



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Lenilda Sanches Correia

ENVELHECIMENTO ATIVO E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM CABO VERDE

Mestrado Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clara Araújo e Professora Doutora Alice Bastos

Investigação realizada no âmbito do Laboratório de Gerontologia Social Aplicada (LABGeroSOC),
com o apoio da Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI).

Setembro de 2012

RESUMO

O índice de envelhecimento populacional em África deverá aumentar drasticamente ao longo das próximas décadas (Pillay & Maharaj, 2013). Face a esta realidade há que criar condições para a população idosa, de forma a promover um envelhecimento ativo aliado a uma boa qualidade de vida. O envelhecimento ativo pode ser considerado como um processo de adaptação que ocorre ao longo da vida (Fernandez-Ballesteros, 2009), aplicando-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, permitindo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental (OMS, 2005). Por sua vez a qualidade de vida pode ser entendida pela satisfação do indivíduo resultante da importância que ele atribui a diferentes domínios, nomeadamente, bem-estar material, saúde, produtividade, intimidade, segurança, comunidade e bem-estar emocional (Cummins, 1997, como citado em Canavarro & Vaz Serra, 2010). O presente estudo de natureza quantitativa e transversal tem como objetivos principais: (1) caracterizar a qualidade de vida de pessoas na vida adulta e na velhice e (2) analisar as relações entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas. Participaram neste estudo 51 indivíduos, com idades compreendidas entre os 50 e os 99 anos ($M = 68,9$; $DP = 12,7$), na sua maioria a residir em casa e a frequentar os Centros de Dia na cidade da Praia em Cabo Verde. Na recolha de dados utilizou-se uma ficha sociodemográfica e a versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2010). Em geral, os resultados sugerem que os participantes percecionam uma qualidade de vida razoável nos vários domínios. Os participantes obtiveram valores médios mais elevados no domínio psicológico ($M = 66,8$; $DP = 12,1$) e valores médios mais baixos no domínio ambiente ($M = 51,1$; $DP = 12,6$). Verificou-se ainda que os participantes reformados percecionam melhor qualidade de vida em comparação com os participantes ativos (empregados ou desempregados) ao nível da faceta geral da qualidade de vida e do domínio psicológico. Estes resultados apontam que os indivíduos do presente estudo possuem uma qualidade de vida razoável. Também se concluiu que, a cultura e o género sendo determinantes transversais do envelhecimento ativo, influenciam e interfere a forma como as gerações mais novas se relacionam com os mais velhos, tendo em conta sempre estes aspetos na implementação de políticas para a terceira idade.

Palavra-chave: Gerontologia Social; Envelhecimento ativo; Qualidade de vida; África Ocidental; Adulto/idoso.

Setembro 2012

ABSTRACT

The rate of population aging in Africa is expected to increase dramatically over the coming decades (Pillay & Maharaj, 2013). Faced with this reality is to create conditions for the elderly population, in order to promote active aging combined with a good quality of life. Active aging can be considered as a process of adaptation that occurs throughout life (Fernandez-Ballesteros, 2009), applying to both individuals and population groups, allowing people to realize their potential for physical well-being, social and mental health (WHO, 2005). In turn, quality of life can be understood by the individual's satisfaction resulting from the importance he attaches to different areas, including welfare, material, health, productivity, intimacy, safety, community and emotional wellbeing (Cummins, 1997, as quoted in Canavarro & Vaz Serra, 2010). This quantitative study and cross sectional main objectives: to characterize the quality of life of people in adulthood and old age and analyze the relationship between quality of life and sociodemographic variables. 51 individuals participated, aged between 50 and 99 years ($M = 68.9$, $SD = 12.7$), mostly residing in the community and attending day centers in Praia in Cape Verde. To collect the data we used a sociodemographic data sheet and the Portuguese version of the WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2010). Overall, the results showed that participants perceive one reasonable quality of life in various fields. Participants had higher average values at the psychological domain ($M = 66.8$, $SD = 12.1$) and lower levels in the field environment ($M = 51.1$, $SD = 12.6$). It was also found that participants retired perceive better quality of life compared with participants active (employed or unemployed) at the facet of general and psychological domain. These results suggest that individuals in this study have a reasonable quality of life. It was also found that culture and gender are determinants of active aging cross influence and interfere with the way the younger generations relate to the older, taking into account every aspect in the implementation of these policies to seniors.

Key-words: Social Gerontology; Active Aging; Quality of life; West Africa; adult / elderly.

September 2012

Dedico este trabalho aos meus pais
que sempre me apoiaram em todos os momentos da minha vida.

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço a este país (Portugal) a oportunidade que me deu de realizar o meu sonho.

Agradeço especialmente à Professora Doutora Clara Araújo e à Professora Doutora Alice Bastos pela motivação e apoio durante todo este percurso, pelas orientações e sugestões, pelas oportunidades em desenvolver conhecimento no âmbito deste Mestrado.

Agradeço à Doutora Carla Peixoto e ao Dr. Diogo Lamela, pela disponibilidade e dedicação e por todas as sugestões.

Agradeço muito especialmente à Doutora Luísa Neves da Escola Superior de Educação de Viana do Castelo pelo apoio prestado durante todo este percurso.

À minha amiga Andreia Silva, agradeço pelo apoio incondicional em todos os momentos.

A todos os indivíduos que participaram neste estudo, sem os quais esta investigação não seria possível.

Por ultimo, lembro muito especialmente, a minha família "o meu tesouro" pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha vida. E em especial ao meu avô que desejava esta concretização e que, nesta caminhada, a vida não o permitiu.

A todos os meus amigos pelo apoio e compreensão ao longo desta caminhada e a todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte desta etapa o meu profundo agradecimento.

Índice Geral

Resumo	III
Abstract	V
Dedicatória	VII
Agradecimentos	IX
Índice de tabelas	XIV
Índice de figuras	XIV
Introdução	15
CAPITULO I - REVISÃO DA LITERATURA	21
1. O envelhecimento e a Gerontologia Social	23
1.1. Os ganhos e perdas com a idade	25
2. Envelhecimento global: os países industrializados e em desenvolvimento	29
2.1. O envelhecimento em África	33
2.2. Tendências demográficas em África: o perfil sociodemográfico na África Ocidental	35
3. Envelhecimento ativo e qualidade de vida na velhice	40
3.1. Envelhecimento ativo: a perspectiva da OMS	41
3.2. Qualidade de vida e longevidade	47
3.3. A qualidade de vida e o paradoxo da satisfação na velhice	50
CAPITULO II – MÉTODO	61
1. Participantes	63
2. Instrumentos de recolha de dados	65
3. Procedimentos de recolha de dados	66

4. Estratégias de análise de dados	67
CAPITULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
1. Descrição dos Resultados	71
1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes	71
1.2. Caracterização das atividades do dia-a-dia dos participantes	73
1.3. Caracterização do estado de saúde dos participantes	74
1.4. Caracterização da qualidade de vida dos participantes	75
1.5. Relações entre variáveis sociodemográficas e qualidade de vida	76
2. Discussão dos resultados	81
Conclusão	86
Referências Bibliográficas	89

Índice de tabelas

Tabela 1. Efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo	28
Tabela 2. Distribuição dos participantes em função das características sociodemográficas	72
Tabela 3. Distribuição dos participantes em função da descrição do dia-a-dia	73
Tabela 4. Distribuição dos participantes em função da descrição de como passa o domingo	73
Tabela 5. Distribuição dos participantes em função da prática e do tipo de atividade física	74
Tabela 6. Distribuição dos participantes em função do estado de saúde atual	75
Tabela 7. Estatística descritiva obtida na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref	76
Tabela 8. Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref, em função do género	77
Tabela 9. Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref, em função do grupo etário	78
Tabela 10. Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref, em função do estado civil	79
Tabela 11. Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref, em função da escolaridade	80
Tabela 12. Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bjref, em função da situação profissional atual	80

Índice de figuras

Figura 1. Esperança média de vida à nascença na África ocidental	36
Figura 2. Determinantes do envelhecimento ativo	42
Figura 3. Representação esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice	49

Introdução

O processo de envelhecimento e as modificações ao longo da vida constituem um campo de investigação crescente devido ao envelhecimento populacional e individual. No entanto, quando nos reportamos a estudos realizados em África Ocidental mais propriamente em Cabo Verde, deparamo-nos com algumas barreiras, dada a escassez de estudos realizados no âmbito do envelhecimento. Na África Ocidental, ao contrário das outras regiões do mundo, a taxa de crescimento continua elevada no entender de Aboderin (2009). No entanto, há indícios de que uma desaceleração do crescimento parece estar em curso levando a taxas diferentes de acordo com o país. Neste sentido, o crescimento populacional na África Ocidental deverá baixar 2% entre 2020 a 2025.

No que diz respeito ao envelhecimento ativo, este foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos finais dos anos 90 para designar o envelhecimento como uma experiência positiva. A Organização Mundial da Saúde (2002), como citado por Fernandez-Ballesteros (2009), propõe uma definição processual do envelhecimento ativo baseado em três aspetos importantes: (1) o curso de vida necessário para manter um funcionamento ótimo; (2) um modelo teórico acerca dos determinantes do envelhecimento ativo e finalmente, (3) a resposta política exigida pelo desafio de um mundo em processo de envelhecimento progressivo. O envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos quais requer ações ao nível de três pilares básicos: (1) saúde, que faz referências ao bem-estar físico, mental e social das pessoas mais velhas; (2) participação ativa, tanto individual como coletiva em uma sociedade de acordo com as suas necessidades, capacidades e sobretudo através das relações interpessoais; (3) segurança e proteção das pessoas idosas que necessitam de assistência. (OMS, 2005).

O termo “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros,

comunidades e países. Desta forma o envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005). A promoção do envelhecimento ativo implica a otimização de condições por meio de intervenções biomédicas, físicas, psicológicas e socio-ambientais. No entanto, deve-se ter em conta que o envelhecimento ativo supõe a prevenção da doença e da incapacidade e a maximização do bem-estar e da qualidade de vida na velhice (Fernandez-Ballesteros 2009).

Por seu turno, a qualidade de vida só ganhou relevância nos anos 60 e 90, graças ao aumento significativo do número de estudos efetuados no campo da Saúde. No entanto, com o aumento da população idosa tem havido uma crescente preocupação por parte das políticas públicas em desenvolver programas que contribuam para a qualidade de vida deste grupo populacional. O conceito de qualidade de vida é, ainda hoje, complexo e de difícil definição. No entanto, Walker (2010) define a qualidade de vida como sendo um conceito amorfo, multinível e complexo, no qual se inclui componentes objetivas, subjetivas, macro - sociais, micro - individuais, positivas e negativas com interação entre si.

Dada a complexidade inerente a este conceito não existe consenso relativamente às abordagens teóricas que procuram conceptualizar e avaliar a qualidade de vida na velhice. Todavia, Brown e colaboradores, (2004), como citado por Walker (2010), através de uma revisão sistemática da literatura, propuseram uma taxionomia de diferentes abordagens de aplicação ao contexto gerontológico nomeadamente os indicadores sociais objetivos, a satisfação das necessidades humanas, os indicadores sociais subjetivos, capital social, recursos ecológicos e vizinhança, saúde e funcionamento, modelos psicológicos e por último as abordagens hermêuticas. Apesar da ausência de uma definição consensual, Walker (2010), nomeia alguns pontos de concordância entre a comunidade científica que poderão contribuir para a compreensão do conceito de qualidade de vida na velhice. Esta convergência entre investigadores pode ser resumida nos seguintes cinco tópicos: (1) Reconhece-se a sua natureza dinâmica, multifacetado e complexa, resultante da interação de múltiplas influências objetivas e subjetivas, macro e

micro, positivas e negativas; (2) a qualidade de vida na velhice resulta da combinação interativa de fatores ligados ao curso de vida e fatores ligados à situação imediata. Este conceito não se reporta apenas aos recursos individuais e psicológicos de cada pessoa, mas atende também às oportunidades e recursos sociais e económicos que cada um tem ao seu dispor ao longo da vida, como a segurança sócio económica, a coesão e a inclusão social; (3) os fatores que influenciam a qualidade de vida na velhice são semelhantes para diferentes grupos etários. Esta semelhança é particularmente evidente quando se perspetiva a meia-idade e a terceira idade. No entanto, quando se comparam jovens e pessoas idosas, fatores como a saúde e a capacidade funcional assumem uma maior relevância para as pessoas idosas; (4) existem associações empíricas existentes à velhice entre qualidade de vida e bem-estar na velhice, que refletem a boa saúde, capacidade funcional, um sentido de adequação pessoal, participação social, relações familiares interpessoais, suporte social entre outros; (5) embora haja uma associação entre qualidade de vida e bem-estar na explicação dos resultados, as autoavaliações subjetivas de bem-estar psicológico e da saúde parecem ser mais poderosas do que os fatores económicos objetivos sociodemográficos.

Quanto à questão da subjetividade da qualidade de vida, o grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. No entanto este conceito reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e de meio ambiente (Fleck, 2000).

Segundo Fonseca (2005), o conceito de qualidade de vida pode ser identificado como um dos principais indicadores de avaliação da condição de vida dos idosos. No entanto, o mesmo autor refere que é possível conceptualizar a qualidade de vida no envelhecimento através de diferentes componentes tais como a componente objetiva (condições de vida), a componente subjetiva (satisfação pessoal com as condições de vida), e a associação entre as duas componentes anteriores e combinação das

componentes objetivas e subjetivas em função da sua escala de valores e aspirações de cada pessoa.

Neste sentido, o presente estudo intitulado, “envelhecimento ativo e qualidade de vida: um estudo em Cabo Verde” tem como principais objetivos (1) caracterizar a qualidade de vida das pessoas na vida adulta e na velhice e (2) analisar as relações entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas dos participantes. O desenvolvimento deste estudo em Cabo Verde surgiu da necessidade de conhecer e dar a conhecer a realidade vivenciada pelos idosos no que concerne à qualidade de vida, tendo em conta que não existem estudos realizados em Cabo Verde sobre a temática aqui abordada.

A presente dissertação é desenvolvida em torno de um estudo de natureza quantitativa, transversal, que decorreu junto de uma amostra de 51 indivíduos com 50 anos ou mais, residentes na cidade da Praia – Cabo Verde. Para concretizar este estudo, o presente trabalho divide-se em três partes. Na primeira parte apresenta-se a revisão da literatura do tema em investigação e a abordagem de conceitos relevantes para a mesma nomeadamente o envelhecimento em África Ocidental, o envelhecimento ativo, a qualidade de vida na velhice entre outros. Na segunda parte engloba a metodologia, o trabalho de campo no que confere a: participantes, instrumentos de recolha de dados e procedimentos. Na terceira parte, segue-se a apresentação dos resultados obtidos, a sua análise e discussão. Por fim apresenta-se a conclusão de investigação.

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo aborda os principais conceitos e investigação associada ao envelhecimento nomeadamente o envelhecimento global e na África Ocidental, o envelhecimento ativo e a qualidade de vida nas pessoas idosas. Neste sentido, atendendo ao montante de informação recolhida dos mais variados tipos de fontes, considerou-se ser de elevado interesse elaborar uma síntese das análises realizadas dos estudos efetuados pelos inúmeros autores consultados.

1. O envelhecimento e a Gerontologia Social

O aumento de número de idosos em todo o mundo traz modificações na condição de vida da sociedade. Neste sentido, surgiu a necessidade da criação de uma nova ciência a “Gerontologia Social “ que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento (Fernandez-Ballesteros, 2004; Fonseca, 2005). No entanto a Gerontologia é uma ciência multidisciplinar que compreende os aspetos psicológicos, sociais, ambientais, económicos, legais, políticos, éticos, antropológicos no processo de envelhecimento (Rodrigues & Terra, 2006).

O processo de envelhecimento é atualmente um dos acontecimentos mais importantes da sociedade a nível mundial. É um fenómeno que afeta de diferentes formas praticamente todos os países e também faz parte integrante do desenvolvimento humano a nível individual. Com isso pode-se dizer que toda a pessoa que envelhece, envelhece de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo difere de cultura para cultura.

Ser idoso é uma condição que é compreendida na sequência da história de vida do individuo e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. No entanto, existem várias formas de envelhecer, que incluem os idosos bem-sucedidos e ativos mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto em que vivem. A complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados, emergem tanto em termos da qualidade de vida como

de outros indicadores psicossociais. Neste sentido, existem aspetos recorrentes que parecem ser transversais à vivência dos mais velhos, como o sentimento de solidão, sendo este um dos resultados mais partilhados na singularidade de cada sujeito (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005).

Neste sentido o envelhecimento inclui três componentes (1) o processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; (2) o envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; (3) o envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pela tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento (Schroots & Birren, 1980, como citado em Paúl, 2005a).

No entanto, na perspetiva de Abeles, como citado em Fonseca (2004), o envelhecimento não é mais do que uma etapa do desenvolvimento humano, uma vez que o ser humano desenvolve-se ao longo de todo o ciclo de vida. Assim, existem pelo menos quatro premissas identificadas que emergem desta perspetiva: (1) O desenvolvimento é um processo ao longo de toda a vida – não é limitado a uma idade em particular, mas sim um processo iniciado no nascimento e findado com a morte; (2) O desenvolvimento é multidimensional – ocorre com a interação dos diversos domínios no âmbito humano, psicológico, social, biológico e funcional. O envelhecimento não é caracterizado por alterações de um único domínio de forma universal; (3) O desenvolvimento é multidireccional – ocorre sequencialmente de forma diferente consoante os indivíduos, adquirindo desta forma rumos distintos; e por último (4) O desenvolvimento é multideterminado – o comportamento dos indivíduos é condicionado pelos diferentes domínios.

