familiares e sociais <sup>(28-29)</sup>.

Em relação ao último constructo *Domínio Sexualidade*, é constituído pelo item 21 "Quão satisfeito está com a sua vida sexual?" evidencia a importância que os idosos cabo-verdianos dão aos aspectos da sexualidade, sendo que enfatizá-lo é dar visibilidade ao idoso e conduzi-lo para o lugar de sujeito desejante <sup>(19-30)</sup>.

O item 21 na escala original faz parte do domínio relações sociais, na nossa amostra surgiu como um novo constructo, a sexualidade. No entanto, apesar dos esforços da Geriatria e da Gerontologia para tentar desmistificar a sexualidade do idoso, o imaginário coletivo sobre essa temática ainda está carregado de mitos e ideias errôneas. Entretanto, sabe-se que as vivências sexuais são uma realidade cotidiana para os idosos, que envolvem sentimentos e emoções que lhes proporcionam satisfação física e mental <sup>(31)</sup>.

Ainda no modelo preconizado pela Organização Mundial de Saúde <sup>(32)</sup>, a concepção de sexualidade é entendido em seu sentido amplo, que não envolve apenas o fisiológico, posto que é compreendida como um elemento que dá sentido e significado à existência humana. Corresponde a uma função vital do ser humano, na qual intervêm múltiplos fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais transmitidos de geração em geração <sup>(33-34)</sup>.

Com relação à confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original <sup>(8)</sup>, garantindo dessa forma a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores. Dos quatro domínios, o domínio físico conseguiu explicar a maioria dos itens da escala (9 itens). O alfa de *Cronbach* da EQV-CV apresentou valor 0,72, enquanto os coeficientes dos quatro constructos situaram-se entre 0,67 a 0,71. Esse resultado se assemelha ao do WHOQOL-Bref

adaptado para português em Portugal, em que o alfa de *Cronbach* do instrumento variou de 0.64 e 0.87 para os quatro constructos, representando alta consistência interna entre as respostas <sup>(35)</sup>.

## **Conclusão**

Os resultados encontrados evidenciam que a Escala de Qualidade de Vida - versão cabo-verdiana se constitui em um instrumento válido e confiável para avaliação da qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos, contribuindo para orientar os cuidados de saúde do idoso e fornecer bases para a pesquisa nessa área.

Considerando que na realidade cabo-verdianas não existiam, até o presente momento, instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida dos idosos, esse estudo apresenta-se como uma importante tecnologia de informação contribuindo para o processo de ampliação dos saberes referente a essa temática. Podendo ajudar a classe de enfermagem nos cuidados aos idosos uma vez que os enfermeiros é um dos principais cuidadores dos idosos e das suas famílias.

Foi possível identificar os quatro constructos que explicam qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano: domínio físico, ambiente, relações sociais e sexualidade. Assim, a validação da versão em português do instrumento apresenta-se como mais um recurso a ser disponibilizado aos pesquisadores que objetivam melhor compreender a qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano.

Como limitação desse estudo, destaca-se a ausência da Escala de Qualidade de Vida adaptada e validada para outros países africanos, o que impossibilitou o estabelecimento de maiores comparações. Por fim, sugere-se a aplicação do instrumento adaptado nesta pesquisa em outras faixas etárias da população cabo-verdiana, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a qualidade de vida dos cabo-verdianos nos diferentes grupos etários.

## **Referências**

1. Fundo de população das nações unidas (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio., New York e pela Help Age International, Londres. (2012)  
Disponível

em <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/PortugueseExec-Summary.pdf>. Acessado em: 05/05/2016

2. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Anuário estatístico. Editor: Instituto Nacional de Estatística, Av Cidade de Lisboa, nº 18, Praia- Cabo Verde.2015
3. Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M., Quiceno, J. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe* (2007). (20), 50-75.
4. Kluthcovsky, A., takayanagui, A. Qualidade de vida - aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*, (2007). 1 (1), 13-15.
5. Fleck, M.P.A et al. *Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. *Revista de Saúde Pública*, 33, 2, 198-205 (1999). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
6. Vaz-Serra, A. Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian (pp. 23-53) (2010).
7. Organização Mundial de Saúde. WHO- World Health Organization (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, No 2, 100 p.. United Nations, World Health Organization. Geneve. Interim Comissiom (1947).
8. The Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56 (1994).
9. Bowling A, Lliffe. S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health Quali Life Outcomes*. 9:13.2011;. doi: [10.1186/1477-7525-9-13](https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-13)
10. BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. *Spine*, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000
11. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Relatório Estatístico 2010. Ministério da saúde, república de Cabo Verde (2011).

12. Santos, G.E.O. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la> (2016).
13. Cohn EG, Jia H, Larson E. Evaluation of statistical approaches in quantitative nursing research. *Clin Nurs Res*.18 (3):223-41.(2009).
14. American College of Sports Medicine-ACSM. Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1510-1530, (2009)
15. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment 1998. *Psychol Med*;28:551-8. (1998)
16. Lawton, MP- The Elderly in Context: Perspectives from Environmental Psychology and Gerontology. *Environment and Behavior*, 17, 501-519;1985.
17. Smith, K. W., Avis, N. E., Assmann, S. F. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of life research*, 8 (5), 447-459. (1999).
18. World Health Organization. A wealth of information on global public health [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acesso em 20 jun. 2017]. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO\\_HIS\\_HSI\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf?ua=1)
19. Wylie KR, Wood A, MCMANUS R. Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*; 56(2):223-30 (2013). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2336120>
20. Colbourn, T., Masache, G. Shordis-Worrall, J. Development, reliability and validity of the Chichewa WHOQOL-BREF in adults in Lilongwe, Malawi. *Bio Med Central Research Notes*. 5:346 (2012).
21. Vaz-Serra et al. Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:2, pp. 31-40 (2006).
22. Cohen DA, Wang W, Wyatt JK, et al. Uncovering residual effects of chronic sleep loss on human performance. *Sci Transl Med* 2010;2:14ra3

23. Malmberg B, Kecklund G, Karlson B, Persson R, Flisberg P, Orbaek P. Sleep and recovery in physicians on night call: a longitudinal field study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:239.
24. Almeida, L.A., Patriota, L.M. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades – Campina Grande /PB. *Qualit@s Revista Eletrônica*, 8 (1), 1-20 (2009).
25. Fleck, M PA et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* [online]. Vol.34, n.2, pp. 178-18 (2000).
26. Campolina, A. G., Ciconelli, R. M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 19(2), 128-136 (2006).
27. Coutinho, M.P.L; Franken, I. Qualidade de vida no serviço público de saúde: as representações sociais de profissionais da saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29.3 (2009).
28. Dumazedier, J. Lazer e cultura popular – 3 a ed. – São Paulo: Perspectiva, 2001.
29. World Health Organization, Department of Mental Health. The World Health Organization Quality of Life [Internet]. Genebra: WHO; 2012. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/publications/whoqol/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/)
30. Silva LAN, Oliveira AAV. Idosos, Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa da literatura. *Rev Divulgação Científica Sena Aires*;2(2):197-206 (2013). Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/106/58>
31. Fávero, M.F., Barbosa, S.C.S. Sexualidade na velhice: os conhecimentos e as atitudes dos profissionais de saúde. *Terapia Sexual*, 14 (2), 11-39 (2011).
32. Organização mundial de saúde (2002). Informe Mundial sobre a violência e a saúde sexual. Genebra: OMS.
33. Fernandez, M.L., Paniagua, S.C. La sexualidad em la persona adulta mayor. Em A.C.M. Gonzalez, & M.R. Brenes (Eds.), *Envejece La sexualidade?* Buenos Aires:

- Espacio Editorial. 15- 35. (2007).Mori, G., Silva, L. F. D. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. Motriz: Revista de Educação Física, 950-957. (2010).
34. Da Silva UY., et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 19.6, 939-949 (2016).
35. Vaz-Serra, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*. 27:1, pp.41-49 (2006).

## 4.2 ARTIGO 2

### Domínios que influencia a qualidade de vida dos Idosos no contexto cabo-verdiano/África<sup>4</sup>

*Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo<sup>5</sup>; Marlene Teda Pelzer<sup>6</sup>.*

<sup>5</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv](mailto:deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv)

<sup>6</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [pmarleneteda@yahoo.com.br](mailto:pmarleneteda@yahoo.com.br)

**Objetivo:** avaliar a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos. **Método:** Estudo quantitativo transversal, realizado com 405 idosos cabo-verdianos, mediante aplicação do *The World Health Organization Quality of Life*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e análises de variância (ANOVA). **Resultados:** o domínio relações sociais é o item com maior pontuação do instrumento (Media =3,46), evidenciando que esse fator tem a maior influência na qualidade de vida percebida pelos idosos. O domínio físico apresenta a menor média do instrumento (3,07), os idosos perceberam esse domínio como o que menos contribui na sua qualidade de vida. No domínio relações sociais, os idosos com mais de 75 anos e condição física negativa apresentam maior discrepância. **Conclusão:** Conhecer os domínios que mais influenciam a qualidade de vida dos idosos pode permitir criação de políticas direcionada a esta parcela da população.

**Descritores em português:** Qualidade de vida; Enfermagem; Idoso.

---

<sup>4</sup> Artigo a ser encaminhado à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN). Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm#003>

## Introdução

A longevidade foi o sonho da humanidade há milhares de anos e neste momento pode-se considerar o envelhecimento como uma vitória em muitos países. Embora, o outro lado não seja tão promissor, uma vez que, o curso de envelhecimento traz uma magnitude de problemas sociais e de saúde <sup>(1)</sup>. Ainda, o expressivo incremento da população idosa determina importantes repercussões, pois além de representar a maior taxa de crescimento mundial, leva a uma significativa heterogeneidade do grupo de idosos. Isso corresponde a um aspecto emergente, principalmente nos países em desenvolvimento, com implicações econômicas, sociais e de saúde que impactam nas famílias e nos serviços prestados a esse segmento etário <sup>(2-3)</sup>.

O aumento do número de idosos tem sido abordado mundialmente em diversos contextos, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes. No entanto, os desafios de uma população que vai envelhecendo são mundiais, nacionais e locais e Cabo Verde (CV) não foge à regra mesmo sendo um país bastante jovem, com uma média de idade de 28,01 anos <sup>(4)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou relatório no qual enfatiza a necessidade de mudança nas percepções de saúde e envelhecimento, pontuando, entre outros assuntos, que idade avançada não é sinônimo de dependência <sup>(5)</sup>. Outra afirmativa da OMS trata da necessidade de alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações idosas, de acordo com a realidade de cada país, porém com o objetivo único de maximizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida.

A Qualidade de Vida (QV) tem sido reconhecida como um constructo importante no meio científico. Trata-se de uma avaliação subjetiva, que considera a opinião dos sujeitos aos quais são aplicados instrumentos genéricos e específicos, cujos resultados têm facilitado tomada de decisão em programas e tratamentos na área da saúde, dentre outros. Assim, passa a ser possível identificar situações das vidas das pessoas que podem ser melhoradas ou reforçadas no sentido de melhorar a sua QV.

A OMS definiu saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade” <sup>(6)</sup>. No entanto, repetem-se os

argumentos quando a OMS, através do The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Group, anuncia a qualidade de vida como sendo a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”<sup>(7)</sup>. Portanto, falar de qualidade de vida implica articular com saúde, pois é impossível estudar o processo de envelhecimento sem fazer essa articulação, uma vez que a qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde. Diante do exposto, questiona-se: Qual é a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos? Assim, tem-se como objetivo: avaliar a qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano.

## **Método**

Trata-se de estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em Cabo Verde um país arquipélago localizado na costa ocidental africano, formado por dez ilhas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava). Em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, um acréscimo de 6.336 indivíduos em relação ao ano 2014, numa proporção de 48% homens e 52% mulheres. Em 2015, a esperança de vida para os homens foi de 71,7 anos enquanto para as mulheres, foi de 79,9 anos. A análise por ilha indica que Santiago e São Vicente apresentam maior concentração da população, representando, em 2015, 28,9% e 15,4% do total, respetivamente<sup>(4)</sup>. A população cabo-verdiana na faixa etária de 60 e mais anos ronda os 7% (39.798) em 2015, sendo que a maioria se encontra na faixa etária dos 60 a 64 anos (11203). Recorreu-se a amostragem aleatório simples sobre variáveis categóricas, com um nível confiança de 95%, Erro relativo 5%, a dimensão da amostra calculada foi de 381 idosos, como forma de garantir a amostra foram entregues 500 questionários aos estudantes e enfermeiros das diferentes ilhas, retornando 478, o que representou 95,6% de retorno. Excluíram-se 73 instrumentos por apresentarem-se em branco assim como aqueles dos respondentes com idade inferior a 60 anos, sendo a amostra final constituída por 405 questionários de todo o arquipélago.

A coleta dos dados foi realizada durante os meses de Janeiro à Maio de 2017, por seis estudantes de graduação em Enfermagem previamente treinados na ilha de Santiago e por 15 enfermeiros treinados, residentes das diferentes ilhas do arquipélago, às instituições sociais e de

saúde de Cabo Verde foram um ponto de referência para chegar a população. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (WHOQOL-Bref) <sup>(8)</sup>.

O instrumento é constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à percepção geral de QV e à percepção geral da saúde, e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação <sup>(7)</sup>.

O instrumento aplicado apresentava, ainda, uma parte inicial de caracterização da amostra, contendo características sociodemográficas, que pudessem ser significativas para a correlação com a qualidade de vida dos idosos, tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, rendimento económico, número de agregado familiar, grau de parentesco com quem vive, doença atual e o seu tempo, regime terapêutico e consumo de medicação.

Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos por meio de estatística descritiva, mediante a utilização de médias e distribuição de frequência dos constructos e seus indicadores; e análise de variância (ANOVA) entre os diferentes grupos de respondentes, de acordo com características da amostra, para verificar possíveis diferenças significativas. Os dados foram submetidos ao teste de normalidade, verificando-se distribuição normal. Para análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer n. 163/2016). Também foi enviado à Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Cabo Verde, respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, tendo parecer positivo ( Parecer nº 08/2017).