Atualmente, segundo Paul e Fonseca (2005), o processo de envelhecimento é preferencialmente, estudado sob três pontos de vista: a psicologia, saúde e a prestação de cuidados. Sob o ponto de vista da psicologia, a condição de ser idoso na atualidade corresponde a padrões diversificados de histórias de vida e de comportamentos cuja complexidade necessita de um olhar psicológico, com a sua representação em termos de construção de sentidos e significados para o ato de envelhecer.

Ao nível da saúde é fundamental considerar que ao alargamento do tempo de vida, corresponde um aumento do risco de adoecer e da necessidade de recorrer a serviços de saúde, sendo este um recurso adaptativo para os idosos, independentemente da sua origem social, cultural e económica, ganhando um papel cada vez mais importante no envelhecimento. O terceiro corresponde à prestação de cuidados, realçando-se, devido à grande heterogeneidade verificada entre os idosos, que suscita a necessidade de se analisar a adequação dos tipos de cuidados mais comuns, formais e informais, praticados junto da população idosa, bem como pela diversidade de modelos assistenciais existentes (Paúl & Fonseca, 2005).

No entanto, para Birren (1995), como citado em Paúl (2005b), o envelhecimento é visto como um processo ecológico, uma interação entre organismos com o seu padrão genético e diversos meios físicos e sociais, pelo que o aumento da longevidade de 45 para 75 anos teve maior influência da parte das mudanças económicas, tecnológicas e sociais do que propriamente dos fatores biológicos e genéticos.

Assim de acordo com Yates (1993) como citado em Paul (2005b) o envelhecimento é um processo termodinâmico da quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, acidentes, e instabilidades dinâmicas que por fim resultam na morte.

1.1.Os ganhos e as perdas com a idade

O desenvolvimento ao longo da vida e o envelhecimento não podem ser apenas um jogo para ganhar, em termos de critérios absolutos de capacidade funcional, é inevitável que ocorram perdas como refere Baltes e Baltes (1990), citado em Fonseca (2005). Neste sentido, para Fonseca (2005), apesar de todos os momentos de vida serem marcadas por uma alternância entre ganhos e perdas desenvolvimentais, desde o início da conceptualização, Baltes e Colaboradores (s.d) não escodem o fato de o envelhecimento vir associado a um movimento no sentido de um balanço negativo entre ganhos e perdas

ou seja a intensidade e frequência das perdas vai-se acentuando à medida que a idade cronológica vai também ela avançando.

No entanto o envelhecimento não tem uma idade definitiva para acontecer, é um processo natural de vida que depende de vários fatores e envolve mudanças contínuas no organismo ao longo do desenvolvimento. As mudanças no funcionamento cognitivo em adultos e idosos podem estar associados a défice de atenção, problemas físicos, problemas psicológicos, alterações sensoriais, tempo de reação, variáveis individuais e níveis de escolaridades (Gasparetto & Lasca, 2005).

Para Lachman e Baltes (1994), como citado em Fonseca (2005), as principais razões explicativas desta intensificação das perdas residem no facto de a velhice acarretar uma tendência para o incremento de patologias e para uma redução definitiva na capacidade adaptativa.

No entanto durante o envelhecimento ocorrem alterações no funcionamento cognitivo. Este está relacionado com fatores de ação proximal e distal, como a herança genética inerente às capacidades cognitivas, o ambiente familiar no início da vida e na meia-idade, o funcionamento cognitivo na meia-idade, o estatuto socioeconómico, o estilo de vida e a presença de doenças crónicas (Bastos, Faria & Moreira, 2012).

Por sua vez Salthouse (2004) como citado em Paul (2006), afirma que o declínio do funcionamento cognitivo associado com a idade é relativamente grande e começa cedo na vida adulta no qual é evidente vários tipos diferentes de capacidades cognitivas e nem sempre é acompanhado de aumentos na variabilidade entre indivíduos. Por sua vez também Schaie, (1992), como citado em Paúl, (2005b) afirma que o declínio cognitivo ocorre em indivíduos depois dos 60 anos e trata-se de um declínio que não atinge todas as funções e nem todos os indivíduos de modo uniforme e nem mesmo depois dos 80 anos.

Neste sentido, Bastos, Faria e Moreira, (2012) apresentam o modelo do funcionamento cognitivo de Baltes (1984) constituído por duas dimensões nomeadamente a mecânica e a pragmática da cognição. A dimensão da mecânica cognitiva reflete propriedades organizacionais do sistema nervoso central, no qual inclui a velocidade, precisão e coordenação de operação de processamento mental, memória

sensorial e motora, discriminação categorização e atenção seletiva e também a capacidade de raciocínio. A dimensão pragmática revela o poder da ação humana e da cultura e constitui o centro de acontecimentos de socialização que seguem os princípios de co construção são parte integrante tanto do indivíduo como da cultura. Estes incluem a capacidade de leitura e escrita, qualificações educativas, capacidades profissionais, estratégias de resolução de problemas do dia-a-dia e tal como conhecimento sobre o self e o significado e condução da própria vida.

A tabela 1 representa as tendências gerais do envelhecimento para algumas áreas específicas do funcionamento cognitivo. Neste sentido tal como a tabela ilustra, as alterações cognitivas associadas ao envelhecimento normal situam-se entre o ligeiro e o moderado e exclusivamente há áreas em que o desempenho se mantém ou melhora.

Tabela 1.*Efeitos do envelhecimento no funcionamento cognitivo*

Aptidão	Sentido de mudança no envelhecimento	Comentário
Inteligência Vocabulário, fundo de conhecimento-, Habilidade perceptivo motoras	Estável ou crescente Em declínio	Pode declinar ligeiramente em idades muito avançadas; mais pronunciados em tarefas novas; O declínio começa pelos 50 – 60 anos;
Atenção Campo da atenção; Atenção complexa;	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro	Problemas em dividir a atenção, filtrar ruído deslocar a atenção;
Linguagem Comunicação Sintaxe, conhecimento de palavras Fluência, nomeação Compreensão Discurso	Estável Estável Declínio ligeiro Estável a declínio ligeiro	Na ausência de défice sensorial varia com o grau de instrução; Lapsos ocasionais em encontrar palavras; Algumas erosões no processamento de mensagens complexas; Pode ser mais impreciso, repetitivo;
Memória De curto prazo De trabalho Secundária Implícita Remota	Estável a declínio ligeiro Declínio ligeiro Declínio moderado Estável a declínio ligeiro Variável	Intervalo de dígitos em contagem crescente intacto (7, 2 itens) mas com fácil rotura por interferências; Aptidão diminuída para manipular informação na memória de curto prazo; Défices de codificação e recuperação; armazenagem intacta; Pode recordar com mais facilidade características incidentais do que informação processada inconscientemente Intacta para aspetos mais importantes da história pessoal
Visuo espacial Copiar desenhos Orientação	Variável Em declínio	Intacta para figuras simples, mas não para complexas; Mais notável em terreno não familiar;
Raciocínio Resolução lógica de problemas Raciocínio prático	Em declínio Variável	Alguma redundância e desorganização intacta para situações familiares;
Funções de execução	Declínio ligeiro	Planeamento/monitorização menos eficiente de comportamentos complexos;
Velocidade	Em declínio	Lentificação do pensamento e da ação é a mudança mais contante no envelhecimento;

Adaptado por Spar e La Rue, (2005) como citado em Figueiredo, D. (2007).

Em suma a velhice normalmente vem acompanhada de transformações e perdas por um

lado e ganhos por outro. Neste sentido como foi apresentado anteriormente, durante o envelhecimento ocorre mudanças em diversas áreas do funcionamento cognitivo, nomeadamente na parte da inteligência as alterações tendem a manter-se estável ou crescente durante a maior parte da vida adulta; quanto a atenção no idoso continuam a manter-se estável em declínio ligeiro, mas no entanto apresenta dificuldades em filtrar informações em dividir atenção por outras tarefas. Quanto a linguagem a comunicação continua a ser estável toda a vida adulta, no entanto as pessoas idosas tem maiores dificuldades em compreender mensagens complexas. No entanto durante o envelhecimento é preciso manter o idoso nas condições saudáveis dos domínios físicos e cognitivos, mantendo a sua autonomia ao longo da vida.

2. Envelhecimento global: países industrializados e em desenvolvimento

O envelhecimento global está entre as mudanças mais acentuadas do nosso tempo, no entender de Hooyman e Kiyak (2011). Uma grande diferença demográfica entre as nações em quase todos os aspetos da vida nacional e internacional. Demograficamente afeta as taxas de crescimentos, distribuição intergeracional, salário, a estrutura do mercado, o saldo da poupança e consumo entre outros. Socialmente, o mundo vai mudar, assim como as famílias passarão a ter mais gerações.

Em todo o mundo observa-se um aumento na dimensão absoluta e relativa da população. Mas, uma enorme variação irá ocorrer no envelhecimento entre países e regiões. O envelhecimento global está ocorrendo devido à baixa taxa de natalidade e mortalidade e ao aumento da esperança média de vida a nascença. O número de pessoas com 65 anos ou mais no mundo deverá continuar a aumentar, a partir da estimativa de 495 milhões em 2009 para 974 milhões em 2030. Este resultará numa população mundial em que 12% será de 65 anos ou mais em 2030, em comparação com 7% atualmente. Estima-se que 120 países atingirão baixas taxas de fecundidade. A situação é particularmente crítica no Japão, onde a taxa de fertilidade em 2006 era de 1,25 filhos por mulher (Hooyman & Kiyak , 2011).

Segundo a mesma fonte, a esperança média de vida e o crescimento esperado da população idosa diferem substancialmente entre os países industrializados e países em desenvolvimento. Atualmente, 60% dos adultos mais velhos vivem em países em desenvolvimento, estimando-se que até 2020 pode aumentar para 75%. Em geral, o envelhecimento da sociedade provavelmente vai ocorrer na Europa e alguns países da Ásia, para as próximas décadas, enquanto o resto do mundo permanecerá relativamente jovem.

Globalmente, a população total está crescendo a uma taxa de 1,2% ao ano. Em 2000 a percentagem de pessoas idosas em África era de 5%, na Europa 20%, Ásia 9%, América do norte 16%, América Latina e Caraíbas 8% e na Oceânia de 13%. No entanto, cerca de 10% da população mundial tem 60 anos ou mais. É de esperar, no ano 2050, que 21% da população mundial tenha 60 anos ou mais (Sowers & Rowe, 2007).

No entanto, como referem Sowers e Rowe (2007), uma grande parte das pessoas idosas nos países em desenvolvimento vivem em situação de pobreza sendo que: 80% dos idosos nos países em desenvolvimento não tem rendimento regular; um terço da população idosa vive de rendimentos baixos; a taxa de pobreza em famílias com pessoas idosas é 29% maior do que em famílias sem idosos, mais de 100 milhões de pessoas idosas vivem com menos de um dólar por dia. A falta de alimento é uma das causas de problemas de saúde em pessoas idosas e por fim Viúvas idosas estão entre os grupos mais pobres e vulneráveis.

Neste contexto, o género parece afetar a forma como as pessoas envelhecem. Em todo o mundo as mulheres vivem mais tempo que os homens, como referem Sowers e Rowe (2007). Em 2005, havia 83 homens para cada 100 mulheres, com mais de 60 anos em todo o mundo. Todavia nos países em desenvolvimento, a diferença é menos ampla, havia 91 homens para cada 100 mulheres. No entanto, esta diferença está a aumentar sendo que em 2015 espera-se 89 homens para cada 100 mulheres, e em 2030, 86 homens para cada 100 mulheres. Por causa da longevidade das mulheres, elas são mais propensas a sofrer de doenças crónicas associadas à velhice. Dentro das patologias mais frequentes estão a osteoporose, a diabetes, a hipertensão, a incontinência urinária e a artrite (WHO, 1999 como citado em Sowers & Rowe, 2007).

Espera-se, segundo os dados das Nações Unidas a idade média na Europa em 2050 seja de 47 anos. Em Portugal essa evolução foi ainda mais forte em 1950 a idade média era apenas de 26 anos, em 2010 era de 41 anos a idade média da sua população (Rosa, 2012). No entanto, Rosa (2012) refere que associado à rapidez deste processo estão as baixas taxas de mortalidade e as baixas taxas de natalidade no país. Estas variáveis afetam todas as faixas etárias, diminuindo o número de jovens e ativos e aumentando a faixa dos idosos deixando o país cada vez mais envelhecido. Apesar do cenário não ser o mais favorável existem pessoas que pensam que Portugal deixará de envelhecer, um erro comprovado pelo Instituto Nacional de Estatística. Em 1920 a esperança média de vida de um português era de 40 anos. Atualmente é de 76 anos enquanto as mulheres têm uma esperança média de vida de 82 anos. Este aumento da esperança de vida é o resultado de grandes avanços a nível científico, médico e social, que ocorreram ao longo dos anos, o que fez com que taxa de mortalidade diminuísse.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os fatores socioeconómicos e culturais influenciam o abuso entre os idosos incluindo a representação das pessoas idosas como frágil, fraco e dependente; erosão dos laços entre as gerações de uma família; a reestruturação das redes de suporte básico para os idosos; os sistemas de direitos de herança e da terra, afetando a distribuição de poder e bens materiais dentro das famílias; migrações de casais jovens para outras áreas deixando os pais idosos sozinhos em sociedade onde os idosos eram tradicionalmente atendidos por sua geração (Sowers & Rowe, 2007).

Perante o processo de envelhecimento e as modificações a este associado, é necessário que existam políticas adequadas para dar respostas às necessidades que possam surgir. Neste sentido a Comissão Europeia criou medidas e políticas de modo a contribuir para este processo.

Em 1982 foi aprovado o Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento pela Assembleia Geral da ONU. Este influencia o desenvolvimento e implementação de políticas e programas que afetam os idosos, com o principal objetivo de fortalecer a capacidade dos governos e da sociedade civil para lidar de forma eficaz com o

envelhecimento da população, resolvendo as necessidades potenciais e de dependência das pessoas idosas. O plano também visa garantir a segurança e dignidade das pessoas idosas, que eles continuem a participar nas suas sociedades com plenos direitos. As prioridades incluem: envolver as pessoas idosas no processo de desenvolvimento; promover a saúde e o bem-estar na velhice; assegurar ambientes de apoio que permitem que as pessoas façam as suas escolhas. Os temas centrais do plano incluem: o reconhecimento das necessidades das mulheres idosas; o desejo das pessoas idosas em se manterem ativa e a necessidade de criar solidariedade entre gerações (Sowers & Rowe, 2007).

Em 1991, a Assembleia Geral aprovou os princípios das Nações Unidas para a população idosa (Camarano & Pasinato, 2004). Que podem ser agrupados em cinco categorias:

- Independência, ou o reconhecimento de que as pessoas idosas deveriam ter acesso a todos os meios necessários para viver, acesso ao emprego, à educação e à sua casa;
- Participação, procura a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem.
- Os cuidados, referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional.
- Realização pessoal, significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos.
- Dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Em 1992, a Assembleia Geral aprovou quatro objetivos globais sobre o envelhecimento para o ano 2001 e um guia para determinar os objetivos nacionais. Também aprovou a declaração sobre o envelhecimento em que pede encarecidamente o

apoio de iniciativas nacionais relacionadas com o envelhecimento. Foi também durante esta assembleia que foi estabelecido o ano 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas em reconhecimento da longevidade demográfica da humanidade (Nações Unidas, 1999).

Em 2002 realizou-se a II Assembleia Mundial das Nações Unidas realizada em Madrid sobre o envelhecimento, em que se traçou objetivos orientadores de políticas inovadoras para responder ao envelhecimento demográfico no sentido de promover uma sociedade para todas as idades (Camaramo & Pasinato, 2004).

No entanto para Sowers e Rowe (2007) o envelhecimento é uma questão de desenvolvimento. Com o envelhecimento da população os países devem começar a construir infraestruturas que lhes permita oferecer uma oferta suficiente de serviços de saúde adequados, moradias, apoio ao rendimento, transportes e outros elementos fundamentais para uma boa qualidade de vida das suas populações. Isto exigirá um grupo de profissionais tais como investigadores, educadores, administradores para colaborar eficazmente com base no conhecimento e boas práticas. As pessoas idosas estão a viver mais e saudáveis, querem cada vez mais permanecer economicamente ativa dando o seu contributo para a sociedade. A sociedade precisa reconhecer os pontos fortes das pessoas idosas e capacita-los. Uma série de desafios requerem a introdução de políticas e programas que respondem às necessidades das pessoas idosas. Estes incluem: promover a educação e a formação ao longo da vida e um envelhecimento saudável e ativo; reconhecer e apoiar os serviços de prestação de cuidados prestados pelas pessoas idosas especialmente as mulheres, para netos órfãos pelos efeitos da HIV/SIDA; eliminar a violência e outros crimes contra as pessoas idosas que são apanhados em conflitos e outras situações humanitárias; a questão do género e apoiar investigação sobre o envelhecimento da população e fortalecimento de regimes de proteção social para pessoas idosas (Sowers & Rowe, 2007).