## **Resultados**

Quanto à caracterização sociodemográfica da amostra, dos 405 idosos possuíam uma média de idade de 74 anos, e a maioria pertence ao sexo feminino 58,9%. Relativamente à

habilitação literária 223 (51,1%) não sabem ler e nem escrever, 67 (16,5%) sabe ler e escrever, 97 (24%) ensino primário, 11 (2,7%) ensino secundário e 7 (1,7%) ensino superior. A maioria dos idosos são casados (39,8%), seguidos dos solteiros (28,9%), viúvo (26,7%) e uma minoria são separados (0,7%). Quanto a ocupação 349 idosos (86,2%) não tinham nenhuma ocupação laboral. Dos 13,8 % que se encontrava com atividade laboral a maioria 15 (3,7%) é agricultor, vendedor (a) 12 (3,0%), comerciante 7 (1,7%). Constatou-se que 288 (71,1%) tem benefício social e 117 (28,9%) não são beneficiários. Quanto ao número de agregado familiar, a média é de quatro pessoas por família, a maioria dos idosos vive com os filhos (46,2%), Esposa (o) /Companheira (o) (30,4%), netos (8,1%), sozinhos (7,7%). Verificou-se que 278 68,6% têm atualmente alguma doença e 127 (31,4 %) não tem nenhuma doença, a maioria sofre de hipertensão arterial 130 (32,2) e o tempo medio com patologia é de 90 meses. Relativamente a toma de medicação 286 (70,6) usa medicamentos e 119 (29,4) não usa. Avaliaram a sua condição física 281 (69,3) negativa e 124 (30,7) como positiva.

Os resultados obtidos pela análise descritiva (Tabela 3) permitiram identificar que o domínio relações sociais apresentou a maior média do instrumento (3,46), evidenciando que esse domínio foi percebido pelos idosos como o maior contribuinte para a sua qualidade de vida. Assinalando, que a questão que compõe o domínio em questão, também apresentou a maior média entre as variáveis do instrumento: questão 20 “Quão satisfeito estás com suas relações pessoais?” apresentou a maior média do domínio (3,89) e evidenciou o menor desvio padrão (0,77).

O domínio psicológico apresentou a segunda maior média do instrumento (3,37) e apresenta a questão 26 “Quantas vezes você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?” com a menor média das variáveis do instrumento (2,58). De seguida do domínio Ambiente com média de 3,25.

A variável dependente qualidade de vida, representada pela questão 1, apresentou média de resposta de (3,18), indicando que os idosos pesquisados percebem a sua qualidade de vida como razoável.

O domínio físico apresentou a menor média do instrumento (3,07), demonstrando que esse domínio foi percebido pelos idosos como o que menos contribui para a sua qualidade de vida

isto é contribui de forma negativa na sua QV. Não obstante, a questão “Quão satisfeito está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diária? com maior média (3,28) e “Tens energia suficiente para o dia-a-dia?” com menor média de (3,11).

**Tabela 3:** Média de Qualidade de vida percebidos pelos idosos cabo-verdianos, Cabo Verde - 2017.

	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio padrão</b>
<b>Domínio I- Físico</b>	<b>405</b>	<b>3,07</b>	<b>5,270</b>
<b>Q3</b> Até que ponto acha que a dor física lhe impede de fazer coisas necessárias?	405	2,95	1,108
<b>Q4</b> Em que medida precisaria de um tratamento medico no seu dia-a-dia?	405	3,18	1,014
<b>Q10</b> Tens energia suficiente para o dia-a-dia?	405	3,11	,863
<b>Q15</b> Como avaliaria a sua mobilidade?	405	3,23	1,086
<b>Q16</b> Quão satisfeito está com o seu sono?	405	3,18	1,093
<b>Q17</b> Quão satisfeito está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diaria?	405	3,28	1,000
<b>Q18</b> Quão satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?	405	3,22	1,095
<b>Domínio II-Psicológico</b>	<b>405</b>	<b>3,37</b>	<b>3,822</b>
<b>Q5</b> Em que medida divertes em sua vida?	405	2,87	,989
<b>Q6</b> Até que ponto achas que a sua vida tem sentido?	405	3,74	,800
<b>Q7</b> Quão bem é capaz de consentrar-se?	405	3,33	,927
<b>Q11</b> É capaz de aceitar a sua aparencia física?	405	3,62	,883
<b>Q19</b> Quão satisfeito estas consigo mesmo?	405	3,74	,874
<b>Q26</b> Quantas vezes você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	405	2,58	,993
<b>Domínio III-Relações sociais</b>	<b>405</b>	<b>3,46</b>	<b>2,220</b>

<b>Q20</b> Quão satisfeito está com suas relações pessoais?	405	3,89	,777
<b>Q21</b> Quão satisfeito está com a sua vida sexual?	405	3,34	1,242
<b>Q22</b> Quão satisfeito está com o apoio que recibes dos seus amigos?	405	3,68	,959
<b>Domínio IV- Ambiente</b>	<b>405</b>	<b>3,25</b>	<b>11,052</b>
<b>Q8</b> Quão seguro sente-se na sua vida?	405	3,34	,839
<b>Q9</b> Quão saudável é o ambiente físico que te rodeia?	405	3,38	,889
<b>Q12</b> Tem dinheiro suficiente para satisfação pessoal?	405	2,59	,890
<b>Q13</b> Quão disponível estão as informações que precisas para o seu dia-a-dia?	405	3,09	,899
<b>Q14</b> Até que ponto tens oportunidades para realizar atividades de lazer?	405	2,89	,981
<b>Q23</b> Quão satisfeito estás com as condições do local onde reside?	405	3,57	1,029
<b>Q24</b> Quão satisfeito estás com o acesso aos serviços de saúde?	405	3,59	,936
<b>Q25</b> Quão satisfeito estás com o meio de transporte?	405	3,39	,936

---

**Fonte:** Resultados da pesquisa.

A análise realizada através do ANOVA (Tabela 4) permitiu analisar a existência de possíveis diferenças nas médias dos domínios da qualidade de vida dos idosos, considerando suas características sociodemográficas, econômicas e clínicas. Foram verificadas diferenças significativas quanto às variáveis idade, ocupação, pensionista, presença de doença, consumo de medicação e condições físicas, todos no domínio físico.

Os idosos com mais de 75 anos, que não tem ocupação, que tem doença, que são pensionistas, usuários de medicamentos e que avaliam a sua condição física como negativa, evidenciaram maior discordância em relação às implicações físicas na sua qualidade de vida. Também foram identificadas diferenças significativas entre a variável ocupação, presença de doença e condição física no domínio psicológico, constatando que os idosos que não tem uma

ocupação, que tem doença e que avaliam a sua condição física negativa, apresentam maior discrepância em relação ao domínio psicológico.

No domínio relações sociais, os idosos com mais de 75 anos e condição física negativa apresentam maior discrepância no domínio relações sociais. O domínio ambiente, as variáveis doenças e condições físicas são estatisticamente significante para esse domínio, aqueles com doença e condição física negativa apresentam maior discrepância nesse domínio.

**Tabela 4:** Relações entre as características da amostra e os domínios da QV – Cabo Verde, 2017 (Anova).

	n	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente	
		m	p	m	p	m	p	m	p
<b>Sexo</b>			,245		,746		,883		,392
Feminino	163	21,88		20,15		10,39		26,55	
Masculino	242	21,26		20,27		10,36		25,59	
<b>Idade</b>			<b>,000*</b>		,075		,071		,421
<=75	225	22,32		20,52		10,55		26,37	
>75	180	20,49		19,84		10,15		25,48	
<b>Ocupação</b>			<b>,001*</b>		,137		,172		,803
Sim	58	23,59		20,91		10,74		25,64	
Não	347	21,16		20,11		10,31		26,03	
<b>Pensionista</b>			<b>,007*</b>		,096		,339		,679
Sim	288	21,06		20,02		10,31		26,12	
Não	117	22,61		20,72		10,54		25,62	
<b>Agregado Familiar</b>			,694		,610		,510		,317
<=4	240	21,59		20,14		10,31		25,52	
>4	165	21,38		20,34		10,46		26,64	
<b>Doença</b>			<b>,000*</b>		<b>,000*</b>		,167		<b>,005*</b>

Sim	278	20,33	19,76	10,27	24,94	
Não	127	24,09	21,24	10,60	28,24	
<b>Tempo doença (meses)</b>			,715	,311	,422	,557
<=90	173	20,42	19,94	10,18	25,08	
>90	105	20,18	19,45	10,41	24,71	
<b>Medicação</b>			<b>,000*</b>	<b>,023*</b>	,602	,118
Sim	286	20,69	19,94	10,34	25,42	
Não	119	23,48	20,89	10,46	27,30	
<b>Condição física</b>			<b>,000*</b>	<b>,000*</b>	<b>,000*</b>	<b>,000*</b>
Negativa	281	19,76	19,33	10,20	24,50	
Positiva	124	25,47	22,23	10,76	29,31	

\*significação ao nível de 5%

## Discussão

Entre os idosos desta pesquisa, há predominância do sexo feminino <sup>(4)</sup>. Uma realidade de muitos estudos realizados com essa parcela da população <sup>(9)</sup>. Percebe-se que as mulheres são mais preocupadas com a saúde e a adoção de hábitos de vida saudáveis, apresentando interesse crescente na promoção da saúde e em comparação com homens <sup>(10)</sup>. Isso demonstra, portanto, a necessidade de programar ações voltadas para as pessoas com intuito de procurar proteger e promover a saúde desses indivíduos <sup>(11)</sup>.

A maioria dos idosos apresentou níveis baixos tanto de escolaridade quanto de desenvolvimento econômico. Situações comumente associadas e presentes na vida dos cabo-verdianos <sup>(4-12)</sup>. Ainda pode ser justificado pelo fato de Cabo Verde ser um país que se tornou independente há apenas 42 anos, assim não tinha um projeto de educação que permitisse que as pessoas estudassem. É importante salientar que a escolaridade favorece a adoção de hábitos de vida que protegem a saúde dos idosos e conseqüentemente, influencia a qualidade de vida <sup>(9-13)</sup>.

Os resultados da qualidade de vida (QV) dos idosos no contexto cabo-verdiano permitiu evidenciar que o domínio relações sociais é o constructo que obteve a maior média do

instrumento, salientando (evidenciando) que as relações sociais é o fator que influencia de forma mais intensa a qualidade de vida percebida pelos idosos cabo-verdianos. O conceito de QV reflete uma visão e avaliação inseridas num contexto cultural, social e ambiental específico, estes dados demonstraram o quanto as relações sociais estão associados à qualidade de vida dessas pessoas, que vai ao encontro com os resultados encontrados em estudos realizados em Portugal e Brasil que o domínio relações sociais obteve maior média do instrumento <sup>(14 15,16)</sup>. Ainda, salientamos que a questão 20 “Quão satisfeito estás com suas relações pessoais?” apresentou a maior média do instrumento e faz parte desse domínio. Resultados semelhantes foram observados em outro estudo, que também utilizou o WHOQOL-bref na avaliação de QV em idosos, e os melhores escores dos domínios, de forma decrescente, foram: “relações sociais”, seguido do “psicológico”, “físico” e, por último, “meio ambiente” <sup>(17)</sup>.

Considera-se que o domínio “relações sociais” está relacionado à satisfação do idoso com suas relações pessoais (amigos e familiares), ao suporte e apoio recebido e sua atividade sexual, outros estudos também evidenciaram melhor QV neste domínio <sup>(16,17,18)</sup>. Uma boa QV na velhice ultrapassa o indivíduo biológico, psicológico e social, e resulta da interação entre pessoas vivendo em sociedade e das suas relações individuais e comunitárias <sup>(19)</sup>. Uma velhice saudável está relacionada aos laços afetivos satisfatórios, à tolerância ao estresse, à espontaneidade, ao otimismo, à capacidade de atualizar-se e aos sentimentos de segurança e auto-estima <sup>(20)</sup>.

Estudos compararam a qualidade de vida de idosos canadenses com os idosos brasileiros, utilizando o instrumento WHOQOL-BREF. Os idosos dos dois países tinham percepção positiva acerca da qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados entre os idosos brasileiros foram o das “relações sociais” e o “psicológico, entre os idosos canadenses, o “meio ambiente” e “físico”, sendo que os resultados dos brasileiros vão de encontro com o nosso <sup>(21)</sup>.

O domínio psicológico apresentou a segunda maior média do instrumento, demonstrando que depois dos fatores relações sociais é o constructo que os idosos cabo-verdianos percebem como que mais contribui para a sua qualidade de vida, sendo que este domínio tem a questão com a menor média das variáveis do instrumento. Em Portugal em dois estudos que utilizaram o WHOQOL-BREF, para avaliar a qualidade de vida de idosos, estes avaliaram positivamente a

qualidade de vida. Os domínios melhor avaliados foram o das “relações sociais” e o “psicológico”, indo de encontro com os nossos resultados <sup>(22-23)</sup>.

A inserção social minimiza os efeitos das transformações decorrentes do envelhecimento e um bom relacionamento social é um dos principais determinantes da satisfação com a qualidade de vida, referem melhoria da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentaram uma rede de suporte social intensa <sup>(24,25,26)</sup>. É de ressaltar que resultados podem ter sido influenciados pelo fator cultural, pois o povo cabo-verdiano ainda tem muito enraizado o cuidar dos mais velhos como uma obrigação moral de todos, pelo respeito e contributo que eles deram durante o seu percurso de vida. Ainda o apoio social é referenciado como fator preditor para uma melhor qualidade de vida, sendo que os contatos sociais, afetos positivos e intercâmbios sociais são descritos como fatores preditivos de satisfação com a vida <sup>(9)</sup>.

Os domínios relações sociais, psicológico e Ambiente, constituem-se como fatores determinantes na qualidade de vida, pois uma diminuição da participação social detém um impacto negativo a nível social e individual, conduzindo a um conseqüente decréscimo na satisfação consigo próprio e com a vida, o que influencia negativamente a qualidade de vida <sup>(27)</sup>.

Já em relação ao domínio físico, foi possível evidenciar que os idosos perceberam como o fator que menos contribui para a sua qualidade de vida, pois obteve a menor média do instrumento. Podemos inferir que os idosos deste estudo não estão satisfeitos com as suas condições físicas, tendo em conta que à medida que a pessoa vai envelhecendo, acentuam-se perdas biológicas, alteram-se padrões metabólicos, ocorrem perdas progressivas na memória, na cognição e na comunicação, que podem ser agravados por problemas orgânicos e psicológicos <sup>(28)</sup>.

Porém os idosos que têm autonomia e podem executar satisfatoriamente suas atividades do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadão, podem perceber a sua saúde como boa, mesmo sendo portadores de condições crônicas de saúde, isso por que idosos têm como parâmetros de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados <sup>(29)</sup>.

Em alguns estudos realizados evidenciou-se que os idosos relacionam a sua qualidade de vida muito ao aspecto físico, principalmente relacionado a dificuldades de locomoção e com sua

incapacidade para o trabalho, tornando as condições físicas como determinantes na qualidade de vida do idoso <sup>(10-30)</sup>. Mas também, o conceito de qualidade de vida física, atribuído aos idosos muitas vezes está relacionado ao trabalho, sendo este considerado como um aspecto importante, focada na energia e no trabalho, pois depende de condições necessárias para obtê-la, como possibilidade do indivíduo ter capacidade física <sup>(31)</sup>. Dessa maneira, a saúde dos idosos torna-se intimamente ligada à independência funcional, que é medida através de avaliações funcionais <sup>(30)</sup>.

Foram verificadas diferenças significativas entre o domínio físico e as seguintes variáveis: Idade, ocupação, pensionista, presença de doença, toma de medicação e condições físicas, todos no domínio físico. Demonstrando que, os idosos com mais de 75 anos, pensionistas, que estão doentes atualmente e tomam medicação, evidenciaram maior discordância em relação às implicações físicas na sua qualidade de vida bem como os idosos que avaliaram a sua condição física de forma negativa. Assim, torna-se importante salientar que à medida que a pessoa vai envelhecendo, acentuam-se perdas biológicas, alteram-se padrões metabólicos, ocorrem perdas progressivas na memória, na cognição e na comunicação, que podem ser agravados por problemas orgânicos e psicológicos <sup>(28)</sup>.

Também foram encontradas diferenças significativas entre o domínio psicológico e os idosos que não tem nenhuma ocupação, que atualmente estão doentes e avaliam a sua condição física negativa, apresentando maior discrepância em relação a esse domínio. Destacando que o domínio ambiente é traduzido através do binômio presença e disponibilidade de elementos facilitadores versus barreiras <sup>(32)</sup>. Nesse sentido, infelizmente em Cabo Verde não existem ainda políticas direcionadas ao idoso, de forma a salvaguardar os seus direitos para uma vida com mais qualidade .

A semelhança dos nossos resultados o conceito de QV psicológica permeia diversas dimensões globais, sem significar ausência de problemas, presença ou não de enfermidades, dependência ou não na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Os elementos significativos neste conceito são representados por imagem corporal e aparência, autoestima e pensamento, aprendizagem, memória e concentração. Ainda a percepção dos idosos do conceito da qualidade de vida ambiental, evidenciaram fortemente o fato de ter conforto e acessibilidade ao serviço de saúde <sup>(31)</sup>.

No domínio relações sociais, os idosos com maior que 75 anos e condição física negativa apresentam maior discrepância no domínio relações sociais. O domínio ambiente, as variáveis doenças e condições físicas é estatisticamente significativa para esse domínio, as que tem doença e condição física negativa apresentam maior discrepância nesse domínio. Pois, o apoio social é referenciado como fator preditor para melhor QV. Simboliza o fato de a pessoa idosa possuir satisfação com a sua vida, apesar da presença da doença, porque se fundamenta na relação pessoal, familiar e social estabelecida por ela em seu contexto, construído ao longo de sua história. Fica evidenciada, assim, a importância da proximidade da família, o que contribui para o enfrentamento das adversidades cotidianas <sup>(17-31)</sup>.

## **Conclusões**

Este estudo permitiu conhecer os domínios que exercem mais influência na qualidade de vida dos idosos nesse contexto de acordo com o instrumento, verificou-se que o domínio relações sociais é o que mais contribui para a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos e o domínio físico é o que mais contribui negativamente.

O instrumento de avaliação da qualidade de vida será importante para orientar programas de promoção da qualidade de vida, criação de políticas e comparar a qualidade de vida de indivíduos em Cabo Verde, tendo em conta os diferentes elementos que influenciam a qualidade de vida, principalmente num país que programas e políticas direcionados aos idosos é inexistente pode subsidiar políticas de saúde, de forma a encontrar meios para incorporar os idosos à sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias a fim de se alcançar, de forma justa e democrática, a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para os idosos com objetivo da melhoria da sua qualidade de vida.

A percepção de qualidade de vida deve ser considerada um indicador de excelência ao nível da prestação de cuidados de saúde especialmente no que respeita à tomada de decisão. Só inquirindo os principais beneficiários deste contexto, é possível avaliar a qualidade dos cuidados, facto que vem reforçar a sua utilização de forma sistematizada na prática dos mesmos.

## Referências

1. Cevizci.S. Uluocak.S, Aslan.C, Gökulu.G, Bilir.O, Bakar.C. Prevalence off alls and associated risk factors among aged population: community based cross-sectional study from turkey, Cent Eur J Public Health 2015; 23 (3): 233–239
2. Porciúncula, R.C.R.; Carvalho, E.F.; Barreto, K.M.L.; Leite, V.M.M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014, v. 17, n. 2, p. 315-325.
3. Pereira, L., Lenardt, M., Michel, T., Carneiro, N., Bento, L.. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde [Profiling health and disease in oldest-old primary health care users]. **Revista Enfermagem UERJ**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 2015. 23, nov. Disponível em: <[http://www.e-publicacoes\\_teste.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5069](http://www.e-publicacoes_teste.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5069)>. Acesso em: 15 Out. 2017.
4. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (2015). *Anuário estatístico*. Editor: Instituto Nacional de Estatística, Av Cidade de Lisboa, nº 18, Praia- Cabo Verde
5. World Health Organization-WHO. Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde. WHO: Geneva, Switzerland (2015).
6. World Health Organization- WHO (1948). Officials Records of the World Health Organization, No 2, 100 p. United Nations, World Health Organization. Geneve. Interim Comission.
7. The Whoqol Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56 (1994).
8. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assesment. Psychol Med 1998;28:551-8. 1998
9. Ferreira Santos, L., Oliveira, C., Almeida, L. M., Barbosa, M. A., Pires Nunes, D., & Brasil, V. V. Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud. *Enfermería Global*, 14(40), 1-11. (2015).

10. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saude Colet*; 17(8):2087-93. . 2012
11. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Cien Saude Colet.*; 18(3):743-52, 2013.
12. Ministério da saúde, República de Cabo Verde. Relatório Estatístico 2010. Praia- Cabo Verde (2011);
13. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idosos. *Ciênc saúde coletiva*; 17(1):123-33, 2012.
14. Braga, et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev APS*;14(1):93-100, 2011.
15. Gutierrez BAO, Auricchio AM, Medina NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. *J Health Sci Inst.* 29 (3): 186-90, 2011.
16. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enferm [Internet]* 2012 [acesso em 31 Ago 2016];21(1):112-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext)
17. Stival, M. M., de Lima, L. R., Funghetto, S. S., Silva, A. O., Pinho, D. L. M., & de Oliveira Karnikowski, M. G. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, 17(2), 395-405, 2014.
18. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality os life in active elderly. *Rev Saúde Pública [Internet]* 2009 [acesso em 30 Ago 2017]; 43(4):613-21. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400007)
19. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL (org). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinário*. Campinas: Alínea, p: 13-59, 2007.

20. Araújo O, Lysia C, Mancussi F.A.C. Condições de saúde e funcionalidade dos idosos do vale Paraíba, São Paulo, Brasil .Enfermería Global, 33, 100-115, 2014.
21. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. Acta Paul. Enferm. 23 (1): 101-107, 2010.
22. Ferreira ALCBMF. A qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próximo e do cuidador [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, Universidade de Lisboa; 2009.
23. Gonçalves RL. Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2010.
24. Da Silva Santos, F., & Júnior, J. L. O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. Id on line Revista de Psicologia, 8(24), 34-55, 2014.
25. Bowling A, Liffé. S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. Health Quali Life Outcomes. 9: 13. Doi: 10.1186/1477-7525-9-13, 2011.
26. Joia CL, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Revista Saúde Pública. 41: 131-8, 2007.
27. Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. S. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? Health and Quality of Life Outcomes, 30(6), 1-11, 2008.
28. Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; 492 p. 2011.
29. Paschoal SMP. Independência e autonomia. In: Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: Elsevier; p.417-31. 2011.
30. Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., Moreira, M. A. S. P. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto Contexto Enferm, 21(3), 513-8, (2012).

31. Meirelles, B. H. S., Arruda, C., Simon, E., Vieira, F. M. A., Cortezi, M. D. V., & Natividade, M. S. L. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica. *Cogitare Enfermagem*, 15 (3), 2010.
32. Fleck, M.P.A. Cols. Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, cap.17, p.178-196, 200

### 4.3 ARTIGO 3

#### **Fatores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde dos idosos cabo-verdianos /África<sup>5</sup>**

*Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo<sup>6</sup>; Marlene Teda Pelzer<sup>7</sup>*

<sup>6</sup> Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande do Sul, Brasil. Docente da Universidade de Cabo Verde. E-mail: [deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv](mailto:deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv)

<sup>7</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do PPGEnf/FURG. Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: [pmarleneteda@yahoo.com.br](mailto:pmarleneteda@yahoo.com.br)

**Correspondência:** Deisa Cabral Semedo  
Universidade de Cabo Verde, FCT, Campus Palmarejo  
279 – Praia, Santiago, Cabo Verde  
E-mail: [deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv](mailto:deisa.semedo@docente.unicv.edu.cv)

#### **Resumo:**

**Objetivo:** identificar os fatores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde (QV) dos idosos cabo-verdianos. **Método:** Estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo e correlacional, com delineamento transversal, realizado com 405 idosos de Cabo Verde, mediante aplicação do *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF)* - versão cabo-verdiana e o questionário de caracterização sociodemográfico, económico e clínico. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** verificou-se que 211 (52,1%) dos indivíduos percebiam a sua qualidade de vida como nem má nem boa. E quanto a satisfação com a sua saúde, 154 (40,7%) idosos sentiam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a saúde. A correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2) com os dados sociodemográficos, económicos e clínicos se mostraram estatisticamente significativos.

---

<sup>5</sup> Artigo a ser encaminhado para a Revista da Escola de Enfermagem da USP, Normas disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reeusp/pinstruc.htm>

**Conclusão:** é importante que os enfermeiros conheçam a qualidade de vida e a satisfação de saúde dos idosos como uma possibilidade de intervir no continuum de vida por meio da execução de um planejamento estratégico baseado nas variáveis que influenciam negativamente sua qualidade de vida.

**Descritores em português:** qualidade de vida; Enfermagem; idosos; saúde.

#### **Abstract**

**Objective:** to identify the factors associated with the perception of the quality of life and health satisfaction (QoL) of the Cape Verdean elderly. **Method:** A descriptive, descriptive and correlational quantitative study with a cross-sectional study conducted with 405 elderly people from Cape Verde using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) - Cape Verdean version and the characterization questionnaire sociodemographic, economic and clinical. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. **Results:** it was verified that 211 (52.1%) of the individuals perceived their quality of life as neither bad nor good. As for satisfaction with their health, 154 (40.7%) elderly people were satisfied or very satisfied with their health. The correlation between the variables quality of life (G1) and satisfaction with health (G2) with sociodemographic, economic and clinical data were statistically significant. **Conclusion:** it is important that nurses know the quality of life and health satisfaction of the elderly as a possibility to intervene in the life continuum through the execution of strategic planning based on the variables that negatively influence their quality of life

**Descriptors:** Quality of life; Nursing; Aged; health.

#### **Resumen**

**Objetivo:** identificar los factores asociados a la percepción de la calidad de vida y satisfacción de salud (QV) de los ancianos caboverdianos. **Método:** Estudio cuantitativo, del tipo exploratorio-descriptivo y correlacional, con delineamiento transversal, realizado con 405 ancianos de Cabo Verde, mediante la aplicación de la World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) - versión caboverdiana y el cuestionario de caracterización sociodemográfico, económico y clínico. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** se verificó que 211 (52, 1%) de los individuos percibían su calidad de vida como ni mala ni buena. Y en cuanto a la satisfacción con su salud, 154 (40, 7%) ancianos se sentían

satisfechos o muy satisfechos con la salud. La correlación entre las variables calidad de vida (G1) y la satisfacción con la salud (G2) con los datos sociodemográficos, económicos y clínicos se mostraron estadísticamente significativos. **Conclusión:** es importante que los enfermeros conozcan la calidad de vida y la satisfacción de salud de los ancianos como una posibilidad de intervenir en el continuo de vida a través de la ejecución de una planificación estratégica basada en las variables que influyen negativamente su calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Enfermería; Personas mayores; salud.

### **Introdução**

O envelhecimento é um processo natural, com presença de diminuição progressiva e irreversível da reserva funcional, chamado de senescência, que em condições normais não causa grandes problemas para a vida do idoso <sup>(1)</sup>. No entanto, mesmo sendo um processo dinâmico, o envelhecimento traz alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que vão determinando perda progressiva de capacidade e de adaptação ao ambiente. Em decorrência, há maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas que acabam por conduzi-lo à morte. O envelhecimento é irreversível, natural e individual, acompanhado por perdas progressivas de função e de papéis sociais <sup>(2)</sup>.

Para melhor compreender o processo de envelhecimento populacional, primeiramente é necessário definir os conceitos de velhice e idoso. A velhice é caracterizada como aquela em que se vive a última fase da vida. Ainda, não está definido de uma forma clara o que marca a transição para esta fase. Pode-se falar em processos biológicos, aparência física, surgimento de condições crônicas de saúde, perdas de capacidades físicas e mentais e de papéis sociais, nascimento de netos, entre outros. Muitos desses fatores caracterizam a velhice, mas a delimitação do seu início é difícil, pois é afetado por condições sociais, econômicas, regionais, culturais, étnicas e de sexo <sup>(3)</sup>.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o ser idoso difere entre países desenvolvidos, em que são consideradas idosas as pessoas com 65 anos ou mais, e países em desenvolvimento, como é o caso de Cabo Verde, em que são considerados idosos aqueles com 60

anos ou mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, por meio da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População <sup>(4)</sup>.

Em Cabo Verde não existe legislação que defina com clareza a idade em que começa a velhice. As leis de aposentadoria, tanto da função pública como da previdência social, fixam o seu início em 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. Os sistemas de aposentadoria vigentes no país (ordinária ou extraordinária, voluntária ou obrigatória) abrangem os indivíduos que tenham completado 60 anos de idade e 34 de serviço ou que tenham atingido o limite de idade mesmo sem ter completado os 34 anos de serviço. Ainda há a quarta idade, que são os idosos com 80 anos ou mais <sup>(5-6)</sup>.