2.1. O envelhecimento em África

África, como em outras partes do mundo, está passando por rápidas mudanças

demográficas e, apesar de grande parte da população ser jovem, a proporção de pessoas idosas tem aumentado consideravelmente ao longo das últimas décadas (Pillay & Maharaj, 2013).

A consciência do envelhecimento em África surgiu no início do ano 1980, devido à preocupação internacional das Nações Unidas no que concerne ao envelhecimento da população nos países menos desenvolvidos como refere Aboderin (2009). O debate ocorreu na primeira Assembleia das Nações Unidas sobre o envelhecimento em Viena em 1982, onde foi aprovado o Plano de Ação internacional sobre o envelhecimento. O ponto de partida para o debate sobre o envelhecimento em África, tem sido a previsão do aumento da população idosa nas próximas décadas e geralmente, uma transição demográfica o que pode levar ao envelhecimento da população.

As implicações para o envelhecimento da população projetada na região têm sido largamente ignorado da mesma forma e com poucas exceções, praticamente nenhuma consideração tem sido dada as questões críticas sobre a evolução da morbilidade, mortalidade e incapacidade em idades mais avançadas que estão acompanhando o crescimento da população idosa (Aboderin, 2009).

Segundo, Aboderin (2009), nos últimos anos, o debate sobre o envelhecimento em África Subsariana ganhou um avanço significativo devido à conjunção de um número de iniciativas internacionais que surgiram entre 2002 e 2005. Estes reafirmaram a importância de abordar questões do envelhecimento nos países em desenvolvimento e chamaram a atenção internacional, especificamente no desenvolvimento da África. O debate sobre o envelhecimento da população em África Subsariana tem sido as preocupações essencialmente humanitárias sobre como garantir a segurança e o bem-estar para o número crescente de pessoas idosas nas próximas décadas. A preocupação semelhante, é claro, é também central para debates gerontológicos no mundo desenvolvido na Ásia e a América Latina.

Neste sentido como refere Aboderin (2009), o debate atual sobre o envelhecimento em África Subsariana tem sido estimulado de duas formas (1) uma imagem fixada de forma a interagir fatores que podem causar uma vulnerabilidade dos idosos em sociedades contemporâneas da África subsariana nomeadamente: Uma

diminuição suficiente de capacidade, para se envolver em um trabalho remunerado produtivo ou de autocuidado, devido às mudanças físicas, mentais e sociais ou atributos associados com o envelhecimento cronológico do indivíduo no contexto em África Subsariana; Efeitos da rápida mudança sociocultural, estresse econômico, migração rural-urbana dos jovens e crises agudas, como a epidemia de HIV / AIDS ou conflito armado e por ultimo uma virtual ausência de prestação de serviços sociais para os idosos na maioria dos países da África Subsariana. (2) a dinâmica recente tem gerado uma série de iniciativas lideradas por especialistas africanos e internacionais, visando promover direções para a investigação sobre o envelhecimento em África.

2.2. Tendências demográficas em África: o perfil sociodemográfico da África Ocidental

A África Subsariana é e continuará a ser a mais jovem região do mundo. Cerca de 64% da população da África Subsariana tem idade inferior a 25 anos, enquanto apenas 4,8% é de 60 anos ou mais. Esta estrutura etária da população deverá manter-se relativamente inalterada até 2025 (Aboderin, 2009).

A população da África Ocidental possui uma taxa de crescimento anual, próximo da média na África Subsariana sendo que em 2000-2005 tinha uma taxa de 2,6%, em 2045-2050 espera-se um crescimento de 1,2% da população. No entanto, em muitos países, este declínio ainda não começou. Globalmente, a África Ocidental está a provar ser uma das últimas regiões do mundo a iniciar a sua transição demográfica. Alguns países como a Nigéria, Guiné-Bissau, Mali, Libéria e Serra Leoa estão ainda em fase de crescimento populacional acelerado (OECD, 2007).

Em 2007, a população mundial é estimada em 6,7 bilhões de pessoas, Ásia é o continente mais populoso do mundo (60% da população do mundo), seguido da África que é o segundo mais populoso do mundo desde 2000 (14%) e seguido de perto pela Europa (11%), América Latina e Caraíbas (9%), América do Norte (5%) e por ultimo, Oceânia (1%). Neste sentido, havia 807 milhões de habitantes da África Subsariana que representa 84% da população do continente Africano. A taxa de crescimento anual da

população para a África subsaariana atingiu seu pico de 2,9% em 1980-1985, desde então, foi baixando (2,5% em 2000-2005). Embora na África Ocidental, houve uma redução significativa na fertilidade, esta redução permanece altamente desigual entre os países. Ainda que bastante óbvio em certos países tais como: Benim, Cabo Verde, Costa de Marfim, Gâmbia, Gana, Mauritânia, Nigéria, Senegal e Togo (OECD, 2007).

Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade na África Ocidental caiu consideravelmente de 21 por 1000 em 1970-1975, para 16 por 1000 em 2000-2005, a taxa de mortalidade infantil caiu correspondente 149-112 por 1000, o que resultou em um aumento na expectativa de vida ao nascer. A expectativa de vida aumentou de 40 anos de idade no início de 1960 para 50 em 1995. Este é um sucesso relativo em relação à situação no resto do mundo, onde, em 1995, a expectativa de vida era de 64 anos e 63 anos na África do Norte. (OECD, 2007).

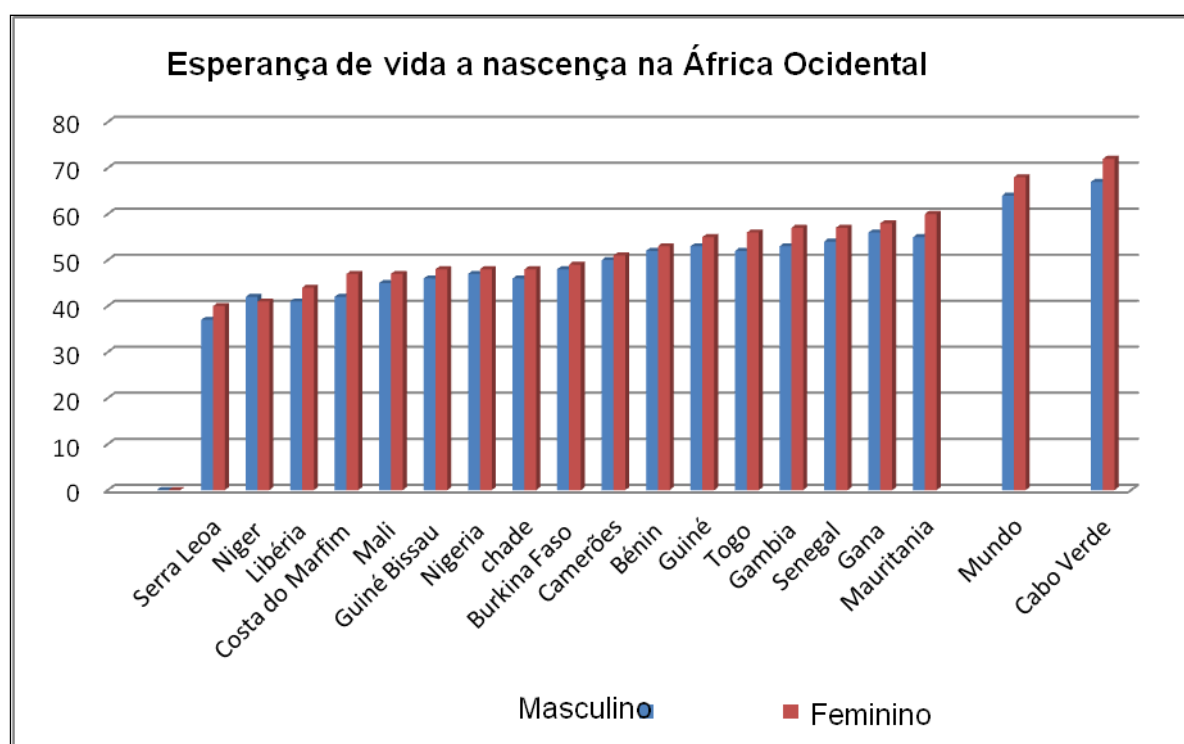


Figura 1. Esperança média de vida à nascença na África Ocidental

Fonte: Who, World Health Statistics 2007 Highlights and Tables

Como é possível verificar, com a notável exceção de Cabo Verde, a esperança média de vida a nascença na África Ocidental está abaixo da média mundial e muito

menor do que em países desenvolvidos, onde é agora 80 anos. Além disso, enquanto muitos países desenvolvidos apresentam expectativa de vida relativamente semelhante a saúde e a expectativa de vida ajustada em níveis de natalidade, a situação é muito diferente na África e, consequentemente, na África Ocidental, onde a saúde das pessoas é muito mais incerto. Embora a saúde ajustado a esperança de vida aumentou rapidamente entre os anos 1950 e 1970, houve uma desaceleração durante as últimas décadas do século 20, essencialmente devido à SIDA e outras doenças transmissíveis (OECD, 2008).

A estrutura etária da África Ocidental é em grande parte o resultado de sua taxa de fertilidade e, em menor medida a sua taxa de mortalidade. A pirâmide etária atual (2005) tem um pico estreito e uma base muito ampla. O número de idosos continua relativamente baixo: a participação de mais de 60 anos na população total variou pouco entre 1950 e 2005, caindo 5,2-4,9%. A participação dos jovens aumentou de 41,6% em 1950 para 43,9% em 2005, em detrimento da população em idade de trabalho, que caiu de 53,1% para 51,2% no mesmo período. A média de idade caiu de 19,2 anos em 1950 para 17,8 anos em 2005. (OECD, 2007).

O aumento do número de jovens pode ser visto como um bônus demográfico que deve ser utilizada em esforços de desenvolvimento. Mas isso vai aumentar a pressão sobre o meio ambiente e os serviços do estado social (sociais, saúde e educação) e vai intensificar os movimentos migratórios dentro da região e para a Europa, que está geograficamente próximo e tem cada vez mais exigências de trabalho. No entanto, o envelhecimento da população mundial também está começando a ser encarado. A proporção de pessoas idosas (mais de 60 anos) seria, então, 10% na África e 9% na África Ocidental (OECD, 2007).

Relativamente as investigações, no entender de Aboderin (2009) as perspectivas fornecem uma base útil para examinar o que nós hoje sabemos sobre o envelhecimento da população e as pessoas mais velhas na África Ocidental. Estudos na sub-região em particular no Gana e Nigéria sempre constituíram uma grande parte da investigação sobre o envelhecimento africano. No entanto, sua participação tem diminuído nos últimos anos, dada a investigação em idosos e HIV/SIDA no sul e na África Ocidental, as regiões mais afetadas pela epidemia. Em vez disso, a base da investigação sobre o envelhecimento tem

sido realizada em cinco áreas principais de investigação, incluindo, no nível mais simples, descrições do perfil demográfico básico da população idosa.

Os estudos em Gana e Nigéria sobre o perfil sociodemográfico da população idosa, tem uma análise secundária dos dados disponíveis de tipo transversal ou longitudinal do censo da população. Estes normalmente exploram questões tais como: dimensão, sexo, idade e distribuição da população idosa, bem como padrões de educação de emprego, estado civil e situação profissional. Os resultados demonstram que a maioria dos idosos está a viver em áreas rurais (72% na Nigéria, e 68% em Gana, em 2003). As tendências, respetivamente, refletem efeitos prováveis da migração rural-urbana e o aumento de envelhecimento nas cidades e a chegada de grupos mais jovens que se beneficiaram da educação na década de 1940 e 50 (George 1976, como citado por Aboderin, 2009).

No que diz respeito ao estado civil, a maioria da população idosa é casado, embora uma grande proporção é viúva, divorciada ou separada. Os dados da Nigéria apontam para diferenças de género, no estado civil, em que uma grande parte das mulheres idosas é casada. Em 2003, no Gana, os dados confirmaram a diferença do género referente a esperança de vida, em que os homens idosos estão em minoria que as mulheres a uma proporção de 98,7-100. Enquanto os dados da Nigéria em 1991, revela o contrário em que as mulheres se encontravam em minoria (Aboderin, 2009).

Investigações recentes sobre o envelhecimento na África Ocidental se concentraram em quatro áreas de investigação que são usados como indicadores do bem-estar dos idosos: trabalho e rendimento, condições de vida, estado de saúde e por fim atitudes e suporte de apoio familiar intergeracional. As informações sobre emprego, rendimento e estatuto profissional vêm de duas investigações relativamente datadas de pessoas idosas na Nigéria e Gana, bem como de análise de Nigerianos, dados do censo de 1991 e 2000-2002. Há evidências que uma grande proporção de pessoas idosas permanecerá na força de trabalho (Aboderin, 2009).

Investigações na área da saúde conseguiu maior número de investigações na África Ocidental sobre o envelhecimento, com estudos baseados em três grandes áreas (1) uma série de investigações, especialmente em Nigéria e Gana, forneceram sínteses descritivas dos níveis e padrões, estado funcional geralmente usando medidas da saúde e

dificuldades nas atividades básicas de vida diária ou atividades instrumentais da vida diária; (2) uma série de investigações têm explorado aspectos da epidemiologia básica das condições específicas da doença entre os idosos, tais como hipertensão, diabetes, artrite e malária, depressão maior, problemas de visão; (3) foram realizados estudos quantitativos e qualitativos sobre os níveis de consumo de cuidados de saúde entre os idosos em vários países. E por fim os dados disponíveis sobre as pessoas idosas, o acesso aos serviços de saúde, serviços formais apontam consistentemente déficits significativos ou possíveis desigualdades etárias relacionados com a saúde (Aboderin, 2009).

Investigações mostraram que apenas 3 a 4,4% da amostra relata ter graves incapacidade funcional e 9% referem ter incapacidade funcional moderada (Gureje et al 2006, como citado em Aboderin, 2009). Por outro lado, estudos encontraram grandes proporções de pessoas em condições crônicas e agudas de doenças. Em várias investigações, uma grande parte dos idosos relataram ter problemas visuais (Baiyewu et al. 1997; Nwose 2000; Bakare et al. 2004 citado em Aboderin, 2009). Em relação aos padrões rurais/urbanos, estudos encontraram consistentemente altas taxas de incapacidade funcional, hipertensão, e depressão entre os moradores urbanos quando comparados com indivíduos que viviam em zonas rurais.

Assim como refere Aboderin (2009), nós sabemos pouco sobre a medida e a forma em que uma transição de saúde "ou transição epidemiológica" vem ocorrendo na população idosa. Essas grandes lacunas refletem limitações metodológicas e conceituais em investigações (1) a falta de dados de investigações nacionais representativas que permitam realizarem generalizações robustas; (2), as populações têm estado com baixo nível de escolaridade e contato com serviços de saúde formais; (3) são poucos os esforços até agora realizados para conhecer e observar os dados sociodemográficos de saúde, entre as pessoas mais velhas.

Infelizmente, as investigações na África Ocidental, não considera a necessidade premente de explorações refinadas no que concerne aos determinantes sociais, da saúde e desigualdades na velhice. Ao contrário dos outros países que a investigação tem sido crescente neste aspecto (Aboderin, 2009).

Relativamente às condições de vida, vários estudos recentes têm feito uma

avaliação relativamente detalhada dos idosos. De acordo com as conclusões tidas das pessoas que vivem em países da África Ocidental coloca em evidência quatro padrões-chave. Primeiro, a maioria das pessoas idosas vivem nos países da África Ocidental que variam de 50%, no Gana, a 80% no Senegal. Entre os mais idosos que vivem com uma proporção considerável, têm pelo menos uma criança em sua casa. Segundo, em comparação com os seus homólogos de todo o mundo e outras sub-regiões os idosos na África Ocidental são muito menos propensos a viver sozinhos ou só com o cônjuge. Terceiro, os idosos da África Ocidental também são menos que aqueles em leste, centro e sul da África Subsariana a viver em geração ignorada, atribuída a efeitos da maior carga de mortalidade do HIV/SIDA nas outras sub-regiões; e quarto, uma grande maioria de pessoas idosas, em particular os homens mais velhos são chefes de domicílios em que vivem (Aboderin, 2009).

No entanto, Aboderin (2009), refere que os estudos anteriores têm descrito de uma forma não tradicional, atitudes entre as pessoas mais jovens relativamente, por exemplo a utilidade ou a sabedoria de pessoas mais velhas, ou a prestação de suporte para os pais mais velhos.

Em suma, o continente Africano tem a população mais jovem do mundo, uma vez que a taxa de fertilidade e mortalidade continua elevada. No entanto nas próximas décadas o índice de envelhecimento em África deverá aumentar rapidamente. Porém, torna-se uma prioridade urgente, uma vez que África tem uma das mais rápidas taxas de crescimento do mundo. Contudo, ainda pouca importância tem sido dada ao envelhecimento da população em iniciativas de desenvolvimento. Por conseguinte, quando se fala em envelhecimento em África, verifica-se lacunas e escassez de investigação realizada no âmbito do envelhecimento, o que torna difícil comparar os dados a nível de escala nacional.

3. Envelhecimento ativo e qualidade de vida na velhice

O envelhecimento ativo, a qualidade de vida e o bem-estar das populações tem sido uma das preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na última década,

assiste-se a um aumento da produção científica neste domínio em particular Europa e EUA. No entanto, em África a investigação não abunda.