No entanto, a vida cada vez mais prolongada tem sido alvo de questões e preocupações no sentido de ser vivida com mais qualidade. Viver mais é uma realidade, mas viver mais com qualidade de vida nem sempre é verdade. Desta forma, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população trazem importantes repercussões na vida dos idosos, de suas famílias e da própria comunidade em que estão inseridos, principalmente nos casos em que o envelhecimento é acompanhado pela dependência.

Este estudo tem como objetivo: conhecer os fatores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde (QV) dos idosos cabo-verdianos. Face ao exposto, a questão de investigação enunciada foi a seguinte: Quais os fatores que estão associados à percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde dos idosos cabo-verdianos.

## **Métodos**

No sentido de responder a questão de investigação enunciada e alcançar o objetivo proposto realizamos um estudo de natureza quantitativa, exploratório, descritivo e correlacional, realizado em Cabo Verde, um país arquipélago localizado na costa ocidental de Africa, formado por dez ilhas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava).

Em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, com proporção de 48% homens e 52% mulheres. Com a esperança de vida para os homens de 71,7 anos enquanto para as mulheres, foi de 79,9 anos em 2015. As ilhas Santiago e São Vicente apresentam maior concentração da população, representando, 28,9% e 15,4% do total, respetivamente <sup>(7)</sup>. A

população cabo-verdiana na faixa etária de 60 e mais anos ronda os 7 % (39.798) em 2015, sendo que a maioria se encontra na faixa etária dos 60 a 64 anos (11203).

Recorreu-se a amostragem aleatória simples sobre variáveis categóricas com um nível de confiança de 95%. Erro relativo 5%, a dimensão da amostra calculada foi de 381 idosos, para garantir o retornor deste número de questionário foi entregue 500 questionários aos estudantes e enfermeiros das diferentes ilhas, retornando 478, o que representou 95,6% de retorno. Excluíram-se 73 instrumentos, por apresentarem-se em branco ou com idade inferior a 60 anos, sendo a amostra final constituída por 405 questionários de todo o arquipélago.

A coleta dos dados foi realizada entre os meses de Janeiro à Maio de 2017, por 6 estudantes de graduação em Enfermagem previamente treinados na ilha de Santiago e por 15 enfermeiros treinados, residentes das diferentes ilhas do arquipélago, às instituições sociais e de saúde de Cabo Verde foram um ponto de referência para chegar à população. Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento World Health Organization Quality of Life instrument-Bref (WHOQOL-Bref) versão cabo-verdiana, adaptado transculturalmente e validado pelos autores dessa pesquisa a partir do instrumento original <sup>(8-9)</sup>. O instrumento é constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à percepção geral de QV e à percepção geral da saúde, e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. Das 24 questões propostas pelo instrumento, mediante análise fatorial, 14 foram validadas para esse estudo, em quatro constructos: Físico, Ambiente, Relações sociais e Sexualidade.

As perguntas são respondidas por meio de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Nível de confiabilidade do instrumento foi verificado através do cálculo do Alfa de *Cronbach*, que apresentou valor de 0,70, comprovando a sua fidedignidade.

O instrumento aplicado apresentava, ainda, uma parte inicial de caracterização da amostra, contendo características sociodemográficas, econômicas e clínicas que pudessem ser significativas para a correlação com a qualidade de vida dos idosos, tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil, rendimento econômico, número de agregado familiar, grau de parentesco com quem vive doença atual e o seu tempo, regime terapêutico e uso de medicação.

Os resultados referentes à amostra estudada foram obtidos por meio de estatística descritiva, análise de correlações de Person e análise de regressão. Para análise dos dados, foi utilizado o *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20.0. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande e cadastrado na Plataforma Brasil (Parecer n. 163/2016). Também foi enviado à Comissão de Ética do Ministério da Saúde de Cabo Verde, respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, tendo parecer positivo (Parecer nº 08/2017).

## Resultados

Verificou-se que 405 idosos têm a média de idade de 74 anos e a maioria pertence ao sexo feminino (58,9 %). Dos 405 idosos, 223 (51,1%) não sabem ler e nem escrever, 67 (16,5) sabe ler e escrever, 97 (24%) têm ensino primário, 11 (2,7%) ensino secundário e 7 (1,7) ensino superior. A maioria dos idosos são casados (39,8%), seguidos dos solteiros (28,9%), viúvos (26,7%) e a minoria são separados (0,7%).

Verificou-se que, a maioria é natural da ilha de Santiago (47,7%), Fogo (15,8%) e Santo Antão (11,4). A maioria dos idosos tem um rendimento familiar <5000 escudos cabo-verdianos/ ECV (32,6%). Relativamente à ocupação, 349 idosos (86,2%) não tinham nenhuma ocupação e apenas 13,8 % que se encontrava com algum tipo de ocupação/ atividade. No que concerne à presença de patologia, 68,6% tem algum tipo de patologia atualmente, desses, 32,1% é hipertensão arterial (Tabela 1).

**Tabela 5:** Características sociodemográficas, econômicas, clínicas dos idosos, Cabo Verde, 2017.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>			<b>Numero agregado</b>		
Masculino	163	40,2	<=4	240	59,3
Feminino	242	59,8	>4	165	40,7
<b>Idade</b>			<b>Grau parentesco</b>		
<=75	225	55,6	Filhos	187	46,2
>75	180	44,4	Esposa (o) /Companheira (o)	123	30,4
<b>Escolaridade</b>			Sozinho	31	7,7

Não sabe ler nem escrever	223	55,1	Sobrinhos	11	2,7
Saber ler e escrever	67	16,5	Netos	33	8,1
Ensino primário	97	24,0	Amigos	6	1,5
Ensino secundário	11	2,7	Outros	13	3,2
Ensino Superior	7	1,7	Ns/Nr	1	,2
<b>Estado Civil</b>			<b>Doença</b>		
Solteiro	117	28,9	Sim	278	68,6
Casado	161	39,8	Não	127	31,4
Separado	3	,7	<b>Diagnóstico</b>		
Divorciado	11	2,7	Problemas de visão	10	2,5
Viúvo	108	26,7	Problemas auditivos	2	,5
União de fato	5	1,2	Dor	73	18,0
<b>Naturalidade</b>			HAS	130	32,1
Sto Antão	46	11,4	DM	38	9,4
São Vicente	35	8,6	Úlceras	2	,5
São Nicolau	28	6,9	Infeções	2	,5
Sal	5	1,2	Problemas cardíacos	11	2,7
Boavista	14	3,5	Dificuldades respiratórias	3	,7
Maio	2	,5	Incontinência urinária	2	,5
Santiago	193	47,7	Problemas capilares	1	,2
Fogo	64	15,8	Problemas de estômago	4	1,0
Brava	16	4,0	<b>Tempo</b>		
Holandês	1	,2	<=90	173	42,7
São Tomé	1	,2	>90	105	25,9
<b>Ocupação</b>			<b>Regime tratamento</b>		
Sim	58	14,3	Sem tratamento	45	11,1
Não	347	85,7	Internamento	17	4,2
<b>Benefício Social</b>			Consulta externa	166	41,0
Sim	288	71,1	Outro	50	12,3
Não	117	28,9	<b>Toma medicamento</b>		
<b>Rendimento familiar</b>			Sim	286	70,6
<5000 ECV	132	32,6	Não	119	29,4
5000 á 10000 ECV	86	21,2	Total	405	100,0
10000 á 20000 ECV	74	18,3	<b>Condição física</b>		
20000 á 30000 ECV	36	8,9	Muito Má	15	3,7
30000 á 40000 ECV	27	6,7	Má	65	16,0
40000 á 50000 ECV	7	1,7	Nem Boa nem Má	201	49,6
>50000 ECV	28	6,9	Boa	112	27,7
Ns/Nr	15	3,7	Muito Boa	12	3,0

**Nota:** N - número de indivíduos respondentes; HAS-Hipertensão arterial; DM- Diabetes Mellitus; ECV-escudos cabo-verdianos (100 ECV= 3,35 Real)

Quando analisados os dados obtidos das variáveis “Como avalia a sua qualidade de vida” (G1) e “Quão satisfeito está com a sua saúde” (G2), verificou-se que 211 (52,1%) dos indivíduos percebiam a sua qualidade de vida como nem má nem boa. Enquanto em relação à satisfação com a sua saúde, 154 (38,0%) dos idosos sentiam-se satisfeitos com a mesma.

**Tabela 6:** Frequência para as variáveis G1 e G2. Cabo Verde, 2017.

Variáveis		Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito Boa	Ns/Nr	Total
	<b>G1</b>	n	16	43	211	126	7	2
%		4,0	10,6	52,1	31,1	1,7	,5	100,0
<b>G2</b>		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Ns/Nr	Total
	n	24	92	121	154	11	3	405
	%	5,9	22,7	29,9	38,0	2,7	,7	100,0

Os resultados obtidos pela correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2) com os dados sociodemográficos (Tabela 5) permitiram identificar que existe uma correlação moderada (entre 0,4 e 0,7) das variáveis G1 e G2 com os variáveis sociodemográficos é estatisticamente significativa com exceção da variável naturalidade, em alguns casos a correlação é baixa. Existe correlação, entre G1 e G2 é uma correlação positiva ou seja, quanto maior for, maior a qualidade de vida e maior será satisfação com a saúde. No entanto, comparando a correlação entre G1 e G2, a correlação é mais alta para os idosos de sexo maculino, grupo etário  $\leq 75$ , que tem o ensino secundário, separado e que é natural da ilha do Maio.

A análise de correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) satisfação com a saúde (G2) segundo os dados económicos dos idosos. De um modo geral existe uma correlação moderada (entre 0,4 e 0,7) entre essas variáveis e é estatisticamente significativa, com exceção da variável rendimento económico, que em alguns casos obteve baixa correlação. Existe correlação entre G1 e G2 e é uma correlação positiva (ocupação, pensionista, agregado familiar), quanto maior for, maior qualidade de vida dos idosos e maior será a sua satisfação com a saúde.

A variável rendimento 40000 à 50000 ECV, é uma correlação negativa, de modo que quanto maior for, maior a qualidade de vida e menor será satisfação com a saúde. Comparando a correlação entre G1 e G2, a correlação é mais alta para os que não trabalham, os que são pensionistas, que tem um rendimento 10000 à 20000 ECV e agregado familiar menor ou igual a quatro elementos.

A correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2) com os dados clínicos dos idosos. De um modo geral, existe uma correlação moderada (0,4 e 0,7) entre as variáveis, com exceção do variável diagnóstico (infecções), que tem uma correlação alta. Existe correlação entre G1 e G2 e é uma correlação positiva em todas as correlações, quanto maior for a maior qualidade de vida, maior será satisfação com a saúde.

Comparando a correlação entre G1 e G2, a correlação é mais alta para os que tem doença, principalmente os idosos que sofrem de infecções, com tempo de diagnóstico >90 meses, com outro regime de tratamento que não seja as sugeridas no instrumento e os que tomam medicamentos.

Quanto à condição física, pode-se observar a análise de correlação com as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2). Existe correlação entre G1 e G2 e é uma correlação positiva em todas as correlações, quanto maior for a maior qualidade de vida, maior será a satisfação com a saúde. Comparando a correlação entre G1 e G2, a correlação é mais alta para os idosos que percebem a sua condição física como muito má.

**Tabela 7:** Distribuição dos idosos quanto às variáveis G1 E G2 segundo a condição física, Cabo Verde, 2017.

Variavel			G1	G2
Muito Má	G1	r	1	,814**
		p		,000
	G2	r	,814**	1
		p	,000	
Má	G1	r	1	,345**
		p		,005
	G2	r	,345**	
		p	,005	

Condição Física	Nem Boa nem Má	G1	r	1	,497**	
			N	201	201	
		G2	r	,497**	1	
			p	,000		
		Boa	G1	r	1	,340**
				p	,000	
	Muito Boa	G2	r	,340**	1	
			p	,000		
		G1	r	1	,500	
			p	,098		
		G2	r	,500	1	
			p	,098		

A análise de correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) satisfação com a saúde (G2) e os quatro domínios da escala validados para Cabo Verde. A correlação é moderada (entre 0,4 e 0,7) entre as variáveis G1, G2 e domínio físico, é uma correlação positiva ou seja, quanto maior for a maior qualidade de vida, maior será satisfação com a saúde e melhor será o domínio físico.

**Tabela 8:** Comparação entre os domínios e a satisfação de saúde e qualidade de vida dos idosos, Cabo Verde, 2017.

		G1	G2	Domínio Físico	Domínio Ambiente	Domínio Relações sociais	Domínio Sexualidade
G1	r	1	,598**	,429**	-,131**	-,125*	,139**
	p		,000	,000	0,008	0,012	0,005
G2	r	,598**	1	,525**	-,165**	-,204**	,205**
	p	,000		,000	0,001	,000	,000
Domínio Físico	r	,429**	,525**	1	0,064	-0,026	,331**
	p	,000	,000		0,198	0,6	,000
Domínio Ambiente	r	-,131**	-,165**	0,064	1	,266**	,117*
	p	0,008	0,001	0,198		,000	0,018
Domínio Relações sociais	r	-,125*	-,204**	-0,026	,266**	1	0,078
	p	0,012	,000	0,600	,000		0,115
Domínio Sexualidade	r	,139**	,205**	,331**	,117*	0,078	1

Sexualidade	p	0,005	,000	,000	0,018	0,115
-------------	---	-------	------	------	-------	-------

Mediante a análise de regressão múltipla, fixando a variável dependente qualidade de vida (G1), não houve efeito de multilinearidade, os resíduos tem uma distribuição normal, logo, não tem problema de desvio de normalidade. Os resultados da regressão indicaram relação de significância no nível de 5% nas variáveis, domínio físico e domínio ambiente. O teste obteve com o coeficiente de determinação ajustado o valor de 0,21, representando um valor de 21% da explicação da variável relacionadas com qualidade de vida (G1).

**Tabela 9:** Análise de regressão dos domínios e a qualidade de vida dos idosos, Rio Grande, 2017.

Variáveis	Beta	Sig.
Domínio Físico	,429	,000
Domínio Ambiente	-,140	,003
Domínio Relações sociais	-,078	,093
Domínio Sexualidade	,019	,681

## Discussão

Fatores como idade avançada, sexo, nível de escolaridade baixo e não ter companheiro está relacionado a baixos níveis de qualidade de vida <sup>(10)</sup>. Assim, no presente estudo, optou-se por analisar as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos idosos. No entanto, com a aplicação do Teste de Person, entre as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas com a qualidade de vida e satisfação com a sua saúde, foi encontrada diferença estatisticamente significativa.

As características sociodemográficas evidenciaram uma amostra predominantemente feminina, com idade média de 74 anos, variando de 60,0 a 94,0 anos, equiparando-se a alguns estudos brasileiros <sup>(11,12,13,14,15,16)</sup>. Embora se deva ressaltar que Cabo Verde ainda é um país bastante jovem, mas com o crescimento acelerado desta parcela da população <sup>(7)</sup>.

A distribuição entre os sexos está de acordo com a realidade internacional <sup>(17-18)</sup>, demonstrando uma feminização da velhice <sup>(19)</sup>. A predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino tem sido atribuída à menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferença quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e, por último, uma maior cobertura de assistência gineco-obstétrica <sup>(20)</sup>.

A disparidade na expectativa de vida entre homens e mulheres pode ser explicada pelos diferenciais de longevidade, fenômeno mundial, mas que é também uma realidade cabo-verdiana, haja vista que, em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens <sup>(7)</sup>.

O fato de a amostra estudada apresentar uma taxa de prevalência de doenças acentuadas corrobora com os dados de um estudo realizado na Holanda <sup>(21)</sup>. A patologia mais frequente é a hipertensão arterial, que é uma das patologias frequentes nos idosos <sup>(22,23,24)</sup>. Vai de encontro com os resultados de um estudo realizado em Rio Grande de Sul/Brasil, que em relação ao perfil de morbi-mortalidade dos idosos, as doenças do sistema circulatório é um dos mais prevalentes <sup>(16)</sup>. Importante ressaltar que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mais de 57 milhões de mortes e incapacidades mundiais no ano 2008 e quase dois terços foram devidos as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças pulmonares crônicas, sendo que cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda como é o caso de Cabo Verde <sup>(24)</sup>.

A percepção dos idosos relativamente à avaliação geral da qualidade de vida, a maioria avaliou como: nem boa nem má e uma percentagem muito pequena avaliaram como má ou muito má. A percepção da qualidade de vida depende da interligação de vários fatores extrínsecos e intrínsecos <sup>(25)</sup>. O processo de envelhecer com qualidade de vida é consequência do viver sem incapacidades, com autonomia para o desempenho de suas funções, o que propicia independência, ao idoso, no contexto sócio econômico e cultural <sup>(26)</sup>.

Quanto à satisfação com a sua saúde, a maioria dos idosos estão satisfeitos e uma pequena parcela esta insatisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde. A percepção do estado de saúde é considerada um componente da qualidade de vida, sendo que repensar a qualidade de vida é essencial para embasar o argumento de que a melhora da saúde contribui para a melhor

qualidade de vida, como também o contrário é verdadeiro, a melhora da qualidade de vida melhora a saúde <sup>(27)</sup>. Este é o ponto-chave para compreendermos a contribuição da OMS ao definir a qualidade de vida, durante seu projeto de desenvolvimento de um instrumento para medi-la, da seguinte forma: “a percepção do indivíduo na sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores em que vive e em relação a suas expectativas, seus padrões e suas preocupações. Pois é um conceito muito abrangente, afetado de maneira complexa pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelas relações sociais da pessoa e por suas relações com características significativas com o ambiente” <sup>(8)</sup>.

Quanto aos resultados obtidos pela correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2) com os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos cabo-verdianos, foram os seguintes: permitiram identificar que existe uma correlação moderada das variáveis G1 e G2 com os variáveis sociodemográficos, econômicas e clínicas e é estatisticamente significativa.

Para os dados sociodemográficos existe uma correlação positiva, ou seja, quanto maior for maior é a qualidade de vida e maior será a satisfação com a saúde, com exceção da variável naturalidade, demonstrando que a qualidade de vida e satisfação da saúde dos idosos estão interligados, embora para os idosos cabo-verdianos a naturalidade não esteja associada <sup>(11)</sup>.

Existe correlação, entre G1 e G2 e as variáveis econômicas (ocupação, pensionista, agregado familiar), sendo que quanto maior for, a maior qualidade de vida dos idosos e menor será a sua satisfação com a saúde, demonstrando que os idosos que estão ocupados, que recebem benefícios sociais e com o agregador familiar grande, percebem melhor qualidade de vida, mas com menor satisfação da saúde. É importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice, o que demonstra que os fatores econômicas estão associados a qualidade de vida <sup>(28)</sup>,

Na análise de correlação entre as variáveis (G1) e (G2) com os dados clínicos dos idosos, de um modo geral existe uma correlação moderada, com exceção do variável diagnóstico (infecções), que tem uma correlação alta. Evidenciando o quanto as morbidades afetam a qualidade de vida e satisfação com a saúde dos idosos. Pesquisas ratificam os achados deste

estudo ao encontrar a saúde como elemento mais importante e principal causa de infelicidade entre idosos, ao qual associou a manutenção da própria autonomia e a aceitação de alterações, entre outras conclusões<sup>(11)</sup>.

Observou-se que o idoso pode apresentar uma percepção positiva da saúde, desde que seus problemas não signifiquem limitações para seu cotidiano, seja como indivíduo, seja enquanto ser social. Dos quatros domínios validados para Cabo Verde, existe uma correlação positiva com as variáveis G1 e G2, ou seja, quanto maior for, a maior qualidade de vida e maior será satisfação com a saúde, sendo o domínio físico avaliado com maior score. É semelhante aos resultados encontrados num estudo realizado na zona rural do Brasil<sup>(29)</sup>.

Comparando a correlação entre G1 e G2, a correlação é mais alta para os que tem doença, principalmente os idosos que sofrem de infecções, com tempo de diagnóstico > 90 meses e os que tomam medicamentos, indo de encontro com estudos que evidenciaram que as referências de hipertensão estiveram associadas negativamente à satisfação com a saúde. São doenças de grande prevalência na população, exigentes de tratamento com medicamentos de uso contínuo, seguimento clínico e dependência dos serviços de saúde, possíveis fatores contributivos para uma percepção negativa da saúde, particularmente se não estiverem sob controle<sup>(11, 29,30)</sup>. Ainda no Rio Grande de Sul, apresenta uma das maiores expectativas de vida do Brasil, bem como alta morbi-mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis<sup>(16)</sup>.

Estudo realizado em São Paulo descreveu os fatores associados ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos e encontrou como uma das respostas a referência de não possuir diabetes<sup>(11)</sup>.

As doenças crônicas não transmissíveis são as que mais contribuem para o aumento no número de fármacos a serem utilizados pelos idosos, pois exigem tratamento prolongado e com vários medicamentos diferentes ao mesmo tempo. As classes farmacológicas mais consumidas são as direcionadas aos problemas do sistema cardiovascular, do sistema nervoso, do trato alimentar e do metabolismo, esses achados vão de encontro com os nossos resultados onde 70% da nossa amostra faz uso de medicamentos<sup>(31,32,33)</sup>.

Quanto à condição física, pode-se observar que existe correlação entre G1 e G2 e é uma correlação positiva, quanto melhor for a condição física, maior é a qualidade de vida e maior será a satisfação com a saúde dos idosos. Assim, os idosos que têm autonomia e podem executar satisfatoriamente suas atividades do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais e exercitando seus direitos e deveres de cidadão, podem perceber a sua saúde como boa, mesmo sendo portadores de condições crônicas de saúde, isso por que idosos têm como parâmetros de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados<sup>(34)</sup>. Diversos estudos demonstram de fato que as condições físicas são determinantes na qualidade de vida do idoso<sup>(26)</sup>, ressaltando que a inatividade física é a quarta principal causa de morte no mundo<sup>(35-36)</sup>.

## **Conclusão**

Os resultados apresentados nessa pesquisa refletem a percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde associados aos fatores sociodemográfico, econômico e clínico dos idosos no contexto cabo-verdiano. Foi possível identificar que os 405 idosos eram na maioria do sexo feminino, na faixa etária entre 60-94 anos, casados, natural de ilha de Santiago, não tem ocupação, não sabem ler e nem escrever e com rendimento familiar <5000 escudos cabo-verdianos. A doença mais prevalente entre os idosos foi a hipertensão arterial.

A maioria dos idosos cabo-verdianos percebe a sua qualidade de vida como nem má nem boa. Enquanto em relação à satisfação com a sua saúde, mais de 40% dos idosos sentiam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a mesma.

Acredita-se que os dados aqui presentes não se devam resumir-se apenas à significância estatística, mas sim à relevância clínica de se diagnosticar a qualidade de vida como uma possibilidade de intervir no continuum de vida por meio da execução de um planejamento estratégico baseado nas variáveis que influenciam negativamente sua qualidade de vida.

Constatamos que são diversos os fatores que podem influenciar simultaneamente a percepção do estado de saúde do indivíduo e a qualidade de vida, nomeadamente os fatores sociodemográficos, económicos e clínicos. De entre os principais fatores destacamos o sexo,

grupo etário, as habilitações literárias, condição de saúde, toma de medicamento e a presença de doença, os quais se constituem no nosso estudo como variáveis preditoras que poderão influenciar o estado de saúde e a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos.

Os resultados obtidos vêm realçar a importância do papel da enfermagem na promoção da saúde, prevenção da doença, de forma a obter ganhos na qualidade de vida, ganhos em saúde, acrescentando não apenas mais anos à vida, mas, sobretudo mais vida aos anos. Isto porque os enfermeiros são profissionais que passam maior tempo cuidando dos pacientes, portanto, têm papel imprescindível na manutenção da saúde dos indivíduos.

### Referências

1. Catapan, N.R et al. Compreendendo a senescência na ótica da sexualidade feminina. *Revista Ciência et Praxis*, [S.l.], v. 7, n. 14, p. 19-24, abr. 2017. ISSN 1983-912X. Disponível em: <<http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2142>>. Acesso em: 15 Out. 2017.
2. Papaléo Neto, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 2-12.
3. Camarano, A.A; Kanso, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.
4. Organização Mundial de Saúde As metas de Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos. Lisboa: DEPS, 1985.
5. Polaro, S.H.I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2013.v. 66, n.2, p. 228-33, mar./abr.
6. Silva, S.P.Z.; Marin, M.J.S.; Rodrigues, M.R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev Gaúcha Enferm.*, 2015 v.36, n.3, p.42-8, set.
7. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. *Anuário estatístico*. Editor: Instituto Nacional de Estatística, Av Cidade de Lisboa, 2015, nº 18, Praia- Cabo Verde

8. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (whoqol): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.*, 1995, v.41, n.10, p.1403-1410.
9. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. *Quality of Life Assesment* 1998. *Psychol Med* 1998; 28:551-8.
10. Torres, G. D. V., Reis, L. A. D., Reis, L. A. D., & Fernandes, M. H. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 2009. 58(1), 39-44.
11. Joia CL, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista Saúde Pública*. 2007; 41: 131-8.
12. Moraes, M. H. F. Uso de ferramentas espaciais no direcionamento de ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral (LV) em Belo Horizonte - MG. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, Gerência de Controle de Zoonoses, set. 2008.
13. Paskulin, L. M. G.; Molzahn, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, United States, 2007, v. 29, n. 1, p. 10-26, feb.
14. Pereira, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011, v. 16, n. 6, p. 2907-2917, jun.
15. Saueressig, S. et al. Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaquã - RS. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 2007, v. 51, n. 3, p. 173-179, jul./set.
16. Gottlieb MG, Schwanke CHA, Gomes I, Cruz IBM. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(2):365-380.
17. Halvorsrud, L. et al. Quality of life in older Norwegian adults living at home: a cross-sectional survey. *Journal of Research in Nursing*, London, v. 17, n. 1, p. 12-29, oct. 2010.
18. Low, G.; Molzahn, A. E. Predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Research in Nursing & Health*, New York, v. 30, n. 2, p. 141-150, apr. 2007

19. World Health Organization (WHO). World Health Statistics 2013. [cited 2016 Dec 1th]. Available from: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)
20. Reis, L. A. D., Lessa, R. S., Mascarenhas, C. H. M., & Costa, A. N. D. Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev. baiana saúde pública*, 2007. 31(2), 322-330.
21. Van Dijk, G. M., Veenhof, C., Schellevis, F., Hulsmans, H., Bakker, J. P., Arwert, H., & Dekker, J. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC musculoskeletal disorders*, 2008. 9(1), 95.
22. Ferreira, C. C. D. C., Peixoto, M. D. R. G., Barbosa, M. A., & Silveira, É. A. (2010). Prevalence of cardiovascular risk factors in elderly individuals treated in the Brazilian Public Health System in Goiânia. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 95(5), 621-628.
23. Center for Disease Control and Prevention and The Merck Company Foundation [homepage na Internet]. The state of aging and health in America 2007. Whitehouse Station: The Merck Company Foundation; 2007. [Access in 2016 set 21]. Available from: <http://www.cdc.gov/aging> and <http://www.merck.com/cr>
24. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [cited 2016 Set 02]. Available from: Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf)
25. Bowling A, Liffé. S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health Quali Life Outcomes*. 2011; 9: 13. doi: 10.1186/1477-7525-9-13
26. Mallmann, D. G., Galindo Neto, N. M., Sousa, J. D. C., & Vasconcelos, E. M. R. D.. Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. *Ciencia & saude coletiva*, 2015, 20 (6), 1763-1772.
27. Chatterji S, Bickenbach J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: Fleck MPA, et al. Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 40-46.

28. Neri A. L., Guariento, M. E. (Orgs.). Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas. Campinas: Alínea, 2011.
29. Tavares DMS, Dias FA, Munari DB. Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paul Enferm* 2012; 25(4):601-606.
30. Dias FA, Tavares DMS. Fatores associados à participação de idosos em atividades educativas grupais. *Rev Gaúcha Enferm* 2013; 34(2):70-77.
31. Galato, D.; Silva, E.S.; Tiburcio, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polifármacia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010. v.15, n.6, p.2899-905.
32. Gautério, D.P.; Santos, S.S.C.; Pelzer, M.T., et al. Caracterização dos idosos usuários de medicação residentes em instituição de longa permanência. *Rev Esc Enferm USP*, 2012, v.46, n.6, p. 1394-9,.
33. Gautério, D.P.; Santos, S.S.C.; Strapasson, C.M.S., et al. Uso de medicamentos por idosos na comunidade: proposta de ação da enfermagem. *Rev Bras Enferm*, v.66, n.5, p.702-8, 2013.
34. Paschoal, SMP. Independência e autonomia. In: Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. *Geriatria e gerontologia básicas*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. p.417-31.
35. Campos, M., Maciel, M., & Neto, J. R. Atividade física insuficiente: fatores associados e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 2013, 17(6), 562-572.
36. Harold WK, Craig CL, Lambert EV, et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. *Lancet Physical Activity Series Working Group Volume 380, Issue 9838*, 21–27 July 2012, Pages 294–305.