3.1. Envelhecimento ativo: a perspetiva da OMS

O envelhecimento ativo é um tema bastante recente, definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (OMS, 2005). Associado a este conceito estão quatro noções básicas que permitem medir o grau de dificuldade com que os idosos conseguem desempenhar as atividades de vida diária ou as atividades instrumentais de vida diária. Nomeadamente:

Autonomia é a habilidade de controlar, capacidade de tomar decisões de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência - capacidade da pessoa executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e relação com características proeminentes no ambiente.

Expectativa de vida saudável relaciona-se com a expectativa de vida sem incapacidades físicas (OMS, 2005).

No entanto, este processo é considerado numa perspetiva de curso de vida, em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico. Cada momento, de todas as esferas de vida, contribui para uma adaptação mais ou menos favorável ao desafio do envelhecimento, num balanço de ganhos e perdas que se equilibram diferentemente em cada percurso individual (Ribeiro & Paul, 2011).

Neste sentido, o envelhecimento ativo integra a consideração do processo de envelhecimento no âmbito da cultura e do género, de onde se salienta os seguintes determinantes preconizados pela OMS: determinantes de ordem pessoal, comportamental, económica, do meio físico, sociais e ainda serviços sociais e de saúde de que as pessoas beneficiam.

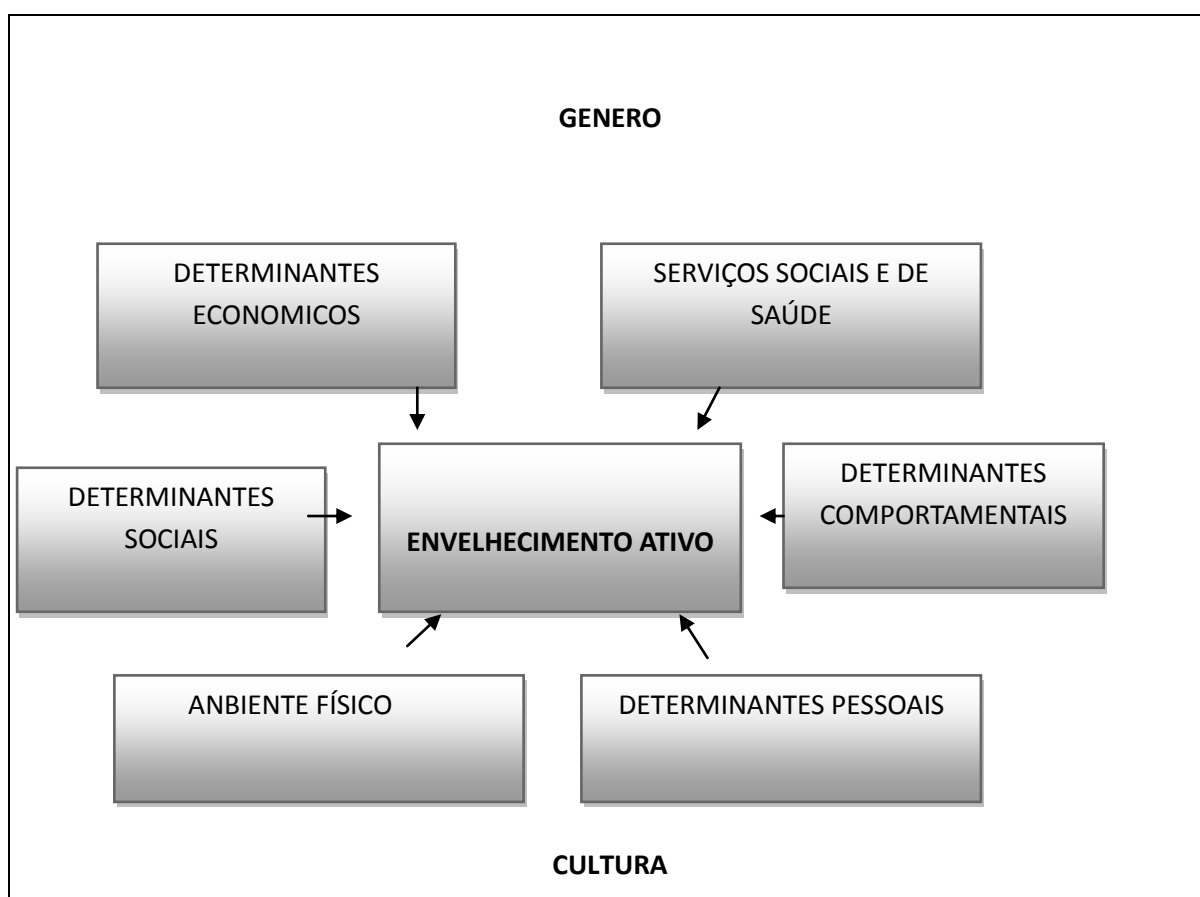


Figura 2. *Determinantes do Envelhecimento ativo (de acordo com a OMS, 2005)*

- Determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviços sociais – estes devem estar coordenados e trabalhar de um modo integrado e permitirem igualdade de acesso a todas as pessoas.

- Determinantes comportamentais – que passam pela adoção de estilos de vida saudáveis ao longo da vida independentemente da idade.
- Determinantes relacionados com fatores pessoais – a velhice aparece todo um conjunto de situações incapacitantes que contribuem para uma deterioração da vida do indivíduo. No entanto existe fatores psicológica que podem, e devem, ser estimulados e desenvolvidos para o bem-estar do idoso.
- Determinantes relacionados com o ambiente físico – as condições ambientais onde os idosos vivem influenciam muito o processo de envelhecimento e a qualidade de vida do mesmo. O facto de se viver numa habitação degradada, influencia muito o modo de vida do idoso, principalmente se ele tiver dificuldades de mobilidade.
- Determinantes relacionados com o ambiente social – existe um conjunto de fatores que contribuem para o bem-estar da pessoa idosa, como apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra a violência e abuso.
- Determinantes económicos – a OMS refere o rendimento, o trabalho e a proteção social como os 3 principais elementos que têm um impacto relevante sobre o envelhecimento ativo.

A cultura é um fator determinante transversal dentro do esquema para a compreensão do envelhecimento ativo. Abrange todos os indivíduos e populações, formula o modo como nós envelhecemos pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2005).

Os valores culturais e as tradições determinam, numa larga escala, como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Frequentemente, quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, provavelmente, não garantirão prevenção, diagnóstico rápido ou serviços de tratamento apropriados. A cultura, é um fator chave para que a convivência com as gerações mais novas na mesma residência seja ou não o estilo de vida preferido (OMS, 2005). Há uma enorme diversidade e complexidade cultural dentro de países e entre regiões e países do

mundo. Por exemplo, etnias diferentes trazem uma variedade de valores, atitudes e tradições para a cultura dominante de um país. As políticas e programas precisam respeitar culturas e tradições assim como desmistificar estereótipos ultrapassados e informações falsas. Além disto, há valores universais que transcendem a cultura, tais como a ética e os direitos humanos.

No caso do gênero em muitas sociedades, mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família, também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando elas ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumirem os cuidados com a família. Outras, nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos e netos em tempo integral (OMS, 2005).

De acordo com a OMS (2005), as políticas de envelhecimento ativo precisam apoiar a solidariedade entre as gerações e incluir metas específicas para reduzir as iniquidades entre homens e mulheres e entre diferentes subgrupos da população mais idosa. Deve-se dar atenção especial aos indivíduos mais velhos, pobres e marginalizados, que vivem nas zonas rurais. Neste sentido é fundamental que haja uma abordagem de envelhecimento ativo que procure eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. As pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar envolvidos ativamente no planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para o desenvolvimento do conhecimento relacionadas ao envelhecimento ativo.

No entanto existem algumas propostas que visam a abordagem dos três pilares do envelhecimento ativo (saúde, participação e segurança) como por exemplo, na área da saúde, um dos objetivos principais é prevenir e reduzir a carga de deficiências em excesso, doenças crônicas e mortalidade prematura, reduzindo os fatores de risco associados às principais doenças, aumentando os fatores que protegem a saúde durante a vida. A área da participação visa a possibilidade de propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso de vida, permitindo a participação ativa de pessoas idosas

nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal, assim como, privilegiar as atividades voluntárias, de acordo com as necessidades individuais, preferências e capacidades, e por fim incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária. Na área da segurança, os objetivos principais são assegurar a proteção, segurança e dignidade ao idoso, através dos direitos e necessidades de segurança social, económica e física dos idosos reduzindo as iniquidades nos direitos à segurança tendo em conta as necessidades das mulheres mais velhas (OMS, 2005).

Desta forma pode-se dizer que o envelhecimento ativo visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das atividades de vida diária, quer ao nível das atividades instrumentais do quotidiano, aumentando a qualidade de vida e a expectativa de vida saudável (Paul, 2005a).

No entanto para melhor se definir o envelhecimento é preciso considerar que este é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modifica a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e a sua própria história (Teixeira, 2006).

Todavia, o Parlamento Europeu aprovou 2012 como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, no sentido de sensibilizar os cidadãos para formas de responder aos desafios do envelhecimento. O objetivo global do Ano Europeu é incentivar e apoiar os esforços dos Estados-Membros, das suas autoridades regionais e locais, dos parceiros sociais e da sociedade civil no sentido de promover o envelhecimento ativo e de melhor explorar o potencial da população, em rápido crescimento, com 50 ou mais anos de idade, preservando desta forma a solidariedade entre gerações. Um envelhecimento ativo pode dar às pessoas mais velhas a oportunidade de ficarem no mercado de trabalho e partilharem a sua experiência, continuando a desempenhar um papel ativo na sociedade, vivendo, de uma forma saudável, uma vida independente e a mais satisfatória possível.

De acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2011, de 22 de Dezembro também são objetivos do Ano Europeu:

- Sensibilizar a opinião pública para o valor do envelhecimento ativo das suas diversas dimensões [incluindo a intergeracionalidade e conseguir uma posição destacada nas agendas políticas;
- Estimular o debate e o intercâmbio de informações e desenvolver a aprendizagem mútua entre os Estados-Membros e as várias partes interessadas;
- Propor um quadro de compromisso e de ação concreta para que a União, os Estados-Membros e as partes interessadas possam elaborar soluções, políticas, estratégias e iniciativas de longo prazo inovadoras, sustentadas e duradouras;
- Promover atividades de luta contra a discriminação em razão da idade superando estereótipos e eliminando obstáculos, em especial quanto a empregabilidade.

As medidas a adotar para alcançar os objetivos do Ano Europeu incluem atividades à escala europeia, nacional, regional ou local:

- Conferências, eventos e iniciativas, com a participação ativa de todas as partes interessadas, visando promover o debate, aumentar a sensibilização dos cidadãos e fomentar a assunção de compromissos com objetivos específicos, contribuindo para impactos sustentados e duradouros;
- Campanhas informativas, promocionais e educativas;
- Intercâmbio de informações, de experiências e de boas práticas;
- Investigação e inquéritos, realizados à escala da União, nacional ou regional, e divulgação dos resultados.

Durante o ano europeu de envelhecimento ativo, foram desenvolvidos vários trabalhos a nível nacional e internacional, no sentido de sensibilizar a sociedade para o valor e contributo das pessoas idosas e de promover uma atitude positiva para com os mais velhos e perante o envelhecimento ativo.

Em suma o envelhecimento mundial evidencia-se como sendo um dos grandes desafios do século XXI, devido a diversos fatores, tais como o aumento da população, as políticas em vigor e a sociedade em geral e o modo como esta vê e encara a velhice e o ser-se velho, tendo como objetivo consciencializar e levar a refletir mais sobre este

processo, sabendo que conhecer este fenómeno levava a uma adoção de hábitos e modos e levaram a assumir uma vida saudável. Sabe-se que com o aumento da população, há que aumentar as políticas de apoio ao envelhecimento, pensar neste grande desafio de modo a responder as necessidades dos idosos.

Como referido anteriormente o envelhecimento é um processo individual, tendo em conta que cada individuo envelhece de forma diferente e encara este processo de envelhecer de maneira diferente, sendo que a vertente cultural se torna essencial para determinar a ideologia de cada individuo. A sociedade precisa estar ativa em todas as fases de vida, participar nas atividades desenvolvidas pelas comunidades, interagir, criar laços de amizade, no sentido de promover não só um envelhecimento ativo, mas uma boa qualidade de vida.

3.2. Qualidade de vida e longevidade

A qualidade de vida (QV) é hoje em dia um tema de extrema importância uma vez que viver não se restringe apenas a uma forma de subsistência, mas sim a uma forma de promoção da saúde em vez da doença.

A preocupação com a qualidade de vida na velhice, ganhou relevância nos últimos 30 anos, a partir do momento em que o aumento de crescimento do número de idosos e da sua longevidade passou a ser experiência compartilhada por um número crescente de indivíduos que vive em diversas sociedades (Neri, 2000).

Neste sentido vários autores procuraram uma definição da qualidade de vida, mas o consenso pretendido entre os autores nunca foi encontrado.

Relativamente aos idosos, verifica-se a existência de aspetos característicos que definem a qualidade de vida: bem-estar, felicidade e realização pessoal. Pode-se considerar três grupos: valorização da afetividade e relações familiares; valorização da obtenção de prazer e conforto; valorização da sua qualidade de vida em função dos objetivos atingidos em relação a esta (Vecchia, Ruiz, Bocchi, & Corrente, 2005).

No entanto, Santos, Santos, Fernandes e Henriques (2002), defendem que a qualidade de vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente constitui um compromisso pessoal na busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, como: saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, auto-estima, entre outras.

Por sua vez Felcy e Perry (1993), como citado em Canavarro e Vaz Serra (2010) conceptualizam o conceito da qualidade de vida como um fenómeno material e psicológico, englobando descritores objetivos e avaliações subjetivas do bem-estar físico, material, social e emocional, conjuntamente com medidas de desenvolvimento pessoal e atividade significativa ponderada por um conjunto de valores pessoais.

Por sua vez Neri (2000), afirma que uma boa qualidade de vida na velhice depende de um conjunto de fatores nomeadamente a longevidade, boa saúde física e mental, boa saúde física percebida, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, status social, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade das redes de relações informais.

No mesmo sentido surge a perspetiva de Lawton (1991), como citado em Neri (2001), que sustenta a ideia da multidimensionalidade da qualidade de vida na velhice e acrescenta que ela seria realizada a partir de critérios intrapessoais e socio- normativos, a respeito do sistema pessoa - ambiente de um indivíduo, no momento atual, no passado e no futuro.

Assim sendo, Lawton (1991), como citado em Neri (2000), construiu o modelo da qualidade de vida na velhice contendo quatros dimensões conceituais nomeadamente a competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

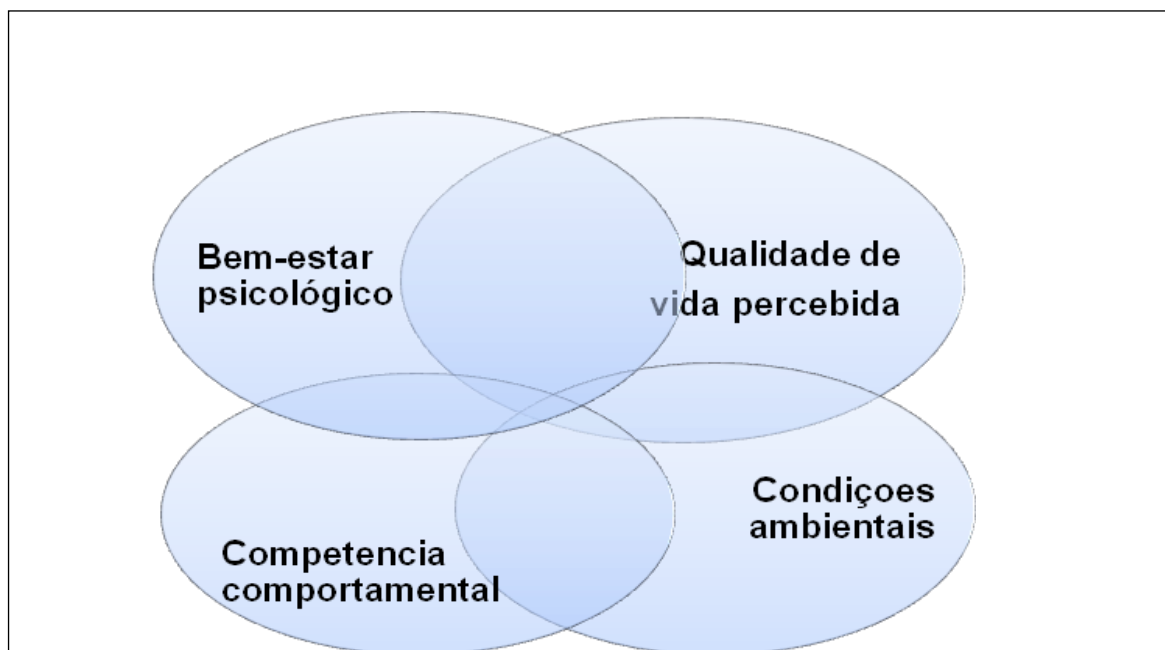


Figura 3. Representação esquemática do modelo de qualidade de vida na velhice (Lawton como citado em Neri, 2000 pp. 39)

A figura 3, representa uma avaliação da qualidade de vida que incide sobre quatro áreas sobrepostas e inter-relacionadas, das quais depende a funcionalidade do idoso nomeadamente:

A competência comportamental representa a avaliação sócio - normativa do funcionamento do indivíduo no que concerne a saúde, funcionalidade física, a cognição, o comportamento social e a utilização do tempo. Este é composto por dois domínios em que o primeiro domínio aborda as competências básicas e inclui aquelas relativas ao autocuidado e ao manuseamento de atividades instrumentais da vida diária, automáticas e necessárias à sobrevivência, (por exemplo utilizar transporte e fazer compras). O segundo domínio é o das competências expandidas e inclui atividades sociais e de lazer escolhidas pela pessoa, bem como atividades instrumentais que assegurem o contacto do idoso com o mundo externo e com o self.

Quanto às condições ambientais dizem respeito a adaptação do idoso ao meio que o rodeia de modo a desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Guardam relação direta com o bem-estar percebido.

Relativamente à qualidade de vida percebida é a avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre o seu funcionamento em qualquer domínio das competências

comportamentais é o conteúdo primário da qualidade de vida percebida. Ou seja, esta dimensão compreende uma estrutura interna que corre em paralelo com a competência comportamental. Porém, enquanto esta é avaliada por critérios objetivos, a qualidade de vida percebida é por definição um elemento subjetivo.

Ainda sobre o bem-estar psicológico, a avaliação pessoal incide sobre o conjunto e a dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. Isso significa que o senso de bem-estar psicológico não resulta do simples cômputo das competências, possibilidades e satisfações. Há três aspetos centrais à avaliação do bem-estar subjetivo: (1) pertence ao âmbito da experiência privada; (2) a sua avaliação inclui tanto avaliação global quanto avaliações referenciadas a domínios, tais como saúde física e cognitiva, sexualidade, relações sociais, relações familiares e espiritualidade; (3) Inclui medidas cognitivas e emocionais (Neri, 2000).

Em suma a qualidade de vida dos idosos depende não só de condições macro estruturais objetivas tais como rendimentos, educação, qualidade de serviços de saúde, valores e atitudes sociais que contextualizam os pontos de vista dos indivíduos e das instituições sobre o significado da velhice. Do ponto de vista da medicina, a boa qualidade de vida na velhice está ligada à longevidade, funcionalidade e à boa saúde física e mental que vão permitir uma velhice bem-sucedida, não patológica ou normal. Do ponto de vista psicológico a qualidade de vida na velhice está associada ao significado atribuído às condições objetivas com que os idosos contam no momento em comparação com que tinham no passado, à satisfação, ao envolvimento e ao senso de realização (Neri, 2000).

3.3. A qualidade de vida e o paradoxo da satisfação na velhice

O estudo da Qualidade de Vida ganhou um interesse crescente a partir da década de 80 e de 90, o que contribuiu para uma proliferação de diversas definições de qualidade de vida que associada a uma delimitação pouco clara do conceito, conduziu ao desenvolvimento de inúmeros instrumentos de avaliação. Assim sendo foi neste sentido que a OMS, no início da década de 90 formou um grupo de peritos pertencentes a culturas diferentes (WHOQOL) com o objetivo de debater o conceito de construir um instrumento para a sua avaliação transcultural (Canavarro et al. 2010).

Inicialmente foi desenvolvido o WHOQOL-100, composto por 100 questões, sendo que posteriormente foi necessário criar um outro questionário mais curto para uso em contextos clínicos e científicos. Deste modo a OMS, desenvolveu uma nova versão numa forma mais abreviada, o WHOQOL- Bref composto por 26 questões. Mais tarde, com a valorização das especificidades desenvolvimentais que ao tomar o conceito da qualidade de vida como dinâmica do ciclo de vida, levou ao desenvolvimento do WHOQOL- Old constituído por 24 questões com o objetivo de adaptar medidas para a população idosa (Canavarro et al. 2010).

Neste estudo o instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos idosos será o WHOQOL- Bref e não o WHOQOL-Old uma vez que não foi encontrado uma versão apropriada deste instrumento para os estudos em África e também porque considerou-se que o WHOQOL-Bref possui uma estrutura geral que abrange vários domínios para a avaliar a qualidade de vida, estando adaptado para português de Portugal.

Quanto às investigações feitas nesta área, vários estudos foram realizados pelos investigadores em destaque.

Netuveli (2008), na sua revisão feita com o objetivo de fornecer uma visão narrativa dos estudos sobre a qualidade de vida na terceira idade, refere um estudo realizado por Bowling e seus colaboradores, sobre como é que as pessoas idosas definem a qualidade de vida. O estudo foi realizado com 999 indivíduos com 65 anos ou mais, residentes na Inglaterra e na Escócia. Usando uma abordagem de conteúdo analítico para respostas a perguntas abertas, em que eles identificaram fatores constituintes da qualidade de vida como: relações sociais, papéis sociais, saúde psicológica, bairro, situação financeira, independência, e sociedade/política entre outras. A mesma ordem representava fatores que constituem uma boa qualidade de vida, enquanto a saúde, casa e a vizinhança ocupavam os lugares no topo, como fatores que podem levar a percepção de uma boa qualidade de vida.

No mesmo sentido, num estudo da Suécia citado por Netuveli (2008), com indivíduos com mais de 67 anos, no qual foram questionados sobre o que era qualidade de vida para eles, os resultados demonstraram as seguintes resposta em ordem de classificação: as relações sociais, saúde, atividades, capacidade funcional, bem-estar, viver

na sua própria casa, finanças pessoais, crenças e atitudes pessoais. Para eles, viver na sua própria habitação num contexto de doença grave, as relações sociais foram importantes para a sua qualidade de vida. No entanto, segundo Netuveli (2008), estes estudos demonstram claramente que a qualidade de vida vai além da saúde; complementando outros fatores, como possuir uma boa rede social, manter-se e capaz de participar socialmente e pessoalmente nas atividades, não exibindo limitações funcionais, estes são alguns dos fatores mais relevantes para os indivíduos seniores.

Sousa, Galante e Figueiredo (2003), realizaram um estudo exploratório em Portugal com o objetivo de investigar a qualidade de vida e bem-estar a partir de uma entrevista realizada a 1354 idosos com 75 anos ou mais, utilizando o sistema de avaliação de idosos (EASY Care), no qual os resultados demonstram que através da análise de componentes principais, foram detetados quatro fatores básicos para a avaliação da qualidade de vida: atividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação. Concluíram que a qualidade de vida, para a maioria dos idosos, pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de défice cognitivo grave ou algum grau de dependência.

Cimirro, Rigon, Vieira, Pereira, e Creutzberg (2011), realizaram um estudo quantitativo de tipo descritivo transversal, com um principal objetivo avaliar a qualidade de vida dos idosos que frequentam os centros de dia do Regado, São Tomé na cidade de Porto em Portugal. Participaram neste estudo, 30 idosos com mais de 60 anos. Para a recolha de dados foram utilizados instrumentos genérico de qualidade de vida, WHOQOL-BREF e o instrumento específico para a avaliação da qualidade de vida em idosos, WHOQOL-Old, da organização mundial de saúde. Os resultados demonstraram que dos 30 participantes, 70% pertence ao sexo feminino e 30% ao sexo masculino. Relativamente a qualidade de vida, por meio do WHOQOL-BREF o domínio com a pontuação mais elevada foi o domínio social ($M = 62,22$; $DP = 19,04$). A diferença entre os domínios também foi significativa nos domínios, físico ($M = 51,30$; $DP = 22,429$), psicológico ($M = 60,27$; $DP = 18,26$) e ambiental ($M = 60,83$; $DP = 11,85$) e também na avaliação geral da saúde ($M = 33,33$; $DP = 32,38$), sempre com escores superiores para os homens. Não houve diferença estatisticamente significativa entre faixa etária e qualidade de vida. Verificou-se também

que os idosos Portugueses parecem relacionar a sua qualidade de vida ao aspeto físico, à possibilidade de manter -se ou não ativo e por percebe com dificuldades de locomoção, também acabam por diminuir a capacidade para o trabalho.

Awadalla, Ohaeri, salih e Tawfiq (2005), desenvolveram um estudo com o objetivo fundamental de avaliar a qualidade de vida subjetiva dos indivíduos (pacientes em ambulatório) Sudaneses, utilizando o WHOQOL - Bref, em comparação com uma amostra da população em geral. Participaram 99 indivíduos que sofrem de esquizofrenia, 120 perturbações afetivo, 81 de neuroses e 211 controles e a impressão de suas cuidadoras e família. Os resultados sugerem que os pacientes estavam insatisfeitos com as circunstâncias da vida sendo que no grupo que sofria de esquizofrenia e aqueles com morbilidade tiveram pontuações significativamente mais baixos na qualidade de vida, enquanto o grupo de controlo apresentou pontuações mais elevadas da QV. Houve impacto significativo nos domínios da qualidade de vida, de fatores sociodemográficos, duração da doença e tratamento dos efeitos secundários. O grupo dos pacientes com esquizofrenia tinha menor concordância com os cuidadores, no entanto oito itens foram julgados ser satisfatoriamente concordantes para todos os grupos. Os autores concluíram que pacientes psiquiátricos em condição estável podem fazer julgamentos confiáveis de qualidade de vida, quando complementado com parentes que fornecem informações adicionais.

Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy, e Moriguchi (2003), desenvolveram um estudo com o principal objetivo de identificar a prevalência de octogenários que avaliavam a sua vida atual na velhice como preponderantemente de uma qualidade positiva e quais os aspetos que eles identificavam como os determinantes desta qualidade. Igual estudo em paralelo foi feito com sujeitos que avaliavam a velhice como uma experiência preponderantemente negativa. A amostra foi de 219 (35%) idosos com mais de 80 anos residentes na comunidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul. Os instrumentos utilizados foram questionário semiestruturado de qualidade de vida, bem como a escala de depressão geriátrica e o índice de saúde geral. Os dados foram recolhidos por um médico geriátrico e um psiquiatra. Todos os participantes assinaram o consentimento informado. Os resultados sugerem que 57% dos idosos estudados definia a sua qualidade de vida

atual com avaliações positivas, sendo que 18% tinham uma avaliação negativa da vida atual. Um grupo de 25% definia sua vida atual de forma neutra ou de dois valores (aspectos positivos e aspectos negativos). Este estudo concluiu que é possível que para idosos, qualidade de vida negativa seja equivalente a perda de saúde e qualidade de vida positiva seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, rendimento, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito.

Neste sentido Irigaray e Trentini (2009), realizaram um estudo transversal que teve por objetivo investigar o conceito de qualidade de vida para idosas, pontuando os aspectos que elas consideram mais importantes, os que melhoram e os que prejudicam a sua qualidade de vida. Participaram do estudo 103 idosas com idades respeitantes entre os 60 e os 86 anos. Os instrumentos utilizados foram a ficha socio- demográfico e um questionário. Para a análise dos dados, foi utilizado o programa Statistica (SPSS) para ambiente Windows, versão 13.0, e a análise de conteúdo, bem como a frequências absolutas e relativas e a média e desvio-padrão. Os resultados demonstram uma associação entre qualidade de vida e afetos positivos, saúde e independência. Os fatores apontados como importantes para a qualidade de vida foram afetos positivos, saúde e boas condições financeiras. Prejudicam o bem-estar os fatores sociais, os problemas de saúde e familiares. Para as mesmas melhoraria a qualidade de vida se possuíssem mais saúde, mais lazer e menos problemas familiares. Também se concluiu que a qualidade de vida é determinada por fatores múltiplos, contemplando aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Vicki e Gerard (2004), desenvolveram um estudo transversal, com 41 pacientes idosos da Austrália, com o objetivo de avaliar a confiabilidade e a validade de uma medida breve da qualidade de vida recentemente desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-Bref, e examinar a sua associação com uma variedade clínica e fatores sociodemográficos em pacientes mais velhos. Os resultados demonstraram que apenas 39 indivíduos completaram o estudo. E que três dos quatro domínios do WHOQOL-BREF, Domínios físico (M = 12,45; DP = 3,58), psicológico (M = 11,63; DP = 3,55) e ambiente (M = 14,17; DP = 2,81) mostraram satisfatória, confiabilidade e validade. Sendo que o domínio social teve uma média de 15,12. As pontuações da qualidade de vida foram fortemente

correlacionada com a gravidade da depressão, número de autorrelato de sintomas físicos e autoavaliação de saúde geral. Não houve relação entre a co morbilidade de diagnóstico e da pontuação de qualidade de vida. O estudo concluiu que WHOQOL-Bref foi administrada com sucesso nos pacientes embora a validade concorrente de um dos seus quatro domínios foi pobre.

Martins, Albuquerque, Gouveia, Rodrigues e Neves (2007), desenvolveram um estudo quantitativo de tipo correlacional com o objetivo de avaliar a qualidade de vida subjetiva (QVS) de idosos residentes nos meios urbanos no Estado da Paraíba. Participaram 284 idosos, 56% moradores do ambiente urbano e 44% moradores do ambiente rural. Foram utilizados, como instrumentos, o WHOQOL-Bref e um Questionário Biodemográfico para a caracterização da amostra. A recolha de dados foi realizada nas residências dos participantes, tanto na zona urbana como na zona rural, no período de maio a junho de 2006. Os resultados sugerem que, de modo geral, os idosos possuem um índice de qualidade de vida subjetiva satisfatório ($M=3,47$; $DP=0,43$). Através do teste *t de Student*, verificou-se que, entre os idosos moradores do ambiente rural ($M = 3,46$; $DP = 0,40$) e os idosos do meio urbano ($M = 3,48$; $DP = 0,45$), não houve diferença estatisticamente significativa ($t=0,56$; $p>0,05$) no índice de QVS. Quanto aos domínios, os índices nos domínios social ($M = 3,91$; $DP = 0,63$) e psicológico ($M = 3,42$; $DP = 0,45$) foram maiores no ambiente rural do que no ambiente urbano, enquanto nos domínios físico ($M = 3,41$; $DP = 0,43$) e ambiente ($M = 3,42$; $DP = 0,61$), os idosos da zona urbana mostraram índices maiores, porém sem diferenças estatisticamente significativas. Relativamente a relação entre os grupos em função do gênero e do ambiente em que vivem, não há diferença significativa nos índices de QVS, porém estes índices correlacionam-se direta e significativamente com o nível econômico. Concluiu-se que as condições de vida dos meios urbanos e rural, apesar das diferenças, não influenciam na QVS dos idosos. O que faz reduzir a satisfação com suas condições de vida é a falta de recursos financeiros, sendo os grupos de menor poder aquisitivo dos que demonstraram os menores índices de QVS.

Por sua vez, Arslantas, Unsal, Mentitas, Koc, e Arslantas (2009), também efetuaram um estudo transversal, que visou determinar a qualidade de vida e atividades de vida diária dos idosos nas áreas rurais de Eskisehir (Turquia). Participaram do estudo 1301

Idosos, sendo que 675 deles eram mulheres (51,9%), 626 eram homens (48,1%). Os instrumentos utilizados foram entrevistas, questionários e o WHOQOL-Bref. Os resultados demonstraram que aqueles que receberam a ajuda de outros na execução dessas atividades foram classificados como, dependentes, aqueles que receberam ajuda parcial durante a execução destas atividades foram rotulados como parcialmente dependentes, e aqueles que não receberam qualquer ajuda nas suas atividades diárias eram rotulados como indivíduos independentes. A qualidade de vida tendeu a agravar-se ainda mais, em mulheres viúvas, analfabetos, acamados e portadores de doença clinicamente diagnosticada. Também se concluiu que a qualidade de vida em mulheres dependentes de alguma forma nas atividades diárias foi se degradando.

No seu estudo quantitativo, Lima, Lima, e Ribeiro (2010), fizeram uma investigação com 69 idosos com média de idade de 75,40 anos, variando de 53 a 90 anos, integrantes de quatro instituições destinadas ao acolhimento de idosos. Este estudo teve como objetivo verificar a qualidade de vida em idosos institucionalizados. Os dados foram recolhidos através do instrumento WHOQOL- BREF, versão em português, para avaliar a qualidade de vida. Os dados recolhidos foram analisados utilizando a estatística descritiva (frequência, média e desvio-padrão) e da estatística inferencial (teste t e Anova). Os resultados demonstram que dos 69 idosos que participaram do estudo, 54 (78,3%) são do sexo feminino e 15 (21,7%) do sexo masculino. Quanto a escolaridade (37,7%) não concluíram o ensino fundamental e (27,5%) são analfabetos. Relativamente ao WHOQOL- BREF os resultados mostram que a faceta geral é o que teve a pontuação mais elevada, com uma média de 3,38%. Também se observaram que o domínio que mais contribuiu na qualidade de vida foi o psicológico ($M = 3,48$; $DP = 0,70$), seguido do social ($M = 3,14$; $DP = 0,71$) e do ambiental ($M = 3,8$; $DP = 0,73$). O domínio físico teve a pontuação mais baixa, entre as facetas em razão da idade e da impossibilidade de locomoção e de exercer atividades da vida diária. O estudo demonstrou diferença das qualidades de vida quanto ao sexo, visto que os homens se avaliam melhor e possuem melhor bem-estar psicológico, por possuírem mais sentimentos positivos, aproveitarem mais a vida e terem mais poder de concentração que as mulheres. As atividades oferecidas por algumas instituições

parecem contribuir para a melhoria na qualidade de vida, pois possibilitam maior coordenação motora, estimulam o raciocínio e a criatividade dos idosos.

Num estudo desenvolvido por Lundgren, Dahl, Melin e Kies (2008), na África do Sul com 27 indivíduos entre 21 e 55 anos, teve como principal objetivo desenvolver e avaliar um programa psicológico de aceitação e compromisso de terapia. Os instrumentos utilizados foram qualidade de vida (SWLS e WHOQOL) e da apreensão (frequência, duração). Os resultados do estudo mostraram o WHOQOL-BREF antes do tratamento, de aceitação e compromisso de terapia teve uma média geral de 52,36 e o desvio padrão de 9,62, e depois do tratamento teve uma média geral de 58,36 e um desvio padrão de 9,66. Também se concluiu que a maioria dos participantes na condição de aceitação e compromisso de terapia se tornou livre de crises e obteve maior qualidade de vida

Braga, Casella, Campos e Paiva (2011), desenvolveram um estudo observacional de tipo transversal com o objetivo de avaliar a qualidade de Vida de idosos residentes na área sanitária 36, do bairro de Santa Efigênia, município de Juiz de Fora/MG, tendo como referência os diferentes domínios do WHOQOL-Bref versão Brasileira, instrumento de avaliação de qualidade de vida, e as características sociodemográficas. A amostra foi de 133 idosos acima de 60 anos. Os resultados demonstram que os participantes na sua maioria são do sexo feminino, baixo rendimento, com predominância das faixas etárias entre 60 e 79 anos. Relativamente a escolaridade a maioria dos participantes (80%) era analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Quanto ao WHOQOL-Bref os resultados demonstram que não houve diferenças significativas entre as médias do domínio físico ($M = 60,9$; $DP = 11,6$) e psicológico ($M = 58,3$; $DP = 12,8$). O domínio social teve a pontuação mais elevada entre os domínios ($M = 74,1$; $DP = 16,7$), sendo que o domínio ambiente é o que teve a pontuação mais baixa ($M = 55,4$; $DP = 11,9$). A faceta global teve uma média de 59,0%. Como conclusão indicaram-se o desenvolvimento de ações que visem à socialização e o investimento em atividades sociais e de lazer, como estratégia para melhorar a assistência ao idoso da comunidade em questão.

Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (2000), desenvolveram um estudo com o objetivo de mostrar a aplicação do teste de campo do WHOQOL-Bref. Participaram 300 indivíduos, sendo 250 pacientes de um hospital de

clínicas de Porto Alegre e 50 voluntários-controles. Os instrumentos utilizados foram: a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-Bref), o Inventário de Beck para a depressão (BDI) e a Escala de desesperança de Beck (BHS). Os resultados demonstraram que o instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. O WHOQOL-Bref alia um bom desempenho psicométrico com plasticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida.

Farenzena, Argimon, Moriguchi e Portuguez, (2007), realizaram um estudo quantitativo de tipo transversal que objetivou avaliar a qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis, através do WHOQOL-Bref. Além disso, relacionaram as pontuações obtidas por meio do instrumento com variáveis sociodemográficas e sintomas depressivos, através da escala de depressão geriátrica. Participaram 81 idosos com mais de 60 anos. Foram aplicados um questionário de dados sociodemográficos, o Mini- exame do estado mental, o WHOQOL-Bref e a Escala de depressão geriátrica, respetivamente. A recolha de dados foi realizada pela investigadora de forma individual, no período de janeiro a março de 2007, em espaço reservado no centro de convivência e longevidade em Veranópolis. O WHOQOL-Bref é autoaplicável; entretanto, optou-se pela entrevista direta em função da dificuldade de leitura, dos problemas visuais e analfabetismo comum em idosos. Em relação aos procedimentos estatísticos, as pontuações foram descritas através de média e desvio-padrão. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas. Os resultados mostram que dos 81 participantes, 72,8% eram do sexo feminino e 27,2% do sexo masculino, com predominância das faixas etárias entre 60 a 85 anos, são idosos, na maioria, de baixa escolaridade, aposentado. Quanto ao WHOQOL- Bref os principais resultados mostram que as médias mais altas foram encontradas nos domínios social ($M = 75,08$; $DP = 11,3$) e ambiental ($M = 73,35$; $DP = 10,33$), seguidos do psicológico ($M = 69,08$; $DP = 10,82$), físico ($M = 68,69$; $DP = 18,31$) e global ($M = 66,05$; $DP = 15,21$). Em relação à qualidade de vida entre o grupo de homens e mulheres, houve diferença significativa no domínio psicológico, no qual os homens apresentaram menor qualidade de vida. Em relação à associação da variável idade com os

domínios do WHOQOL-BREF, foram encontrados resultados significativos nos domínios ambiental e global. Quanto maior a idade, há uma tendência na diminuição de qualidade de vida nos domínios citados.

No entanto para promover um envelhecimento ativo é preciso ter uma boa qualidade de vida e para isso a sociedade em geral deve contribuir para uma vida ativa, estilo de vida saudáveis, participar em atividades novas de modo a proporcionar uma boa interação social entre os indivíduos.

Em suma, ser ativo é cada vez mais ter mais informação sobre o envelhecimento, conviver com outras gerações, desenvolver um papel fundamental na promoção do envelhecimento ativo. No entanto também é importante realçar que quanto aos estudos desenvolvidos em África no que diz respeito ao envelhecimento, há poucas referências, ou estudos realizados sobre os idosos neste continente.

Perante o processo de envelhecimento, cada vez mais o idoso vê-se confrontado com modificações que têm um grande impacto na sua vida, nomeadamente, transformações ligadas à qualidade de vida entre outras. Anteriormente ao trabalho de campo de qualquer investigação é indispensável envolver-se com as temáticas consideradas importantes ao tema em estudo. Neste sentido, estudar a qualidade de vida no envelhecimento só se torna possível mediante a aquisição de conhecimentos relativos a todo o processo de envelhecimento ativo nas suas diversas dimensões. Diante desta realidade e principalmente em África que a condição de vida e o apoio aos idosos ainda se encontra num nível bastante deficitário, torna-se cada vez mais necessário dar resposta às necessidades e promover um envelhecimento ativo aliado à qualidade de vida.

Como se tem vindo a verificar a população idosa tem vindo a aumentar nos últimos tempos. No entanto é preciso caracterizar a população alvo nas diversas áreas tendo por base a percepção dos próprios idosos. Este estudo é importante para analisar as condições que intervêm na qualidade de vida dos idosos. A opção pelo presente estudo insere-se no sentido de querer saber mais sobre a qualidade de vida dos idosos em Cabo Verde uma vez que não existe nenhum estudo realizado nesta área, muito entanto sejam

frequentes estudos em Africa Continental. Neste sentido este estudo tem por base os seguintes objetivos: (1) Caracterizar a qualidade de vida das pessoas na vida adulta e na velhice e (2) analisar as relações entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas dos participantes.

No sentido de concretizar estes objetivos, apresenta-se em seguida as opções metodológicas adaptadas (Cap. II).

CAPITULO II

MÉTODO

No presente capítulo apresenta-se o estudo empírico sobre a qualidade de vida na velhice. Este estudo é de uma natureza quantitativo baseado em elementos recolhidos através de um conjunto de instrumentos de autorrelato, visando identificar as relações entre variáveis.

Trata-se de um estudo de caracter transversal, em que se procura especificar as propriedades importantes de determinado processo ou fenómeno em estudo e ao mesmo tempo analisar a relação entre duas variáveis, neste caso a qualidade de vida e as variáveis sociodemográficas (Sampieri, Collado, & Lucio 2006).

1. Participantes

Participaram no presente estudo 51 indivíduos de ambos os sexos, habitantes da cidade da Praia, ilha de Santiago em Cabo Verde, com idades iguais ou superiores a 50 anos.

Caracterização de Cabo Verde

Cabo Verde é um pequeno arquipélago formado por 10 ilhas (Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boavista, Maio, Santiago, Fogo e Brava) e alguns ilhéus, localizado no Oceano Atlântico, a 500 milhas da costa do Senegal. Descoberto em 1462 por navegadores portugueses a caminho das Índias, foi, nos primeiros séculos, depois do descobrimento, um dos mais importantes entrepostos no comércio de escravos africanos, tendo sido aqui fundada a primeira cidade pelos europeus nesta região da África (Ribeira Grande de Santiago, hoje chamada Cidade Velha).

Com uma superfície de 4033 km², alberga um total aproximado de 491575 habitantes (dados do INE.CV, 2010), concentrados sobretudo nas ilhas de Santiago (274044 habitantes), São Vicente (76140 habitantes), Santo Antão (43915 habitantes) e Fogo (37000 habitantes). A estrutura da população Cabo-verdiana é marcadamente jovem (em 2008, 24% da população tinha menos de 15 anos e 59% tinha entre 15 e 64 anos) e constituída por agregados familiares numerosos (em média, 4,9 pessoas por família). O país regista igualmente um dos mais elevados indicadores de desenvolvimento social da

África Sub-Sahariana (IDHS de 0,705, em 2008), com 83% da população acima de 15 anos alfabetizada, situando-se a esperança média de vida em 71,3 anos.

Em termos de organização administrativa, Cabo Verde divide-se atualmente em 22 concelhos, que se subdividem em freguesias e estas em povoados ou bairros. A Cidade da Praia é a capital do país. Existem, no entanto, outras cidades nomeadamente o Mindelo (na Ilha de São Vicente), São Filipe (na Ilha do Fogo), Assomada (na Ilha de Santiago), Porto Novo (na Ilha de Santo Antão) e Ribeira Grande (antiga Cidade Velha, na Ilha de Santiago).

Caracterização da ilha de Santiago e da cidade da Praia

A ilha de Santiago é a maior ilha do arquipélago e primeira a ser povoada, sendo-lhe reconhecido um papel importante na história do país e até da região, nomeadamente no que concerne à diversidade do ponto de vista sociológico, cultural, arquitectónico e paisagístico.

Com uma área de 75 km de comprimento, no sentido norte-sul e cerca de 35 km de largura, no sentido leste-oeste, conta, tal como referido anteriormente, com cerca de 274044 habitantes. A nível administrativo, a ilha de Santiago está dividida em 6 concelhos. A ilha de Santiago e a Praia tiveram extraordinário desenvolvimento desde a independência em 1975, tendo a população duplicado desde aquele ano.

A cidade da Praia é a maior cidade de Cabo Verde, encontrando-se localizada a sul da ilha de Santiago. Com uma área de 110 km², alberga uma população de 132317 mil habitantes (INE.CV, 2010). É constituída por apenas uma freguesia, a Nossa Senhora da Graça. A nível económico, a cidade da Praia vive do sector secundário, mas sobretudo do sector terciário. Existem algumas indústrias, localizadas na costa (indústria pesqueira) ou bairros periféricos (indústrias transformadoras de produtos agrícolas, indústrias de material de construção civil, entres outras). No entanto, as principais atividades económicas da cidade pertencem ao sector terciário. Para além de atividades ligadas à administração e à governação (autárquica e nacional), existe extenso comércio, serviços (saúde, educação, turismo, restauração e hotelaria, função pública, etc.) e outras

atividades de carácter liberal.

2. Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos para a recolha de dados: (1) Ficha sociodemográfica; (2) WHOQOL- Bref.

2.1. Ficha sociodemográfica

No âmbito desta investigação foi desenvolvida e utilizada uma medida com o objetivo de recolher dados para a caracterização sociodemográfica da amostra. A ficha sociodemográfica é constituída por questões de natureza fechada e aberta, visando obter dados sobre os participantes no que concerne o sexo, a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação e ocupação profissional, a constituição do agregado familiar, assim como informações relativas ao dia-a-dia e à prática de exercício físico.

2.2. WHOQOL – Bref (Versão Portuguesa)

A Organização Mundial da Saúde (OMS), através do grupo WHOQOL, desenvolveu uma escala para avaliar a qualidade de vida em adultos, tendo por base uma perspetiva transcultural. O carácter subjetivo da qualidade de vida e a sua natureza multidimensional foram considerados como características fundamentais pela equipa que desenvolveu esta medida (The WHOQOL Group, 1995 como citado em Farenzena, Argimon, Moriguchi & Portuquez, 2007).

Inicialmente, foi criado um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100. Posteriormente, com a necessidade da criação de um instrumento breve que exija 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, o WHOQOL-Bref (Canavarro et al., 2010).

O WHOQOL-Bref inclui 26 questões, estando organizado em quatro domínios de qualidade de vida, nomeadamente (1) físico, (2) psicológico, (3) relações sociais, (4)

ambiente, e (5) uma faceta geral composta por dois itens que avaliam a qualidade de vida geral e a percepção geral de saúde (Canavarro et al., 2010).

A seleção das questões para o WHOQOL-Bref seguiu critérios de natureza psicométrica e conceptual. Do ponto de vista conceptual, optou-se por manter o carácter abrangente do instrumento original (WHOQOL-100). Neste sentido, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 deveria ser representada por uma questão. Do ponto de vista psicométrico, foi selecionada a questão que apresentava valores de correlação mais elevados com a pontuação total do WHOQOL-100, calculado a partir da média de todas as facetas. Após esta etapa, os itens selecionados foram analisados por um painel de especialistas de forma a avaliar se os itens representavam conceptualmente cada domínio de onde as facetas provinham (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos, & Pinzon, 2000).

3. Procedimentos de recolha de dados

Estudo piloto. Previamente à recolha de dados propriamente dita, foi realizado um estudo piloto do protocolo de avaliação, onde participaram sete indivíduos de 50 ou mais anos, com o objetivo principal de avaliar possíveis fragilidades, como por exemplo, a formulação dos itens incluídos nos instrumentos. Os indivíduos foram entrevistados no contexto familiar, sendo que cada um deles recebeu um breve esclarecimento acerca do estudo e foi questionado sobre o seu interesse em participar no mesmo. Dos inquiridos, três são do sexo masculino e quatro do sexo feminino. A aplicação do protocolo foi realizada na Língua Crioula ou na Língua Portuguesa. Os entrevistados responderam com facilidade às questões, o que nos levou a assumir a adequação do protocolo à população em estudo.

Na sequência do estudo piloto, iniciou-se a recolha de dados a qual ocorreu entre Fevereiro e Março de 2012 no domicílio ou em Centros de Dia após consentimento informado dos participantes. O protocolo na sua maioria foi aplicado na Língua Crioula, tendo-se contado com dois colaboradores que se disponibilizaram para o efeito.

4. Estratégias de análise de dados

Os dados obtidos no âmbito do presente estudo foram analisados através do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS; versão 19.0). Tendo por referência os objetivos do presente trabalho, realizaram-se, em primeiro lugar, análises de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão a nível das características sociodemográficas, das variáveis relacionadas com o dia-a-dia, estado de saúde e qualidade de vida dos participantes.

A prossecução dos objetivos do estudo implicou ainda o cálculo de análises de estatística inferencial com o objetivo de analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas dos participantes (género, grupo etário, estado civil, escolaridade e situação profissional atual) e a sua qualidade de vida. Uma vez que a análise exploratória de dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, recorreu-se à utilização de testes não-paramétricos, nomeadamente o teste *Kruskal-Wallis* e o teste *Mann-Whitney*. No sentido de descrever os grupos relativamente às variáveis dependentes, optou-se por apresentar nas tabelas os valores da média e do desvio-padrão em detrimento das ordens médias, uma vez que a utilização dos valores originais das variáveis facilita a leitura dos resultados obtidos (Martins, 2011).

Em suma, uma vez recolhidos os dados, estes para adquirirem significado tiveram de ser tratados estatisticamente, de modo a fazer a sua análise e interpretação à luz da literatura e da investigação existente. Neste sentido, apresenta-se de seguida a descrição detalhada dos resultados e a sua respetiva discussão.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Descrição dos resultados

Na secção que se segue serão apresentados os resultados obtidos no âmbito do presente estudo, de acordo com a seguinte estrutura: (1.1) Caracterização sociodemográfica dos participantes; (1.2) Caracterização do dia-a-dia dos participantes; (1.3) Caracterização do estado de saúde dos participantes; (1.4) Caracterização da qualidade de vida dos participantes; e (1.5) Relação entre variáveis sociodemográficas e qualidade de vida.

1.1. Caracterização sociodemográfica dos participantes

A amostra do presente estudo é constituída por 51 participantes da cidade da Praia em Cabo Verde, 29 (56,9%) do sexo feminino e 22 (41,1%) do sexo masculino. A idade média dos participantes é 68,9 anos ($DP = 12,7$), sendo que cerca de 44% da amostra possui entre 50 e 64 anos, ou seja, praticamente metade dos participantes podem ser consideradas na meia- idade.

Pela análise da tabela 2 é ainda possível verificar que mais de metade dos participantes (58,8%) é solteira. Relativamente à constituição do agregado familiar, é possível verificar que 33,3% dos participantes moram sozinhos e 27,5% vive com os filhos sendo que os restantes vivem com o cônjuge, irmãos e outros familiares. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes é analfabeta (66,7%) ou possuiu até quatro anos de escolaridade (15,9%).

No que diz respeito à situação profissional atual, 64,7% dos participantes são reformados, sendo que 31,4% se encontra desempregados. Relativamente à atividade profissional anterior ou atual, destaca-se que 19,6% dos participantes referiram desenvolver trabalho como empregadas domésticas e 11,8% como trabalhadores na construção civil. Importa destacar ainda que aproximadamente 43% dos participantes não respondeu ou não sabia a sua atividade profissional atual/anterior

Tabela 2.*Distribuição dos participantes em função das características sociodemográficas*

	<i>n</i>	%
Género		
Masculino	22	41,1
Feminino	29	56,9
Grupo etário		
50 – 64 anos	22	44
65 – 79 anos	16	32
80 – 99 anos	12	24
Estado civil		
Solteiro	30	58,8
Casado/união de facto	8	15,7
Separado/divorciado	3	5,9
Viúvo	10	19,6
Agregado familiar		
Cônjuge	2	3,9
Filho(s)	14	27,5
Cônjuge e filho(s)	6	11,8
Irmã/ão(s)	2	3,9
Pais	1	2,0
Sozinho(a)	17	33,3
Outros	8	15,7
Escolaridade		
Não sabe ler/escrever	34	66,7
Sabe ler/escrever	7	13,7
Entre 1 e 4 anos	8	15,7
Entre 5 e 6 anos	1	2,0
Estudos universitários	1	2,0
Situação profissional atual		
Reformado	33	64,7
Desempregado	16	31,4
Empregado	2	3,9
Atividade profissional atual/anterior		
Construção civil	6	11,8
Cozinheira(o)	2	3,9
Empregado da câmara	5	9,8
Empregada domestica	10	19,6
Outros	6	11,8
Não respondeu/não sabe	22	43,1

1.2. Caracterização das atividades do dia-a-dia dos participantes

Quanto ao dia-a-dia dos participantes (cf. Tabela 3), é possível verificar que mais de metade referiu frequentar um Centro de Dia (58,8%) e 37,2% realiza trabalhos domésticos.

Tabela 3.

Distribuição dos participantes em função da descrição das atividades do dia-a-dia

	<i>n</i>	%
Higiene	13	25,4
Refeições	9	17,6
Centro de dia	30	58,8
Atividades de lazer	4	7,8
Trabalhos domésticos	19	37,2
Ajuda no centro de dia	3	5,8
Estar com amigos/familiares	5	9,8
Outros	17	33,3

De acordo com a tabela 4, é possível verificar que cerca de 43% dos participantes vai à missa ao domingo, sendo que 25,4% afirmaram passar o dia em casa, não especificando o tipo de atividade realizada nesse contexto. Note-se ainda que 21,5% da amostra afirmou realizar atividades domésticas.

Tabela 4.

Distribuição dos participantes em função da descrição de como passa o domingo

	<i>n</i>	%
Em casa (sem especificar)	13	25,4
Missa	22	43,1
Trabalhos domésticos	11	21,5
Atividades de lazer (ex., passear)	8	15,6
Visitar os familiares	6	11,7
Não faz nada	4	7,8
Outros (ex., voluntariado)	7	13,7

Relativamente à prática de atividade física, pode-se verificar na tabela 5, que

66,7% dos participantes não realiza qualquer tipo de atividade física. Entre as atividades realizadas pelo resto da amostra, destaca-se a caminhada, a qual é desenvolvida por 19,6% dos participantes que referiram praticar exercício físico.

Tabela 5.

Distribuição dos participantes em função da prática e do tipo de atividade física

	<i>n</i>	<i>%</i>
Não	34	66,7
Sim	17	33,3
Caminhada	10	19,6
Ginástica	6	11,8
Jogar bola	1	2,0

1.3. Caracterização do estado de saúde dos participantes

No que concerne o estado de saúde relatado pelos participantes, é possível verificar na tabela 6, que a maioria dos participantes afirmou estar doente à data da recolha de dados (86,3%).

Tabela 6

Distribuição dos participantes em função do estado de saúde atual e acompanhamento em consulta externa

	<i>n</i>	%
Estado de saúde atual relatado		
Sem doença	6	11,8
Com doença	44	86,3
Dores no corpo	18	40,9
Hipertensão arterial	12	27,2
Problemas de visão	9	20,4
Dores de cabeça	5	11,3
Trombose	3	6,8
Deficiência	4	9,0
Problemas respiratórios	2	4,5
Dores de estômago	2	4,5
Outros	12	27,2
Em consulta externa		
Sim	31	72,1
Não	12	27,9

Entre as patologias mais mencionadas pelos participantes que referiram estar doentes, é possível encontrar dores no corpo (40,9%), hipertensão arterial (27,2%) e problemas de visão (20,4%). Apenas 72,1% referiu estar a ser acompanhado em consulta externa, sendo que os restantes encontram-se sem tratamento.

1.4. Caracterização da qualidade de vida dos participantes

Na tabela 7, encontram-se sintetizados os resultados descritivos obtidos pelos participantes na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF.

Tabela 7

Estatísticas descritivas obtidas na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min. – Max.</i>
Faceta Geral (<i>N</i> = 49)	58,9	17,7	25,0 – 100,0
Domínio físico (<i>N</i> = 49)	56,5	15,8	25,0 – 85,7
Domínio psicológico (<i>N</i> = 48)	66,8	12,1	41,7 – 95,8
Domínio relações sociais (<i>N</i> = 24)	56,9	10,9	33,3 – 75,0
Domínio ambiente (<i>N</i> = 49)	51,1	12,6	21,9 – 75,0

Tal como referido anteriormente, o WHOQOL-Bref permite avaliar a perceção dos indivíduos relativamente a quatro domínios de qualidade de vida, nomeadamente, físico, psicológico, relações sociais e ambiente, assim como uma faceta geral que avalia a qualidade de vida geral e a perceção geral de saúde (Canavarro et al., 2010). De acordo com este instrumento, quanto mais elevados os valores totais obtidos, melhor a qualidade de vida percebida pelos indivíduos.

Para as análises realizadas com os dados obtidos através do WHOQOL-Bref, foram consideradas as recomendações dos autores do instrumento, nomeadamente: quando existem valores omissos em mais do que dois itens, a pontuação do respetivo domínio não deve ser calculada (com a exceção do domínio *Relações sociais*, o qual apenas pode ser calculado se não existirem valores omissos nos itens que o constituem). Por conseguinte, no âmbito do presente estudo, apenas foram considerados os dados de 49 participantes na Faceta Geral e nos domínios Físico e Ambiente, os dados de 48 participantes no domínio Psicológico e os dados de 24 participantes no domínio Relações Sociais (cf. Tabela 7).

Tal como é possível verificar na tabela 7, os participantes apresentaram, em média, valores mais elevados no domínio psicológico ($M = 66,8$; $DP = 12,1$) e valores mais baixos no domínio ambiente ($M = 51,1$; $DP = 12,6$). Atendendo aos valores mínimos e máximos obtidos em cada domínio e na faceta geral avaliados pelo WHOQOL-Bref, é de salientar ainda a variabilidade existente entre os participantes.

1.5. Relação entre variáveis sociodemográficas e qualidade de vida

Finalmente, interessava analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (i.e., género, grupo etário, estado civil, escolaridade e situação profissional atual) e a qualidade de vida dos participantes.

Género

No que concerne a variável género, conforme é possível verificar na tabela 8, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres a nível da faceta geral e dos quatro domínios do WHOQOL-Bref.

Tabela 8.

Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, em função do género

	Homens		Mulheres		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>		
Faceta Geral	20	52,5 (21,3)	29	63,4 (13,3)	203,00	,067
Domínio físico	22	54,5 (16,9)	27	58,1 (15,1)	266,00	,532
Domínio psicológico	21	69,2 (14,6)	27	64,8 (9,7)	222,00	,197
Domínio relações sociais	8	55,2 (8,8)	16	57,8 (12,0)	52,50	,464
Domínio ambiente	20	50,9 (13,2)	29	51,3 (12,4)	283,00	,886

Grupo etário

De forma a analisar a relação entre a idade e a qualidade de vida dos participantes, considerou-se os seguintes grupos etários: 50 – 64 anos, 65 – 79 anos e 80 – 99 anos.

Tabela 9.

Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, em função do grupo etário

	50 – 64		65 – 79		80 – 99 anos		<i>H</i> (2)	<i>p</i>
	anos		anos					
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Faceta Geral	22	55,7 (21,0)	15	56,7 (13,2)	11	68,2 (14,1)	3,55	,169
Domínio físico	21	56,1 (17,8)	15	58,6 (16,7)	12	54,2 (12,2)	0,51	,777
Domínio psicológico	20	65,0 (15,6)	15	69,4 (10,3)	12	66,0 (7,7)	2,39	,303
Domínio relações sociais	13	53,2 (11,6)	5	58,3 (11,8)	5	63,3 (4,6)	3,38	,185
Domínio ambiente	21	48,2 (12,1)	15	54,8 (11,6)	12	50,3 (13,9)	2,02	,365

Conforme é possível constatar na tabela 9, o teste Kruskal-Wallis revelou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários considerados a nível da faceta geral e dos quatro domínios do WHOQOL-BREF.

Estado civil

Relativamente à variável estado civil, e tendo por base a distribuição dos dados, considerámos três grupos: solteiros, casados e divorciados/viúvos. Tal como é possível verificar na tabela 10, o teste Kruskal-Wallis revelou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível das diferentes variáveis relacionadas com a qualidade de vida.

Tabela 10.

Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, em função do estado civil

	Solteiros		Casados		Divorciados ou viúvos		<i>H</i> (2)	<i>p</i>
	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>n</i>	<i>M</i> (<i>DP</i>)		
Faceta Geral	30	58,8 (19,7)	6	56,3 (10,5)	13	60,6 (16,0)	0,64	,725
Domínio físico	29	57,0 (19,2)	8	53,6 (6,9)	12	57,1 (10,9)	0,54	,764
Domínio psicológico	29	64,2 (13,6)	7	72,6 (5,3)	12	69,4 (9,8)	4,94	,085
Domínio relações sociais^a	17	56,4 (10,8)	1	66,7 (---)	6	56,9 (12,3)	-	-
Domínio ambiente	29	51,1 (12,5)	7	48,2 (16,4)	13	52,9 (11,4)	0,65	,723

Nota. ^a Atendendo ao tamanho do grupo de participantes casados ($n = 1$), optou-se por comparar para este domínio apenas o grupo dos participantes solteiros com o grupo dos participantes divorciados/viúvos através do teste Mann Whitney ($U = 51,00$, $p > ,05$).

Escolaridade

Em relação à escolaridade, considerámos dois grupos, nomeadamente os participantes analfabetos e os participantes com escolaridade até 9 anos. Da análise da tabela 11, é possível verificar que o cálculo do teste Mann-Whitney revelou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da faceta geral e dos quatro domínios do WHOQOL-BREF.

Tabela 11.

Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, em função da escolaridade

	Analfabetos		Escolaridade até 9 anos		U	p
	n	M (DP)	n	M (DP)		
Faceta Geral	33	60,6 (18,0)	15	55,8 (17,6)	206,00	,340
Domínio físico	32	55,7 (17,0)	16	57,6 (14,1)	252,50	,939
Domínio psicológico	31	65,5 (12,4)	16	68,6 (11,9)	225,50	,611
Domínio relações sociais	18	56,5 (11,3)	6	58,3 (10,5)	49,00	,729
Domínio ambiente	33	51,0 (12,8)	15	50,2 (12,2)	245,00	,955

Situação profissional atual

Quanto à situação profissional, os participantes foram agrupados em dois grupos: Empregados/Desempregados e Reformados.

Tabela 12.

Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF, em função da situação profissional atual

	Empregados/Desempregados		Reformados		U	p
	n	M (DP)	n	M (DP)		
Faceta Geral	18	50,7 (13,9)	31	63,7 (18,0)	147,50	,005
Domínio físico	17	52,9 (16,3)	32	58,4 (15,5)	214,00	,221
Domínio psicológico	17	61,3 (9,9)	31	69,8 (12,4)	155,50	,019
Domínio relações sociais	11	53,8 (8,6)	13	59,6 (12,2)	45,50	,118
Domínio ambiente	18	48,3 (12,1)	31	52,8 (12,8)	217,50	,200

Tal como é possível verificar na tabela 12, o teste Mann-Whitney permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da faceta geral e do domínio psicológico. De acordo com os resultados obtidos, os participantes

reformados percebem melhor qualidade de vida comparativamente aos participantes ativos (empregados ou desempregados).

2. Discussão dos resultados

Decorrida a fase da apresentação dos resultados, segue-se a sua discussão, tendo por referência os objetivos do presente estudo e os resultados obtidos em outros estudos relativamente à temática em análise.

No presente estudo participaram 51 indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, sendo que 56,9% pertenciam ao género feminino e os restantes ao género masculino (41,1%). A idade média dos participantes é de 68,9 anos ($DP = 12,7$). Segundo os dados do INE.CV (2000), o género feminino constitui a maior parcela populacional, sendo que a esperança média de vida para as mulheres é de 72 anos e para os homens de 67 anos (WHO, 2007). Os resultados do presente estudo vão de encontro ao estudo realizado por Lima e Colaboradores (2010) e Cimirro e Colaboradores (2011) que indicam que os participantes do seu estudo são na sua maioria do sexo feminino.

Relativamente ao estado civil verificamos que mais de metade da amostra corresponde a indivíduos solteiros (58,8%), sendo os restantes casados (15,7%), separados (5,9%) e viúvos (19,6%). Ainda de acordo com os resultados, 33,3% dos indivíduos vivem sozinhos ou sendo que 27,5 vivem com os filhos. Os dados do INE.CV (2000), assim como os resultados obtidos nos estudos desenvolvidos por Aboderin (2009) na Nigéria e no Gana apontam para o inverso. Com efeito, de acordo com o INE.CV (2000), a maioria dos idosos em Cabo Verde são casados ou vivem em união de facto, sendo que a taxa de indivíduos solteiros é bastante reduzida. Por sua vez, os estudos realizados por Aboderin (2009) indicam que a maioria da população idosa na Nigéria e no Gana é casada, sendo que na África Ocidental os idosos são mas propensos a viver sozinhos.

Apesar de se encontrar num plano descendente, de acordo com os dados do

INE.CV (2000), a percentagem da taxa de analfabetismo permanece ainda bastante elevada para a população idosa (71%). No presente estudo, a taxa de analfabetismo foi de 66,7%, sendo que só 15,7% possui até quatro anos de escolaridade. Os resultados obtidos no presente estudo vão no mesmo sentido que estudos desenvolvidos na África Ocidental e no Brasil. Também Aboderin (2009) verificou que a maioria dos idosos na África Ocidental têm baixo nível de escolaridade. Por sua vez, Braga, Casella, Campos e Paiva (2011), ao estudarem idosos residentes na área sanitária no Brasil, observaram que os idosos na sua maioria eram analfabetos.

Relativamente à situação profissional atual, 64,7% dos participantes são reformados e 31,4% se encontra desempregado. Neste sentido, a idade da reforma em Cabo Verde é de 60 anos para as mulheres e 65 anos para os homens. De acordo com o Governo. CV, uma grande parte dos indivíduos ainda em idade ativa se encontra em situação de desemprego, não dispondo de nenhum rendimento, tendo como retaguarda a ajuda e apoio dos familiares. Segundo a mesma fonte nem todos os idosos que se encontram em idade da reforma beneficiam do apoio de sistemas de reforma.

O estudo de Sowers e Rowe (2007) indica que uma grande parte dos idosos vive em situação de pobreza.

Segundo a OMS (2005), a participação ativa e regular em atividades de componente física moderada pode ter um efeito retardativo nos declínios funcionais, diminuindo o aparecimento de doenças em idosos saudáveis ou doentes crônicos assim como reduzir substancialmente a gravidade de deficiências associadas à cardiopatia e outras doenças crônicas. Uma vida ativa melhora a saúde mental e frequentemente promove os contatos sociais. A participação em atividades físicas pode ajudar as pessoas idosas a ficarem independentes por mais tempo aumentando a sua capacidade de mobilidade e de independência. No entanto, os resultados do presente estudo indicaram que mais de metade da amostra (66,7%) não pratica qualquer exercício físico, o que pode contribuir para uma pior qualidade de vida.

Relativamente ao estado de saúde, 86,3% dos participantes encontrava-se doente e 11,8% afirmou não ter qualquer patologia. As doenças mais frequentemente

identificadas pelos participantes foram, dores no corpo (40,9%), hipertensão arterial (27,2%) e problemas de visão (20,4%). Note-se que 72,1% dos participantes que dizem estar doente têm acompanhamento médico. Com efeito, Kalache (2004) afirmou que o envelhecimento da população é acompanhado de um número de doenças crónicas não transmissíveis, tais como as cardiovasculares, diabetes, doença de Alzheimer e outras afecções de saúde mental relacionadas ao envelhecimento. Também os dados da OCDE (2008) indicam que a saúde dos idosos na África Ocidental é frágil. Embora tenham sido feitos muitos progressos nos cuidados de saúde, muito há ainda a fazer para colmatar este problema e melhorar as condições de vida das populações.