## 5. CONCLUSÃO

Os resultados desta tese, apresentados sob a forma de três artigos, permitiram descrever a o processo de adaptação e validação do Instrumento WHOQOL- BREF para o contexto cabo-verdiano, bem como avaliar a qualidade de vida desses idosos, ainda permitiu conhecer os domínios que exercem mais influência na qualidade de vida e os fatores associados a percepção da qualidade de vida e satisfação com a saúde. Revelando assim, a importância da ampliação e aprofundamento das discussões sobre essa temática. Conhecendo os domínios que mais influenciam a qualidade de vida dos idosos possibilita conhecer os diferentes elementos que impactam sua qualidade de vida, que podem facilitar na criação de políticas direcionadas a esta parcela da população num país que é marcado pela inexistência de políticas direcionada aos idosos.

No primeiro artigo, intitulado “Adaptação transcultural e validação do instrumento *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF)* ” para idosos cabo-verdianos, foi possível evidenciar que o WHOQOL- BREF-versão cabo-verdiana, constituiu-se como um instrumento válido e confiável, capaz de avaliar a qualidade de vidas dos idosos, contribuindo para a compreensão dos fatores associados a qualidade de vida.

Através da análise fatorial do instrumento, foi possível identificar os quatro constructos que explicam qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano: domínio físico, ambiente, relações sociais e sexualidade. Assim, a validação da versão em português do instrumento apresenta-se como mais um recurso a ser disponibilizado aos pesquisadores que objetivam melhor compreender a qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano.

O segundo artigo da tese, denominado “**Qualidade de vida dos Idosos no contexto cabo-verdiano/África**” permitiu identificar os domínios que exercem mais influência na qualidade de vida dos idosos no contexto cabo-verdiano, sendo que o domínio relações sociais é o constructo que obteve a maior média do instrumento, evidenciando que as relações sociais é o fator que influencia de forma mais intensa a qualidade de vida percebida pelos idosos e o domínio físico é o que mais contribui negativamente.

Foi possível verificar, ainda, que a variável dependente qualidade de vida, apresentou média de resposta de 3,18, indicando que os idosos pesquisados percebem a sua qualidade de vida como razoável. O domínio psicológico apresentou a segunda maior média do instrumento.

Na tentativa de perceber quais os fatores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde dos idosos, foi elaborado o terceiro artigo, intitulado **”Fatores associados à percepção da qualidade de vida e satisfação de saúde dos idosos cabo-verdianos /África”**, os resultados permitiram caracterizar os idosos quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas e identificar as relações entre eles.

Verificou-se que 405 idosos têm a média de idade de 74 anos e a maioria pertence ao sexo feminino (58,9 %). A maioria dos idosos, 223 (51,1%) não sabe ler e nem escrever, 67 (16,5) sabe ler e escrever, 97 (24%) têm ensino primário, 11 (2,7%) ensino secundário e 7 (1,7) ensino superior. (39,8%) são casados seguidos dos solteiros (28,9%), viúvos (26,7%) e a minoria são separados (0,7%). A maioria é natural da ilha de Santiago (47,7%), Fogo (15,8%) e Santo Antão (11,4). A maioria dos idosos tem um rendimento familiar <5000 escudos cabo-verdianos -ECV (32,6%).

Relativamente à ocupação, 349 idosos (86,2%) não tinham nenhuma ocupação e apenas 13,8 % que se encontravam com algum tipo de ocupação/ atividade. No que concerne à presença de patologia, 68,6% tem alguma patologia atualmente, desses, 32,1 % é hipertensão arterial.

O perfil desses idosos reflete a feminização do envelhecimento, baixa escolaridade dos idosos, presença de morbidades, uso de medicamentos. A percepção dos idosos relativamente à avaliação geral da qualidade de vida, a maioria avaliou como: nem boa nem má e uma percentagem muito pequena avaliaram como má ou muito má. Quanto à satisfação com a sua saúde, a maioria dos idosos estão satisfeitos e uma pequena parcela está insatisfeito ou muito satisfeito com a sua saúde.

Os resultados obtidos pela correlação entre as variáveis qualidade de vida (G1) e satisfação com a saúde (G2) com os dados sociodemográficos, econômicos e clínicos dos idosos cabo-verdianos, foram os seguintes: permitiram identificar que existe uma correlação moderada

das variáveis G1 e G2 com os variáveis sociodemográficos, econômicas e clínicas e é estatisticamente significativa. E esses fatores podem ser modificáveis por meio da educação e a promoção da saúde que são contributos da profissão de enfermagem que influenciam a melhoria do estado de saúde das populações, sendo que os enfermeiros são os profissionais de saúde que ocupam uma posição distinta para intervir concretamente e efectivamente na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

O idoso vivencia muitas dificuldades, tangenciando as questões peculiares ao suporte social inadequado até o insuficiente atendimento à saúde, bem como a falta de políticas de saúde direcionadas a este segmento populacional. O adequado seguimento dos idosos nos diferentes níveis de cuidados auxilia na melhoria da qualidade de vida e na manutenção da saúde dos idosos. Enfatiza-se a importância da educação em saúde realizada pelo enfermeiro com o objetivo de promover um envelhecimento ativo.

De acordo com o exposto, torna-se possível confirmar a tese de que: as dimensões de Qualidade de Vida dos idosos são influenciadas por fatores sociodemográficos, econômicos, clínicas e que são suscetíveis de mudança, conforme as alterações desses fatores. Pois, durante o processo de envelhecimento, os idosos sofrem alterações em diferentes níveis, que é influenciada mediante os diferentes fatores e o contexto de cada pessoa. Assim, torna-se essencial que os profissionais da área da saúde, principalmente os enfermeiros tenham acesso a essas informações sobre a qualidade de vida dos idosos.

Pois o exercício profissional da enfermagem tem como foco a relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, família e comunidades. Neste âmbito, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe proporcionam apreender e respeitar os outros numa óptica multicultural, em que existe a valorização do papel dos clientes, e se promove a proactividade na execução dos projetos de saúde destes. Enquanto profissional pivô no atendimento às necessidades dos pacientes, os enfermeiros têm uma oportunidade única de contribuir significativamente para a vida dos indivíduos e, de um modo positivo, influenciar a saúde da sociedade, ajudando as pessoas a fazer escolhas informadas de estilos de vida saudáveis para terem uma melhor qualidade de vida.

Ainda, torna-se possível identificar os aspectos que dificultam planejar os cuidados necessários e intervir adequadamente. Assim como realizar a promoção da saúde dessa população. Essas questões devem ser pautadas na elaboração de políticas públicas direcionadas a essa faixa etária, nas estratégias de intervenção à saúde e na formação de recursos humanos, visando a melhoria da QV na velhice.

O fato da ausência da Escala de Qualidade de Vida adaptada e validada para outros países africanos deu uma maior pertença para esta pesquisa, embora este fato impossibilitasse o estabelecimento de maiores comparações com contexto semelhante ao nosso. No entanto por ter sido realizado em uma população específica do país, a pesquisa não permite generalizar seus resultados, uma vez que a amostra, apesar de representativa, possivelmente não caracteriza toda a população existentes em Cabo Verde.

Por fim, sugere-se a aplicação do instrumento adaptado nesta pesquisa em outras faixas etárias da população cabo-verdiana, verificando se existem, ou não, diferenças significativas que afetem a qualidade de vida dos cabo-verdianos nos diferentes grupos etários.

## BIBLIOGRAFIA

- ALLEN, J., INDER, K.J.; HARRIS, M.L. et al. Quality of life impact of cardiovascular and affective conditions among older residents from urban and rural communities. **Health Qual Life Outcomes**. v.11, n. 1, p.140, aug. 2013.
- ALMEIDA, M; GUTIERREZ, G; MARQUES, Renato. Qualidade de vida. São Paulo: **Edições EACH**. [Em linha].2012. Disponível em : [http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, (40). (2014).
- ANTONINI, A.; BARONE, P.; MARCONI, R. et al. The progression of non-motor symptoms in Parkinson's disease and their contribution to motor disability and quality of life. **J Neurol.**, v.259, n.12, p.2621-2631, dec. 2012.
- AZEREDO, Z. Aging: A Challenge for the XXI Century, **Journal of Aging & Innovation**, 5 (2): 20 – 26,(2016)
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000
- BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. Pessoas idosas - uma abordagem global. Lisboa: **Lusodidacta**.1995.
- BIRREN, J.E., E SCHROOTS, J.J.F. History, concepts and theory in the psychology of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), **Handook of The Psychologu of agin**. 4ª Edition. San Diego: Academic Press, p.3-23, 1996.
- BORGLIN G.; EDBERG A-K.; HALLBERG I. The experience of quality of life among older people. **Journal of Aging Studies**. 19, 201-220. Elsevier 2005.
- BOWLING A, LLIFFE. S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. **Health Quali Life Outcomes**; 9: 13. 2011
- BOWLING, A. Ageing well: Quality of life in old age. **McGraw-Hill Education** (UK), 2005.

BRAJKOVIĆ, L., GODAN, A., GODAN, L. Quality of Life After Stroke in Old Age: Comparison of Persons Living in Nursing Home and Those Living in Their Own **Home Public Health.**, 50.182. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRAVELL, M.E.; BERG, S; MALMBERG, B. Health, functional capacity, formal care, and survival in the oldest old: a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 46, p. 1-14, 2008.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 58-73. 2011.

CAMPBELL, K.H.; HUANG, E.S.; DALE, W. et al. Association between estimated GFR, health-related quality of life, and depression among older adults with diabetes: the Diabetes and Aging Study. **Am J Kidney Dis.**, v.62, n.3, p.541-548, sep. 2013.

CANAVARRO, M. C., SERRA, A. (s/d). Instrumento WOQOL-BREF, Procedimentos de administração do WHOQOL-Bref e procedimentos de pontuação do WHOQOL-Bref em SPSS, Manual do Utilizador e Sintaxe.

CANAVARRO, M. C.; SERRA, A. V.; SIMÕES, M. R.; PEREIRA, M., GAMEIRO, S.; QUARTILHO M. J.; RIJO, D.; CARONA, C.; PAREDES, T. Qualidade de vida. 2006.

CANAVARRO, M. C; SIMÕES, M. R; VAZ SERRA, A; PEREIRA, M.; RIJO, D.; QUARTILHO, M. J; CARONA, C.. WHOQOL-Bref: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In Avaliação psicológica: Instrumentos de avaliação validados para a população portuguesa, ed. M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra.

CANAVARRO, M. Qualidade de vida: significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (pp. 3-18). Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian.** 2010.

CANAVARRO, M., VAZ SERRA, A., PEREIRA, M., SIMÕES M., QUINTAIS, L., QUARTILHO, M. (2006). Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da

Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. **Psiquiatria Clínica**, 27 (1), 15-23.

CANAVARRO, M.C. E SERRA, A.V. (coord.) Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde. Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian**, 2010.

CARVALHO, M. I. *I congresso Cabo-verdiano de Gerontologia e Geriatria: Políticas sociais, saúde e qualidade de vida*. Cidade da Praia - Cabo Verde, (2012). Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wpcontent/uploads/2012/10/Conclus%C3%B5es>

CATAPAN, N.R. et al. Compreendendo a senscência na ótica da sexualidade feminina. **Ciência et Praxis**, v. 7, n. 14, 2014.

CEVIZCI.S, ULUOCAK.S, ASLAN.C, GÖKULU.G, BILIR.O, BAKAR.C. Prevalence off alls and associated risk factors among aged population: community based cross-sectional study from turkey, **Cent Eur J Public Health**; 23 (3): 233–239. 2015.

COHEN, R. J; SWERDLIK, M. Psychological Testing and Assessment: An Introduction to Tests and Measurement; 7th Edition. **McGraw–Hill Primis. Highstown**, New Jersey. 2009.

COMITÉ REGIONAL AFRICANO E OMS Envelhecimento Saudável na Região Africana: Análise da situação e Perspetivas. Editor: **Comité regional africano**, Brazzaville- República do Congo, 2013. Disponível em: <file:///C:/Downloads/nv-pt-afr-rc63-4-Envelhecimento-Saudavel-na-Regiao-Africana.pdf>

CONDE-SALA, J.L.; REÑÉ-RAMÍREZ, R.; TURRÓ-GARRIGA, O. et al. Clinical differences in patients with Alzheimer's disease according to the presence or absence of anosognosia: implications for perceived quality of life. **J Alzheimers Dis.**, v.33, n.4, p.11051116, 2013.

CORREIA, F. R.,. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da Palliative Outcome Scale (POS). Ribeirão Preto: **Universidade de São Paulo**, 2012.

COSTA, M. A Cuidar Idosos: Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros (2ª ed.). Lisboa: Co-edição FORMASAU, **Formação e Saúde Lda e EDUCA**, 2006.

CURTIS, J.R.; SAFFORD, M.M. Management of osteoporosis among the elderly with other chronic medical conditions. **Drugs Aging.**, v.29, n.7, p.549-564, jul. 2012.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE DE PORTUGAL. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos (Vol. II)**. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde, 2004.

- ELIOPOULOS, C. Enfermagem gerontológica. 7. ed. Porto Alegre: **Artmed**,. 568p. 2011.
- EUROPEAN COMMISSION, (2009). Disponível em [http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key\\_documents/2009/tr\\_rapport\\_2009\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/enlargement/pdf/key_documents/2009/tr_rapport_2009_en.pdf)
- FARIAS, R.G.; SANTOS, S.M.A. influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-76, jan-mar, 2012.
- FECHINE, B.R.A, TROMPIERI N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista científica Internacional 20 edição, V 1, artigo 5. Rio de Janeiro: Ineterciência, p.106-194, 2012
- FECHINE, B.R.A, TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015
- FECHINE, B.R.A; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica internacional**. v. 1, n. 7, jan/mar 2012. Disponível em: <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. Gerontologia Social. Colección “Psicología”. Madrid: **Ediciones Pirámide**. 2009.
- FERREIRA ALCBMF. A qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próximo e do cuidador [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação, **Universidade de Lisboa**; 2009
- FLECK MP, CHACHAMOVICH E, TRENTINI C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Rev Saúde Pública**.; 40 (5):785-91. 2006.
- FLECK MPA, CHACHAMOVICH E, TRENTINI CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev Saúde Pública**; 37(6):793-9. 2003.
- FLECK, M., LEAL, O., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., & VIEIRA, G. Desenvolvimento da versão portuguesa do instrumento de avaliação de qualidade de vida (WHQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 21, 19-28. 1999.
- FLECK, M.P.A. COLS. Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**, cap.17, p.178-196. 2008.

- FLECK, M.P.A., LOUZADA, S., XAVIER, M., CHACHAMOVICH, E., VIEIRA, G., SANTOS, L. E PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, 33, 2, 198-205, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
- FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.
- FONSECA, A. M. O envelhecimento: uma abordagem psicológica. Lisboa: **Universidade Católica Editora**. 2006.
- FONTAINE, R. Psicologia do envelhecimento. Lisboa: **Climepsi editores**. 2000.
- FORGET G.; LEBEL, J. An Ecosystem Approach to Human Health. **International Journal of Occupational and Environmental Health**. Suplemento, vol. 7 n. 2, Ab/Jun 2001.
- FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.C.; GORZONI, M.L.; DOLL, J. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª. Edição. Guanabara Koogan, 2011.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio., Nova York. **Help Age International**, Londres, 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/PortugueseExec-Summary.pdf>.
- GAVIRIA, A., VINACCIA, S., RIVEROS, M., & QUICENO, J). Qualidade de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. **Psicología desde el Caribe** (20), 50-75.2007.
- GAYA, A. (col). Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.
- GIL, A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2009.
- GONÇALVES R.L. Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares [dissertação]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, **Escola Superior de Enfermagem do Porto**; 2010.
- GROTH-MARNAT, G. Handbook of Psychological Assessment. 4th Edition. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken, New Jersey(2003)
- GROTH-MARNAT, Gary. *Handbook of psychological assessment*. John Wiley & Sons, 2009.

GUTIERREZ BAO, AURICCHIO AM, MEDINA NVJ. Mensuração da qualidade de vida de idosos em centros de convivência. **J Health Sci Inst**; 29 (3): 186-90. . 2011

<http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/7376/4964>.

<http://www.biomedcentral.com>

HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. Porto Alegre: **Artmed**, 2008.

HUTCHISON, E. D. Dimension of Human Behaviour. The Changing Life Course, 2ª edição. **Sage Publications**. 2003.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **CENSO** 2010.

[online] Disponível em:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1\\_1.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/tabela1_1.shtm)

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções da população**: Brasil e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Anuário estatístico. Editor: **Instituto Nacional de Estatística**, Av Cidade de Lisboa, nº 18, Praia- Cabo Verde .2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE CABO VERDE. Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030. Editor: **Instituto Nacional de Estatística**, Av Cidade de Lisboa, nº 18, Praia- Cabo Verde. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE PORTUGAL. **Censos** 2011. Resultados preliminares. 2011. Disponível em: <http://ine.pt>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA DE PORTUGAL. O Envelhecimento em Portugal -Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias da População. 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. III Recenseamento Geral da População e Habitação do ano 2010, Praia: 2011.

JECKEL- NETO, E.A. Tornar-se velho ou ganhar idade: o envelhecimento biológico revisitado in NERI, Anita Libe ralesso (org.). Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. 5ª ed. Campinas: Papirus, 2012.

JIMÉNEZ, J., P. Estratégia de financiamento do sector saúde cabo-verdiano. Organização Internacional do Trabalho. Projeto STEP/Portugal, 1ª edição. **Organização Mundial da Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.minsaude.gov.cv/>

KLUTHCOVSKY, A.; TAKAYANAGUI, A. Qualidade de vida - aspectos conceituais. **Revista Salus-Guarapuava -PR**, 1 (1), 13-15. 2007.

LEVASSEUR M, DESROSIERS J, TRIBBLE D E ST-CYR .Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? **Health and Quality of Life Outcomes**. BioMed Central.2008.

LIMA, Â. M. M. de; SANGALETI, C. T. Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades. São Paulo: **Editora UNESP**, 204p. 2010.

LOBLET, M et al. - Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha], vol. 19, nº 3, p. 467-475. 2011. Disponível na Internet: <URL:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/04>>.

MACHADO, A. L. G.; JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A. A vivência do cuidador familiar de vítima de acidente vascular encefálico: uma abordagem interacionista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília-DF, v. 62, nº 2, 2009. Disponível em: [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).

MAILLOUX-POIRIER D .As teorias do envelhecimento in Berger Louise & Mailloux-Poirier Danielle: Pessoas Idosas. Uma abordagem global: Processo de enfermagem por necessidades. **Lusodidacta**. Cap. 7: 99-105.1995.

MASTHOFF, E., TROMPENAARS, F., VAN HECK, G., HODIAMONT, P., & DE VRIES, J. Demographic characteristics as predictors of quality of life in a population of psychiatric outpatients. **Social Indicators Research**, 76 (2), 165-184. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DE CABO VERDE. **Relatório Estatístico 2010**. Praia- Cabo Verde 2011;

MINISTÉRIO DE SAÚDE DE CABO VERDE – plano nacional de desenvolvimento sanitário saúde de 2012-2016, volume I, Dez 2012.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MOTTA, L.B. Processo de envelhecimento. In: A.L. Saldanha e C.P. Caldas (Ed.), Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2a edição. Rio de Janeiro: **Interciência**, p.115- 124, 2004.

NOVAIS, E., CONCEIÇÃO, A.P., DOMINGOS, J.DUQUE, V. O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. **Revista HCPA**, 29 (1), 36-44. 2009.

OLIVEIRA, A et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. [Em linha]., vol. 13, nº 2],pp. 3013-12. 2010. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a14v13n2.pdf>>.

OLIVEIRA, C. O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões. (Dissertação de doutoramento publicada). Lisboa: **Universidade de Lisboa**. 2011.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL.– Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: **Ordem dos Enfermeiros**. 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS DE PORTUGAL. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual. Lisboa: **Ordem dos Enfermeiros**. 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia mundial sobre envelhecimento: **resolução 39/125**. Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde. **WHO**: Geneva, Switzerland (2015).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHOQOL-bref) para português de Portugal. **Psiquiatria Clínica**, 27(2), 15-23.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE .As metas de Saúde para Todos: Metas da Estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos. Lisboa: **DEPS**. 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: **Direcção Geral da Saúde**. 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Dia Mundial da Saúde- Envelhecimento e Saúde. Comunicado de imprensa da representação da OMS, nº 04, Praia- Cabo Verde.2012. Disponível em:[http://www.afro.who.int/?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=7436&Itemid=2593](http://www.afro.who.int/?option=com_docman&task=doc_download&gid=7436&Itemid=2593)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The World Health Report. Geneva: **World Health Organization** .2001.

PAIS-RIBEIRO J .Quality of life is a primary end-point in clinical settings. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. **Universidade do Porto**.2004. Disponível em:

PAPALÉO NETO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2-12. 2011.

PAPALIA, D. E. Desenvolvimento Humano. Tradução: Carla Filomena Marques. 12a ed. Porto Alegre: **AMGH**, 2013.

PASCHOAL SMP. Independência e autonomia. In: Jacob Filho W, Kikuchi EL, editores. Geriatria e gerontologia básicas. Rio de Janeiro: **Elsevier**; p.417-31. 2011.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3. Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, p. 99-106. 2011.

PASKULIN LM, MOLZAHN A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **West J Nurs Res.**; 29 (1):10-26. 2007

PASKULIN, L.M.G.; AIRES, M.; GONÇALES, A.V. et al. Aging, Diversity, and Health: the Brazilian and the Canadian context. **Acta Paul Enferm.**, v.24, n.6, p.851-856, 2011.

PEREIRA, M. G., RONCOM, J., CARVALHO, H. Aspectos psicológicos e familiares do envelhecimento. *O idoso como um todo...*, **Psicosoma Editora**.102-130. 2011.

PERRACINI, M.R; FLÓ, C.M; GUERRA, R.O. Funcionalidade e Envelhecimento. In: PERRACINI, M.R; FLÓ, C.M. Funcionalidade e saúde no envelhecimento, editores da Série Celso, R.F; CARVALHO, C.T. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011.

PIMENTEL, F.L. Qualidade de Vida do Doente Oncológico. Porto: Faculdade de Medicina da Tese de Doutoramento-**Universidade do Porto**, 2008.

POLARO,S.H.I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev Bras Enferm**,Brasília,v. 66, n.2, p. 228-33, mar./abr.2013.

PORCIÚNCULA, R.C.R; CARVALHO, E.F.; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V.M.M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 315-325, 2014.

QUARTILHO, M. Qualidade de vida, felicidade, saúde, bem-estar, satisfação. Pessoas, sociedades, culturas. O que importa?. In M. C. Canavarro; A. Vaz Serra (Eds.). Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian**, pp. 55-126, 2010.

RAPLEY, M. Quality of life: A critical introduction. London: *Sage Publications*. 2003.

REPÚBLICA DE CABO VERDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **BOLETIM OFICIAL (BO)**, Lei nº 7/VIII/2011, 1ª Série, nº 38, 28 de Novembro de 2011. Disponível em: [http://pt.slideshare.net/Ministerio\\_Educacao/boletim-oficial-n-38-de-28-de-novembro-de-2011](http://pt.slideshare.net/Ministerio_Educacao/boletim-oficial-n-38-de-28-de-novembro-de-2011)

REVISTA FSA, TERESINA, v. 10, n. 2, art. 20, p. 358-371, Abr./Jun. 2013. Disponível em: [www2.fsanet.com.br/revista](http://www2.fsanet.com.br/revista)

RIBEIRO, O. PAÚL, C. Manual de envelhecimento activo. Lisboa: **LideL** (2011).

RICHARD, L., GAUVIN, L., GOSSELIN, C., DUCHARME, F., SAPINSKI, J. P., TRUDEL, M. Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: A survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. **International Journal of Public Health**, 53, 46-56. 2008.

RODRIGUES, A. S. Projeções de Longo Prazo das Despesas com Cuidados de Saúde em Cabo Verde de 2010 a 2030. Dissertação de Mestrado em Economia, **Universidade do Porto-Portugal**. 2014). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/76486/2/101761.pdf>

SANTOS, G.E.O. Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>>. 2016

SANTOS, N.F., SILVA, M.R.F. Public policies directed to the elderly: improved quality of life or privatization of old age. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 2, art. 20, pp. 358-371, Abr./Jun. 2013.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev Bras Enferm**, Brasília nov-dez; 63(6): 1035-9. 2010.

SATUF, C.V. BERNARDO, N.S.C.O. Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista Mudanças - Psicologia da Saúde**, 23 (1), Jan.-Jun., 11-19p. 2015.

SILVA, S.P.Z.; MARIN, M.J.S.; RODRIGUES, M.R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.36, n.3, p.42-8, set.2015.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, 23(3), 24-56 .1994.

The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. **Psychol Med**; 28:551-8. 1998

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**; 41:1403-10.1995.

THE WHOQOL-OLD GROUP. DEVELOPMENT OF THE WHOQOL-OLD MODULE. **Qual Life Res.**, v.14, n.10, p.2197-2214, 2005.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**; 41(10):1403-1410. 1995.

TORRES G, REIS L, REIS L E FERNANDES M. Qualidade de vida e factores associados em idosos dependentes numa cidade do interior do Nordeste. **J Bras Psiquiatr.**; 58(1): 39-44. 2009.

TRENTINI, C.M.; CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M.P.A. Qualidade de vida em idosos. In: FLECK, M.P.A. & cols. Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**, cap. 20, p.218-228. 2008.

UNITED NATIONS (UN). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing**. 2015

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA) - An ageing world, October 2015. Disponível em: <http://www.unfpa.org/ageing#sthash.NJhelQVs.dpuf>

UNITED NATIONS SECRETARIAT (2009). The Millennium Development Goals Report. [http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2009\\_ENG.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf)

UNITED NATIONS, DIVISION FOR SOCIAL POLICY AND DEVELOPMENT AGEIG-Expert Group Meeting on Global ageing and the data revolution – the way forward in the post-2015 environment” in New York on 7-9 July 2015, Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/ageing/meetings-and-workshops-2/expert-group-meeting-on-global-ageing-and-the-data-revolution.html>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO – UFMA. Saúde da Pessoa Idosa, São Luis, , CDU 613.9-053.9.2013

VAZ-SERRA, A. Qualidade de vida e saúde. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Eds.). Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde (pp. 23-53). Lisboa: **Fundação Calouste Gulbenkian**. 2010.

VIDO, M.B.; FERNANDES, R.A.Q. Qualidade de Vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. *Brazilian J. Nursing*, v.6, n.2, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.870/197>>.

Acesso em: Outubro,2016.

WHEELWRIGHT, S.; DARLINGTON, A.S.; FITZSIMMONS, D. et al. International validation of the EORTC QLQ-ELD14 questionnaire for assessment of health-related quality of life elderly patients with cancer. **Br J Cancer**. v.109, n.4, p.852-858, aug. 2013.

WHO GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, 46, 12, 1569-1585. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Officials Records of the World Health Organization, No 2, 100 p. **United Nations, World Health Organization**. Geneve. Interim Comission.1947.

WORLD HEALTH ORGANIZATION .Report of the WHOQOL Focus Group. **WHO** (MNH/psf/94) Geneva: **WHO**. 1994.

ZAMBERLAN, C., CALVETTI, A., DEI SVALDI, J., DE SIQUEIRA, HCH. Qualidade de vida, saúde e enfermagem na perspectiva ecossistêmica. **Rev . Eletrônica Enfermería Global** Oct , n.20 (2010).

ZANGÃO, O.; MENDES, A.Q.; BRAGA, S. Estado de saúde vs qualidade de vida. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 2, n. 1, 2016.

## ANEXO I- Escala Whoqol-Bref original

WHO/MSB/MSH/2002/971.6  
English only  
Date: 14/04/03

## WHOQOL-BREF



PROGRAMME ON MENTAL HEALTH  
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
GENEVA

For office use only

	Equations for computing domain scores	Raw scores	Transformed scores*	
			4-20	0-100
Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		
Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		
Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	=		
Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	=		

\* Please see Table 4 on page 10 of the manual, for converting raw scores to transformed scores

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other - without the prior written permission of WHO.