Caracterizar a qualidade de vida de pessoas na vida adulta e na velhice

Um primeiro objetivo deste estudo consistia em caracterizar a qualidade de vida de pessoas na vida adulta e na velhice. Como se pode observar aquando da revisão da literatura, a qualidade de vida é um conceito importante na avaliação da condição de vida dos idosos, sendo particularmente importante valorizar a avaliação da qualidade de vida nos seus vários domínios. Neste sentido, utilizou-se no presente estudo o WHOQOL-BREF para avaliar a qualidade de vida destes idosos. Esta medida permite descrever a perceção dos idosos sobre a sua qualidade de vida geral, bem como nos domínios físico, psicológico, relações sociais e ambiente.

No presente estudo, foi possível constatar pela análise dos resultados obtidos a nível da qualidade de vida dos participantes, que as pontuações dos vários domínios apresentam valores muito próximos, sendo o domínio psicológico aquele que apresenta o valor mais elevado. Estes resultados sugerem que os participantes do presente estudo de uma forma geral consideram ter uma qualidade de vida razoável. À semelhança destes resultados, o estudo realizado por Xavier e colaboradores (2003) no Brasil com idosos com mais de 80 anos, demonstrou que 57% dos idosos classificaram a sua qualidade de vida atual como positiva.

No presente estudo, o domínio físico apresentou uma média de 56,5, indicando um índice de qualidade de vida percebida razoável deste domínio. Este domínio reporta

um conjunto de facetas relativas às experiências de dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades de vida diárias, dependência de medicação, tratamentos e capacidade de trabalho, sendo que todos estes aspetos são importantes na condição de vida dos idosos (Canavarro et al., 2010).

O estudo de Aboderin (2009) realizado na África Ocidental indicou que uma pequena minoria de idosos relatou ter incapacidades funcionais. Também no estudo de Cimirro e colaboradores (2011), o domínio físico teve a pontuação mais baixa e se verificou que os idosos portugueses parecem relacionar a sua qualidade de vida ao aspeto físico, à possibilidade de se manter ou não ativos.

Tal como referido anteriormente, do conjunto de domínios da qualidade de vida avaliados no presente estudo foi o domínio psicológico aquele que apresentou a pontuação mais elevada. Este domínio engloba facetas relacionadas com sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, espiritualidade/religião e crenças pessoais. O estudo realizado por Cimirro e Colaboradores (2011) indica que o domínio psicológico teve uma pontuação razoável da qualidade de vida (60,27). Também no estudo desenvolvido por Braga e Colaboradores (2011) no Brasil, o domínio psicológico teve uma média de 58,3, o que reflete uma qualidade de vida razoável.

O domínio de relações sociais foi o domínio com mais problemas de resposta. Este engloba questões sobre as relações pessoais, apoio social e atividade sexual. Os resultados obtidos para 24 participantes levam a concluir que estes idosos se encontram num nível razoável neste domínio da qualidade de vida. Este domínio é muito importante para a qualidade de vida dos idosos, uma vez que é nesta etapa que ocorrem várias transformações a níveis de apoio social e relações pessoais, entre outros. Sabe-se que ao longo do ciclo de vida as redes sociais dos indivíduos mudam com os contextos familiares, trabalho, vizinhança entre outros, tal como a reforma ou mudança de residência alteram profundamente esta rede, o que leva os idosos a reverem os seus objetivos de modo a justarem-se perante as novas situações (Paul, 2005b).

Os estudos realizados por Braga e Colaboradores (2011) no Brasil e Cimirro e Colaboradores (2011) em Portugal o domínio social obteve a pontuação mais elevada da

qualidade de vida.

No presente estudo, o domínio ambiente obteve a pontuação mais baixa da qualidade de vida. Este engloba segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidade de recreio e lazer, ambiente físico e transporte. Os resultados do presente estudo vão de encontro ao estudo realizado por Braga e Colaboradores (2011) em que indicam que o domínio ambiente teve a pontuação mais baixa da qualidade de vida. Também o estudo de Cimirro e Colaboradores (2011) o domínio ambiente obteve uma pontuação razoável da dimensão da qualidade de vida.

Quanto ao domínio geral da qualidade de vida, constituído por duas questões, sendo que uma é relativa à avaliação global da qualidade de vida e outra referente à satisfação com a saúde, no presente estudo, os participantes tiveram uma pontuação de 58,9 sugerindo uma qualidade de vida razoável. Os resultados do presente estudo vão de encontro ao estudo de Braga e Colaboradores (2011) em que aponta que o domínio global teve uma pontuação razoável da qualidade de vida.

Relação entre variáveis sociodemográficas e qualidade de vida

Um segundo objetivo deste estudo foi analisar as relações entre qualidade de vida e variáveis sociodemográficas dos participantes. Neste sentido, foram estudada a variabilidade da qualidade de vida dos participantes em função do género, do grupo etário, do estado civil, da escolaridade e da situação profissional, mas apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível desta última variável. Ou seja, observou-se diferenças significativas na faceta geral e no domínio psicológico. Com efeito, de acordo com os resultados obtidos, os participantes reformados parecem considerar possuir melhor qualidade de vida a nível destas dimensões em comparação com os participantes que ainda não se encontram em situação de reforma.

No entanto, com a perda de papéis sociais, os indivíduos criam sentimentos negativos da sua vida, baixando a sua autoestima, prejudicando a sua saúde o que pode contribuir para uma má qualidade de vida. Estes fatores de uma forma ou outra

influenciam a qualidade de vida dos indivíduos. Estes resultados de algum modo aproximam-nos do que Walker (2010) chama-se de paradoxo da satisfação.

Infelizmente não há estudos sobre a qualidade de vida dos idosos na África Ocidental em que podemos comparar com os dados do presente estudo, isso mas uma vez leva a necessidade em investigar, analisar, e dar mais importância ao processo de envelhecimento.

Conclusão

O estudo sobre o envelhecimento ativo e a qualidade de vida das populações tem sido uma das preocupações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Na última década, tem despertado interesse não só em investigadores mas também em toda a sociedade em particular na Europa e EUA.

Os principais resultados demonstraram que dos 51 participantes, as mulheres estão em maioria, solteiros, com uma média de idade de 68,9 anos. Comparando estes resultados a nível nacional, este valor é razoável, uma vez que a esperança média de vida em Cabo Verde é de 72 anos para as mulheres e 67 anos para os homens. São indivíduos na sua maioria com baixo nível de escolaridade ou analfabetos. Quanto à situação profissional atual, a maioria da amostra encontrava-se reformado e frequentava o Centro de Dia. Relativamente ao instrumento WHOQOL-Bref, pode-se dizer que a qualidade de vida junto destes indivíduos nos domínios avaliados é razoável. Verificou-se que o domínio que obteve a pontuação mais elevada foi o domínio psicológico ($M = 66,8$; $DP = 12,1$) e o domínio ambiente foi a dimensão com a pontuação mas baixa da qualidade de vida ($M = 51,1$; $DP = 12,6$). Quantos às relações entre as variáveis, verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos a nível da situação profissional mais especificamente para a faceta geral da qualidade de vida e o domínio psicológico, em que

os participantes reformados percebem melhor qualidade de vida que os participantes desempregados/empregados, nas restantes variáveis (género, idade, escolaridade, estado civil) não se observou diferenças entre grupos.

Neste sentido os resultados obtidos no presente estudo vão no mesmo sentido dos resultados obtidos em outros estudos relativamente na diferença entre o género, como é o caso do estudo de Cimirro e Colaboradores (2011) em Portugal e de Lima e Colaboradores (2010) no Brasil em que se verifica que as mulheres encontram-se em maioria, e que a diferença entre o género parece cada vez mais frequente, uma vez que as mulheres vivem mais que os homens.

No entanto, em África Ocidental a investigação não abunda, há uma grande necessidade em desenvolver estudos devido a escassez de investigação no âmbito do envelhecimento em que se possam comparar os resultados a nível nacional. Contudo, nas próximas décadas, espera-se um aumento de número de idosos em África, uma vez mais reforça a necessidade de se desenvolver investigações no sentido de criar políticas e programas de assistência aos idosos de modo que lhe propiciem um envelhecimento ativo e melhoria na sua qualidade de vida.

Tendo em consideração os resultados obtidos, pode-se afirmar que os objetivos a que se propôs a presente investigação foram cumpridos, uma vez que permitiu conhecer a qualidade de vida destes indivíduos. Os resultados do presente estudo não podem no entanto ser generalizados à população idosa, uma vez que se trata de uma amostra de pequena dimensão, em que os participantes não foram aleatoriamente selecionados. Todavia, estes resultados podem ser tomados como orientadores para investigações futuras sobre o envelhecimento ativo e a qualidade de vida.

Evidentemente, não poderia deixar de citar as limitações deste estudo tais como: o tamanho reduzido da amostra e a dificuldade de articulação dos dados sobre investigação em África no âmbito do envelhecimento, com estudos predominantemente realizados na Europa e EUA. Além disso, foi utilizado um instrumento de medida adaptado para a população portuguesa, o que pode trazer algumas dificuldades quando aplicado noutros países de expressão portuguesa como é o caso de Cabo Verde.

No futuro é imprescindível que se avance na realização de novos estudos nesta área, dada a existência de lacunas ao nível da investigação em Cabo Verde, traduzida quer na falta de estudos, quer pela falta de informação decorrente do conhecimento científico sobre o tema.

Quanto às orientações para a prática Gerontológica, considerando que o envelhecimento ativo tem a marca da cultura e do género, na implementação de políticas para a terceira idade será de ter esses aspetos em consideração. Neste sentido, a cultura e o género sendo determinantes transversais, influenciam e interfere a forma como as gerações se relacionam com os mais velhos. O Secretário-Geral das Nações Unidas, Kofi Annan, afirma que *“Em África, diz-se que, quando morre um ancião, desaparece uma biblioteca. Isto lembra-nos o papel crucial que os idosos desempenham como intermediários entre o passado, o presente e o futuro; a importantíssima linha de comunicação que constituem para a sociedade. Sem os conhecimentos e a sabedoria dos anciãos, os jovens nunca iriam saber donde vêm ou qual a comunidade em que se inserem. Mas para que os idosos tenham uma linguagem que os jovens entendam, devem ter a oportunidade de continuar a aprender ao longo da vida”* (p.1).

Neste sentido, e uma vez que os idosos em Cabo Verde, envelhecem em casa, na comunidade e considerando a experiência e o conhecimento acumulado pelos idosos ao longo do ciclo de vida, seria também importante aproveitar estes conhecimentos. Promover atividades em que os mais velhos transmitam os seus saberes aos mais novos, proporcionando de modo sistemático ações intergeracionais em que todos possam obter uma boa qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboderin, I. (2009). Chapter 12 Ageing in West Africa. In P. Uhlenberg (Ed), *International Handbook of Population Aging* (pp. 253-273). Springer.
- Arslantas, D., Unsal, A., Mentitas, S., Koc, F., & Arslantas, A. (2009). Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskişehir (Turkey). *Journal/Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48, 127-131.
- Awadalla, A. W., Ohaeri, J. U., Salih, A. A., & Tawfiq, A. M. (2005). Subjective quality of life of community living sudanese psychiatric patients: comparison with caregivers impressions and control group. *Journal quality of life research*, 14, 1855- 1867.
- Bastos, A., Faria, C., & Moreira, E. (2012). Desenvolvimento e envelhecimento cognitivo: dos ganhos e perdas com a idade à sabedoria. In O. Ribeiro, & C. Paul (Eds.), *Manual de Gerontologia* (pp. 107-126). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- Braga, M. P. C., Casella, M. A., Campos, M. L. N., & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-BREF: Estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. *Revista APS*, 14, 93-100.
- Camarano, A. A., & Pasinato, T. M. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: A. Camarano. (Org.). *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* . (pp. 253- 292). Rio de Janeiro: IPEA.
- Canavarro, M. C. et al. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da organização da saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Coord.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Carvalho, R. B. C., & Forti, V. A. M. (2008). O processo de envelhecimento e os benefícios da atividade física na saúde e qualidade de vida. *Revista Digital*, 124, 1-1.
- Charchat-Fichman. H., Caramelli, P., Sameshima, K., & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27, 79-82.

- Cimirro, P. A., Rigon, R., Vieira, M. M. S., Pereira, H. M. C. T. C. G., & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do regado e são Tomé – Portugal. *Enfermagem em Foco*, 2 (3), 195-198.
- Farenzena, W. P., Argimon, I. L., Moriguchi, E., & Portuguese, M. W. (2007). Qualidade de vida em um grupo de idosos de Veranópolis. *Revista Kairós*, 10, 225-243.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2004). Gerontologia Social. Madrid: Edições pirâmide.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo, contribuciones de la psicologia*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Silva, A. O., Santos, W. S., & Moreira, M. A. S. P. (2010). O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista Escola Enfermagem*, 44, 65-69.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 33-38.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Revista de saúde pública*, 34, 178-83.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem - sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento. Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. CLIMEPSI.
- Gasparetto, E. V., & Lasca, V. (2005). *Exercite sua mente: guia prático para aprimoramento da memória, linguagem e raciocínio*. São Paulo. Acedido a 22 de junho de 2012 em:

<http://www.google.com/search?q=exercite+sua+mente+&btnG=Pesquisar+livros&tbm=bks&tbo=1&hl=pt-PT>.

Governo.C.V. (s.d.). *Estratégia para o desenvolvimento da protecção social de Cabo Verde*. Acedido em:

http://www.governo.cv/documents/estrategia_desenv_proteccao_social

Hooyman, N. R. & Kiyak, H. A. (2011). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*. 9th edition. Boston: Allyn and Bacon.

INE.CV (2000). *Recenseamento geral da população e da habitação censo 2000*. Instituto nacional de estatística de Cabo Verde.

INE.CV (2010). *Evolução da população residente em Cabo Verde por Ilha Concelho (1900 -2010)*. Instituto nacional de estatística de Cabo Verde.

Irigaray. T. Q., & Trentini. M. C. (2009). Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Jornal Estudos Psicologia*, 26, 297-304.

Kalache, A. (2004) – *World Health Organization launches new initiative to address the health needs of a rapidly ageing population*. Geneva (disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr60/en/> a 18 de outubro de 2012)

Kalasa, B. (s.d.). *Population and Ageing in Africa: a Policy dilemma?* UNFPA.

Lima, D. L., Lima, M. A. V. D., & Ribeiro, C. G. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo*, 7, 345-355.

Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in sloth Africa - A pilot study. *International League Epilepsy*, 47, 2173-2179.

Martins, C. R., Albuquerque, F. J. B., Gouveia, C. N. N. A., Rodrigues, C. F. F. R., & Neves, M. T. S. (2007). Avaliação da qualidade de vida subjetiva dos idosos: uma

- comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. *Estudos interdisciplinar Envelhecimento*, 11, 135-154.
- Martins (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilibrios.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9 (2), 19 – 25.
- Nações Unidas (2002). *Segunda assembleia mundial sobre o envelhecimento: construir uma sociedade para todas as idades*. Madrid: Nações Unidas.
- Neri, A. (2000). Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliário. In D. Duarte (Ed.), *Atendimento Domiciliário um Enfoque Domiciliário* (pp. 33-47). São Paulo: Atheneu.
- Neri, A. L. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. In Universidade Estadual de Campinas: 2º congresso paulista de geriatria e gerontologia, Brasil, 1-18. Acedido em 20 de marco de 2012 em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>
- Netuveli, G., & David, B. (2008). Quality of life in older ages. *Journal Oxford British Medical Bulletin*, 85, 113-126.
- OECD (2007). Demographic Trends. Atlas on Regional Integration in West Africa.
- OECD (2008). Communicable Diseases. Atlas on Regional Integration in West Africa.
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Paúl, C. (2005a). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-87.
- Paúl, C. (2005b). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 21- 40). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do Envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatria* (pp. 43-67). Coimbra: Psiquiatria clinica.

- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). Apresentação. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp.16-18). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.). *Envelhecer em Portugal* (pp. 99-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pillay, K. N., & Maharaj, P. (2013). chapter 2 Population Ageing in Africa. *Springer Science, 4*, 11-51.
- Pinto, L. F. A. (1999). Memória: um desafio à autonomia do idoso. *Família Saúde Desenvolvimento, 2*(1), 39-48.
- Rabelo, D. F. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde, 1*, 56-68.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo*. Lisboa: Edições Técnicas.
- Rodrigues, L. N., & Terra, C. N. (2006). *Gerontologia Social para leigos*. Porto alegre.
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). S. Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, S. R., Santos I. B. C., Fernandes, M. G. M., & Henriques, M. E. R. M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino Americana de Enfermagem, 10*, 757-64.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública, 37*, 364-71.
- Sowers, M. K. & Rowe, S. W.(2007).Global Aging. in J. A. Blackburn. & C. N. Durlmus (coord). *Handbook of Gerontology* (pp. 3-16). United States of America.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Acedido a 20 de Dezembro de 2011 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>

- Vasconcelos, K. B., Lima, A., & Costa, K. S. (2007). O envelhecimento activo na visão de participantes de um grupo de terceira idade. *Revista Fragmentos da Cultura*, 17, 439-453.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8, 246-52.
- Vicki, J. N., & Gerard, J. A. B. (2004). WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Journal International Psychogeriatrics*, 16 (2), 159–173.
- Walker, A. (2010). Ageing and quality of life in Europe. In D. Danefer & C. Phillipson (Coord.), *The Sage Handbook of Social Gerontology* (pp. 573 – 587). London: Sage Publication
- WHO, World Health Statistics (2007). Highlights and Tables
- Xavier, M. F. F., Ferraz, P. T. F., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), 831-839.