--	--	--	--

**ABOUT YOU**

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your gender?	Male	Female
What is your date of birth?	_____ / _____ / _____	
	Day	/ Month / Year
What is the highest education you received?	None at all	
	Primary school	
	Secondary school	
	Tertiary	
What is your marital status?	Single	Separated
	Married	Divorced
	Living as married	Widowed
Are you currently ill?	Yes	No
If something is wrong with your health what do you think it is? _____		illness/problem

**Instructions**

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. Please answer all the questions. If you are unsure about which response to give to a question, please choose the one that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life in the last two weeks. For example, thinking about the last two weeks, a question might ask

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.

Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1 (G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfie d	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfie d
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about how much you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (E1.4)	To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4 (E1.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5 (E4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6 (E4.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7 (E5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (E1.61)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (E2.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about how completely you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (E2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12 (E1.81)	Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
13 (E2.01)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F2.1.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither	Good	Very good
--	--	-----------	------	---------	------	-----------

ISS: 1001 / 05/07/07.6  
Page 4

				poor not good		
15 (FQ1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how good or satisfied you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F33)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F103)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18 (F124)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F63)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20 (F133)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21 (F153)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22 (F144)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23 (F173)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24 (F193)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25 (F233)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to how often you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F81)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

Do you have any comments about the assessment?

.....  
.....

THANK YOU FOR YOUR HELP

**ANEXO II- Parecer do Cepas (FURG)**

**CEPAs / FURG**  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE  
Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
[www.cepas.furg.br](http://www.cepas.furg.br)

**PARECER Nº 163/2016**

**CEPAS 82/2016**

**Processo:** 23116.009071/2016-41  
**CAAE:** 61407716.0.0000.5324  
**Título da Pesquisa:** Qualidade de Vida dos Idosos em Cabo Verde  
**Pesquisador Responsável:** Marlene Teda Pelzer

**PARECER DO CEPAS:**

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 158/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**Qualidade de Vida dos Idosos em Cabo Verde**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/01/2017.

Rio Grande, RS, 05 de dezembro de 2016.

Profª. Eli Sinnott Silva  
Coordenadora do CEPAS/FURG

## ANEXO III- Autorização da Direcção Nacional de Saúde Cabo Verde



Ministério da Saúde e  
da Segurança Social

Direcção Nacional de Saúde

Palácio do Governo  
CP nº 304, Várzea, Cidade da Praia  
República de Cabo Verde  
Telef: (+238) 261 01 25

### AUTORIZAÇÃO

Na qualidade de Diretora Nacional de Saúde, autorizo a Sra. Deisa Salyse dos Reis Cabral Sernedo, Enfermeira Mestre em Saúde Pública, Docente na Universidade de Cabo Verde a frequentar o 2º ano do curso de Doutoramento em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande – Brasil, a fazer a realização de recolha de dados no âmbito da sua tese de Doutoramento intituado “Qualidade de vida dos idosos em Cabo Verde”, conforme solicitação do Comité Nacional de Ética para pesquisa em saúde de Cabo Verde (CNEPS).

Praia, 19 de Janeiro de 2017.

Diretora Nacional de Saúde,



/Dra. Mafra da Luz Lima Mendonça/



**ANEXO IV- Parecer do comité de ética de Cabo Verde****Ministério da Saúde e  
da Segurança Social**

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SAUDE

(CNEPS)

**Del 08/2017**

1-Foi apresentado para avaliação e parecer a 10 de Novembro de 2016, nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, um Projecto de Pesquisa: “Qualidade de vida dos idosos em Cabo-Verde”, pela enfermeira Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo, Mestre em Saúde Pública, Docente da Universidade de Cabo-Verde, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Rio Grande, sob a orientação da Professora na mesma Universidade, Doutora Marlene Teda Pelzer.

2- Constam dos documentos entregues na secretaria do CNEPS, uma carta dirigida ao CNEPS, explicando os objetivos do estudo, o Projecto tese incluindo o instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) para idosos, o Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e os *Curriculum Vitae* da Doutoranda e da Orientadora, enquanto pesquisadora responsável.

3 - O CNEPS fez a análise documental e técnica da proposta na sua 69ª Reunião Ordinária, realizada a 1 de Dezembro de 2016, tendo deliberado no sentido de deixar o processo pendente por ainda não reunir os requisitos éticos.

4-A 30 de Janeiro de 2017 foi entregue no secretariado o documento em falta, nomeadamente a declaração da Diretora Nacional da Saúde, dando aval ao estudo, pelo que o CNEPS delibera no sentido da sua aprovação ao abrigo do artigo nº11 do decreto-lei nº26/2007.

Praia, 9 de Fevereiro de 2017

A Presidente do CNEPS

Maria da Conceição Moreira de Carvalho



**APENDICE A - Questionário de Qualidade de Vida- versão Traduzida**

# WHOQOL-BREF



PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA  
SAÚDE GENEBRA

Somente uso interno

	Equações para calcular escores dos domínios	Escore bruto	Escore transformado	
			4-20	0-100
<b>Domínio 1</b>	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	=		
<b>Domínio 2</b>	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	=		
<b>Domínio 3</b>	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	=		
<b>Domínio 4</b>	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	=		

\* Por favor, consulte a Tabela 4 na página 10 do manual para converter escores brutos em escores transformados.

Este documento não é dirigido para o público em geral e todos os direitos são reservados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O documento não pode ser revisado, resumido, citado, reproduzido ou traduzido, em parte ou totalmente, sem a prévia autorização escrita da OMS. Nenhuma das partes deste documento pode ser armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio - eletrônico, mecânico ou outros - sem a prévia autorização escrita da OMS.

**Instruções**

Esta avaliação pergunta como se sente sobre a sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida.

**Por favor, responda a todas as perguntas.**

Se não tem certeza sobre a resposta, por favor, escolha aquela mais adequada. Essa, muitas vezes pode ser a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Pedimos que pense sobre a sua vida nas **últimas duas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		Nenhum	Pouco	Moderado	Bastante	Completamente
	Tens o tipo de apoio que precisa de outras	1	2	3	4	5

Deves circular o número que melhor se adapta a quantidade de apoio que recebeu de outros ao longo das últimas duas semanas. Por exemplo, irá circular o número 4 se teve uma grande quantidade de apoio de outras pessoas, como a seguir.

		Nenhum	Pouco	Moderado	Bastante	Completamente
	Tens o tipo de apoio que precisa de outras	1	2	3	4	5

Assim circularia o número 1 se você não teve nenhum suporte que você precisou de outras pessoas nas últimas duas semanas.

**Por favor, leia cada questão avaliando os seus sentimentos, e circule o número para cada pergunta que lhe parece ser melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem má nem	Boa	Muito boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeit	Satisfeito	Muito satisfeito
--	--	--------------------	--------------	-----------------------------------	------------	------------------

2 (G4)	Quão satisfeito está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
-----------	---------------------------------------	---	---	---	---	---

As seguintes questões são sobre o **quanto** tem-se sentido nas últimas duas semanas.

		Nenhum	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
3 (F1.4)	Até que ponto acha que a dor física lhe impede de fazer coisas necessárias?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	Em que medida precisaria de tratamento médico no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Em que medida divertes em sua vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Até que ponto achas que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

		Nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
7(F5.3)	Quão bem é capaz de concentrar-se?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Quão seguro se sente na sua vida?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Quão saudável é o ambiente físico que te rodeia?	1	2	3	4	5

		Nenhuma	Pouco	Moderado	Muito	Completamente
10 (F2.1)	Tens energia suficiente para o dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência	1	2	3	4	5

12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para a satisfação pessoal?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Quão disponível estão as informações que precisa para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Até que ponto tens oportunidades para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

		Muito fraca	Fraca	Nem fraca nem boa	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16 (F3.3)	Quão satisfeito (a) está com o seu sono?	1	2	3	4	5

17 (F10.3)	Quão satisfeito (a) está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diária?	1	2	3	4	5
18(F12 .4)	Quão satisfeito (a) está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito (a) está consigo mesmo? você mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13 .3)	Quão satisfeito (a) está com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15 .3)	Quão satisfeito (a) está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14 .4)	Quão satisfeito (a) está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17 .3)	Quão satisfeito (a) está com as condições do local onde reside?	1	2	3	4	5
24(F19 .3)	Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23 .3)	Quão satisfeito está com o meio de transporte?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para dizer o quão bem ou satisfeito você se sentiu sobre vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

A pergunta seguinte refere-se a quantas vezes sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
--	--	-------	-----------	----------	--------------	--------

26 (F8.1)	Quantas vezes tens sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
-----------	---	---	---	---	---	---

**Você tem algum comentário sobre esta avaliação?**

.....

.....

.....

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

**APENDICE B - Questionário de qualidade de vida - versão Cabo-verdiana (adaptado de OMS, 1994)**

**Qualidade de Vida :**

"A percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"

**Instruções**

Esta avaliação pergunta como se sente sobre a sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as perguntas.**

Se não tem certeza sobre a resposta, por favor, escolha aquela mais adequada. Essa, muitas vezes pode ser a sua primeira resposta.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações.

Pedimos que pense sobre a sua vida nas **últimas duas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nenhum 1	Pouco 2	Moderado 3	Bastante 4	Completamente 5
Tens o tipo de apoio que precisa de outras pessoas?					

Deves circular o número que melhor se adapta a quantidade de apoio que recebeu de outros ao longo das últimas duas semanas. Por exemplo, irá circular o número 4 se teve uma grande quantidade de apoio de outras pessoas, como a seguir.

		Nenhum 1	Pouco 2	Moderado 3	Bastante <input type="checkbox"/> 4	Completamente 5
	Tens o tipo de apoio que precisa de outras pessoas?					

Assim circularia o número 1 se você não teve nenhum suporte que você precisou de outras pessoas nas últimas duas semanas.

**Por favor, leia cada questão avaliando os seus sentimentos, e circule o número para cada pergunta que lhe parece ser melhor resposta.**

		Muito má	Má	Nem má nem boa	Boa	Muito boa
1(G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As seguintes questões são sobre o **quanto** tem-se sentido nas últimas duas semanas.

		Nenhum	Muito pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
3 (F1.4)	Até que ponto acha que a dor física lhe impede de fazer coisas necessárias?	1	2	3	4	5

4(F11.3)	Em que medida precisaria de tratamento médico no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	Em que medida divertes em sua vida?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nenhum	Pouco	Moderado	Muito	Completamente
10 (F2.1)	Tens energia suficiente para o dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Até que ponto tens oportunidades para realizar atividades de Lazer?	1	2	3	4	5

		Muito fraca	Fraca	Nem fraca nem boa	Boa	Muito boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
17 (F10.3)	Quão satisfeito está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diária?	1	2	3	4	5

18(F12.4)	Quão satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Quão satisfeito estas consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito estas com suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito estas com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito estas com as condições do local onde reside?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeitas estas com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeitas estas com o meio de transporte?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para dizer o quão bem ou satisfeito você se sentiu sobre vários aspectos da sua vida nas últimas duas semanas.

**Você tem algum comentário sobre esta avaliação?**

.....

.....

.....

.....

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**

## APÊNDICE C – Questionário sociodemográfico, econômico e clínico do idoso



### Caracterização sociodemográfico, econômico e clínico

Código

--	--	--	--

#### SOBRE SI

Antes de começar, gostaríamos de pedir-lhe para responder algumas perguntas gerais sobre si: marcar a resposta correta ou preenchendo o espaço.

1. Qual é seu sexo?  Masculino  Feminino
2. Qual a sua data de nascimento?    /   /     
Dia/ Mês / Ano
3. Qual é o seu nível de escolaridade? Não sabe ler nem escrever (  ) Ensino Secundário (  )  
Saber ler/ ou escrever (  ) Ensino Superior (  )  
Ensino primário (  ) Ensino Pós-graduado (  )
4. Qual seu estado civil? Solteiro (  ) Divorciado (  )  
Casado (  ) Viúvo (  )  
Separado (  ) União de fato (  )
5. É natural de que Ilha \_\_\_\_\_.
6. Trabalha? Sim (  ) Não (  ) . Se for sim o que faz \_\_\_\_\_.
7. É pensionista Sim (  ) Não (  )
8. Qual é o seu rendimento familiar? <5000 ECV (  ) 30000 á 40000 ECV (  )

5000 á 10000 ECV ( )

40000 á 50000 ECV ( )

10000 á 20000 ECV ( )

&gt; 50000 ECV ( )

20000 á 30000 ECV ( )

9. Número de elementos do agregado familiar que reside em sua casa?\_\_\_\_\_.

10. Qual é o grau de parentesco das pessoas que vivem com o(a) senhor (a)

Filhos ( )

Sobrinhos( )

Esposo (a)/Parceiro (a) ( )

Netos ( )

Vive só ( )

Amigos ( )

Outros\_\_\_\_\_.

11. Você está doente atualmente?

Sim ( )

Não ( )

12. Se sim, o que você acha que é?

\_\_\_\_\_.

13. A quanto tempo (meses)?

\_\_\_\_\_.

14. Regime de Tratamento?

Sem tratamento ( )

Internamento ( )

Consulta Externa ( )

Outro\_\_\_\_\_.

15. Toma alguma medicação?

Sim ( )

Não ( )

6. Como avalia a sua condição física nesse momento?

Muito má ( )

Má ( )

Nem boa nem má ( )

Boa ( )

Muito boa ( )

**APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu \_\_\_\_\_ de acordo com o presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado (a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “Qualidade de Vida dos Idosos Cabo-verdianos”. Fui esclarecido (a) também, sobre o objetivo do estudo que é avaliar a qualidade de vida dos idosos cabo-verdianos. A metodologia utilizada no estudo prevê a aplicação de uma escala adaptada.

Obtive esclarecimentos quanto à garantia de que não haverá riscos à integridade física dos (as) participantes. No caso de algum sujeito sentir-se prejudicado pela pesquisa, tem-se a disposição recurso psicológico das instituições de saúde envolvidos. Tenho compreensão de que essa pesquisa pode trazer benefícios para os idosos, assim como para os profissionais de saúde, ampliando o conhecimento sobre a temática.

Estou ciente, ainda da liberdade de participar ou não da pesquisa, sem ser penalizado por isso; garantia de ter minhas dúvidas esclarecidas antes e durante o desenvolvimento deste estudo; segurança de ter privacidade individual e anonimato quanto aos dados coletados, assegurando que os dados serão usados exclusivamente para a concretização dessa pesquisa; garantia de retorno dos resultados obtidos assegurando-me condições de acompanhar esses processos e também a garantia de que serão sustentados os preceitos Éticos e Legais conforme a Resolução 510/2016 da CONEP/MS sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Assinatura do idoso/representante legal

\_\_\_\_\_

OU Impressão digital:

