



ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO WHOQOL- BREF PARA IDOSOS DE CABO VERDE/ÁFRICA

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

Descritores: Qualidade de Vida, Enfermagem, Saúde do Idoso, Estudos de Validação.

Cross-cultural adaptation and validation of the WHOQOL-BREF instrument for elderly people in Cape Verde/Africa

Abstract: To culturally adapt and validate The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) instrument for Cape Verdean elderly. Cross-sectional study, conducted with 405 elderly people from the archipelago of Cape Verde. The WHOQOL-BREF instrument was cross-culturally adapted according to international recommendations and validated for use in the Cape Verdean context through factor analysis and Cronbach's alpha. The face and content validity of the instrument was considered satisfactory after evaluation by an expert committee and pre-test. From the factor analysis, four constructs were identified: domain I-Physical, domain II- Environment, domain III-Social Relationships and domain IV-Sexuality. The instrument showed satisfactory internal consistency, with Cronbach's alpha values between 0.67 and 0.71. It is concluded that the WHOQOL-BREF - Cape Verdean version is a valid and reliable instrument to be used in the assessment of the quality of life of elderly Cape Verdeans.

Descriptors: Quality of Life, Nursing, Health of the Elderly, Validation Studies.

Adaptación y validación transcultural del instrumento WHOQOL-BREF para personas mayores en Cabo Verde/África

Resumen: Adaptar culturalmente y validar el instrumento The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF) para ancianos caboverdianos. Estudio transversal, realizado con 405 ancianos del archipiélago de Cabo Verde. Se realizó la adaptación transcultural del instrumento WHOQOL-BREF, según recomendaciones internacionales y su validación para su uso en el contexto caboverdiano, mediante análisis factorial y alfa de Cronbach. La validez de apariencia y contenido del instrumento fue considerada satisfactoria después de la evaluación por un comité de especialistas y el pre-test. Con base en el análisis factorial, se identificaron cuatro constructos: dominio I-Físico, dominio II-Ambiente, dominio III- Relaciones sociales y dominio IV-Sexualidad. El instrumento mostró consistencia interna satisfactoria, con valores de alfa de Cronbach entre 0,67 y 0,71. Se concluye que el WHOQOL-BREF - versión caboverdiana es un instrumento válido y fiable para ser utilizado en la evaluación de la calidad de vida de los ancianos caboverdianos.

Descriptores: Calidad de Vida, Enfermería, Salud de los Ancianos, Estudios de Validación.

Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente. Faculdade de Ciência e Tecnologia,
Universidade Cabo Verde (Uni-CV). Praia,
Santiago - Cabo Verde.
E-mail: deisa.semedo@docente.univc.edu.cv
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4105-3873>

Marlene Teda Pelzer

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente. Escola de Enfermagem; Programa
de Pós-graduação em Enfermagem;
Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
Rio Grande, Rio Grande do Sul - Brasil.
E-mail: marleneteda@yahoo.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9844-5459>

Diva Elci dos Reis Cabral

Engenheira Alimentar. Mestre em Consumer
Sciences and Nutrition. Departamento de
Geociências, Ordenamento, Ambiente e
Ordenamento do Território; Instituto de
Ciências Agrárias; Faculdade de Ciências;
Universidade do Porto (UP). Porto, Portugal.
E-mail: divaelcy@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6886-1841>

Mara Regina Santos da Silva

Enfermeira. Doutora em Enfermagem.
Docente. Escola de Enfermagem; Programa
de Pós-graduação. em Enfermagem;
Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
Rio Grande, Rio Grande do Sul - Brasil.
E-mail: marare2021@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7385-7609>

Ariana Sofia Barradas da Silva

Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem.
Escola de Enfermagem; Programa de Pós-
graduação em Enfermagem; Universidade
Federal do Rio grande (FURG). Rio Grande, Rio
Grande do Sul - Brasil.
E-mail: barradasariana18@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1134-1823>

Submissão: 06/01/2023

Aprovação: 01/03/2023

Publicação: 26/03/2023



Como citar este artigo:

Semedo DSRC, Pelzer MT, Cabral DER, Silva MRS, Silva ASB. Adaptação transcultural e validação do instrumento WHOQOL- BREF para idosos de Cabo Verde/África. São Paulo: Rev Recien. 2023; 13(41):378-389. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.378-389>

Introdução

O envelhecimento é um triunfo do desenvolvimento e o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais em razão de melhoria na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar social e econômico. A expectativa de vida após o nascimento está situada acima dos 80 anos em 33 países; há apenas cinco anos, somente 19 haviam alcançado esse patamar¹.

O aumento do número de idosos tem sido abordado mundialmente em diversos contextos, sendo um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, devido à sua ação direta e contínua com esses clientes. No entanto, o desafio de uma população que vai envelhecendo é mundial, nacional e local e Cabo Verde (CV) não foge à regra, mesmo sendo um país bastante jovem, com uma média de idade de 28,9 anos, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde².

O termo qualidade de vida (QV) é utilizado frequentemente, quer na linguagem cotidiana, quer nas diferentes áreas do conhecimento, com diferentes significados e de acordo com os contextos. Atendendo à natureza biopsicossocial do indivíduo, podemos afirmar que é um construto que pode ser abordado de diversas formas: antropológica, econômica, social, política, filosófica, médica, psicológica e moral³.

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

Organização Mundial da Saúde - OMS definiu saúde como “estado completo de bem-estar físico, mental e social e que não consiste somente numa ausência de doença ou de enfermidade”.⁴ No entanto, repetem-se os argumentos quando a OMS, através do *The World Health Organization Quality of Life - WHOQOL-Group*, anuncia a qualidade de vida como sendo a “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁵.

Na última década ocorreu uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida em idosos, a maioria realizados nos países desenvolvidos, com um crescente interesse em traduzi-los para uso em outras culturas. Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida geral tendem a ter uma boa cobertura em relação ao seu potencial para determinar os níveis de bem-estar e satisfação com a vida em diferentes momentos e situações da vida⁶.

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

Material e Método

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo exploratório-descritivo, com delineamento

transversal. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL-BREF segundo recomendações internacionais⁷ e sua validação para utilização no contexto cabo-verdiano, envolvendo a tradução e retrotradução dos itens da versão original do instrumento em inglês para o português, sua validade de face e conteúdo, bem como a descrição das propriedades psicométricas relacionadas à sua validade de constructo e confiabilidade, mediante análise fatorial e do alfa de *Cronbach*.

Foi concedida autorização da OMS para a adaptação transcultural do instrumento WHOQOL-BREF, por meio do contato eletrônico. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (Parecer n. 163/2016). Também foi enviado à Comissão de Ética em Pesquisa para a Saúde do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde (CNEPS), respeitando o Decreto-Lei nº 26/2007 sobre a pesquisa envolvendo humanos, com o parecer nº (08/2017).

Instrumento original

O WHOQOL-BREF é um instrumento para avaliar a qualidade de vida, constituído por 26 perguntas: duas mais gerais, que se referem à percepção geral de QV e à percepção geral da saúde, e 24 relativas a cada uma das 24 facetas específicas e está organizado em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. O domínio saúde física com 7 itens (Atividades do dia a dia, dependência de substâncias medicinais e auxiliares médicos, energia e fadiga, mobilidade, dor e desconforto, dormir e repousar e

capacidade de trabalho). No domínio psicológico com 6 itens (imagem/aparência corporal, sentimentos negativos, sentimentos positivos, autoestima, espiritualidade/religião/crenças pessoais, pensamento, aprendizagem, memória e concentração). No domínio relações sociais com 3 itens (relações pessoais, suporte social e atividade sexual) e o domínio ambiente com 8 itens (recursos financeiros, liberdade, segurança física, saúde e assistência social: acessibilidade e qualidade, ambiente do lar, oportunidades para adquirir novas informações e habilidades, participação e oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição / ruído / tráfego / clima) e transporte⁸.

A pontuação para cada domínio é definida pela soma da pontuação dos itens individuais em uma sub-escala transformados numa escala de 0 a 100, de acordo com as instruções do questionário.⁸ As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas, em função do conteúdo da questão: intensidade, capacidade, frequência e avaliação. Foi criado a partir da metodologia simultânea transcultural, mostrando-se adequado para o uso em estudos de base populacional e em investigações transculturais^{8,9}.

Adaptação transcultural: validação de face e conteúdo do instrumento

Foram seguidas seis etapas que objetivaram uma adaptação completa do instrumento, maximizando a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado: *tradução inicial; síntese das traduções; backtranslation; comitê de especialistas; pré-teste; revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores*⁷.

Na primeira etapa, tradução inicial, a escala WHOQOL-BREF foi enviada a dois tradutores bilíngues, de forma independente, a fim de traduzi-la do inglês para o português. Esses tradutores possuíam perfis distintos, de modo que um deles é brasileiro e estava familiarizado com traduções de materiais relacionados à área da saúde e ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; já o outro, cabo-verdiano, não foi informado acerca dos objetivos da tradução e não possuía experiências com traduções da área da saúde⁷.

Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de *backtranslation*. Nessa etapa, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores. Esses tradutores não foram informados dos objetivos da tradução e sem experiência em traduções da área da saúde, buscando evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. Após a compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation*, foi realizada a versão retrotraduzida da escala⁷.

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

Após a aplicação do pré-teste em 30 idosos, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos

pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão teve por objetivo efetuar modificações na escala, facilitando sua compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada⁷.

A aplicação da versão final do instrumento de coleta de dados foi realizada em todo país. Cabo Verde é formado por dez ilhas (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava) e cinco principais ilhéus com uma superfície aproximada de 4.033 km², Ilhas atlânticas, de origem vulcânica, distam cerca de 500 km do promontório do Senegal de onde lhe veio o nome².

A população de Cabo Verde em 2015, foi estimado um número de 524.833 pessoas residentes, numa proporção de 48% homens e 52% mulheres. Em 2015, a esperança de vida para os homens era de 71,7 anos enquanto para as mulheres, era de 79,9 anos¹⁰. A População Cabo-verdiana na faixa etária de 60 e mais anos era de 7 % (39.798) em 2015, sendo que a maioria se encontrava na faixa etária dos 60 a 64 anos (11203).

Para seleção do tamanho amostral, recorreu-se a amostragem aleatório simples sobre variáveis categóricas. Com um nível confiança de 95%, Erro relativo de 5%, conhecendo previamente o total da população de 39.798 idosos a dimensão da amostra calculada segundo da fórmula foi de 381 idosos¹¹.

Para aplicação do instrumento de coleta de dados, adotou-se como procedimento ter como ponto de referência para chegar à população as instituições sociais e de saúde do arquipélago. Assim, efetuou-se treinamento prévio de seis estudantes do último ano de graduação em Enfermagem e de 15 enfermeiros,

residentes em diferentes ilhas. Os instrumentos foram entregues diretamente aos informantes em um envelope de papel branco, juntamente com o termo de consentimento livre e esclarecido, a autorização da Direção Nacional de Saúde e o parecer do CNEPS. Mediante a distribuição dos instrumentos e consentimentos, foi realizado o agendamento do seu recolhimento.

O número de amostra mínima calculada foi de 381 idosos, para garantir o retorno deste número de questionário foi entregue 500 questionários aos estudantes e enfermeiros das diferentes ilhas, retornando 478, o que representou 95,6% de retorno. Excluíram-se 73 instrumentos, por apresentarem-se em branco ou com idade inferior a 60 anos, sendo a amostra final constituída por 405 idosos. O número de amostra por cada ilha foi realizado mediante a proporção de idosos existentes.

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

A análise fatorial foi realizada no intuito de reduzir e sumarizar os dados, objetivando a formação de fatores. Definiu-se como método de extração a análise de componentes principais, aplicando-se a rotação ortogonal Varimax para discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois

critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais (>,400); e o seu grau de subjetividade. Já o alfa de *Cronbach* foi utilizado para testar a confiabilidade do instrumento ao verificar a consistência de diferentes características de cada um dos fatores, medidas através de questões do instrumento.¹².

Resultados

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

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

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

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

Em relação à validade de conteúdo, o pré-teste

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

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

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

Quanto à validade de constructo, como procedimento inicial para aplicação da análise fatorial na escala WHOQOL-BREF as questões Q1 e Q2 relacionadas à "Qualidade de Vida Global" e à "Satisfação com a Saúde", dos instrumentos são

omissos, devido pertencerem ao subdomínio de qualidade de vida geral de forma a agregar apenas questões relacionadas aos domínios do instrumento. Deste modo, foram submetidas 24 questões do instrumento para a análise fatorial exploratória, buscando verificar a validade discriminante do instrumento. No primeiro agrupamento surgiu a formação de cinco constructos, efetuou-se um processo de exclusão sucessiva de cada uma das questões que apresentou baixa correlação, com ponto de carga fatorial inferior a 0,40 (40%), de modo a facilitar o agrupamento das questões.

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

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

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

Quadro 1. Definições dos constructos formados.

Constructo	Definição do constructo
Físico	Percepção do indivíduo sobre a sua condição física, concretamente a capacidade funcional (força, resistência, equilíbrio e flexibilidade). ¹³
Ambiente	Percepção do indivíduo sobre o ambiente onde vive, principalmente sobre os aspectos da prevenção de queda, da interação social, do envolvimento em atividades, da independência e segurança, e do bem-estar psicológico. ^{14,15}
Relações Sociais	Percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados para a vida. ^{15,16}
Sexualidade	Percepção do indivíduo sobre o sexo, a identidade sexual e as relações de gênero, o prazer, a intimidade e a reprodução. ^{17,18}

Tabela 1. Análise fatorial exploratória (rotação Varimax).

Indicadores	Carga Fatorial	D-I	D-II	D-III	D-IV
Domínio I-Físico					
Q3 Até que ponto acha que a dor física lhe impede de fazer coisas necessárias?	,604	,573	,441	,229	,167
Q10 Tens energia suficiente para o dia a dia?	,550	,704	-,231	,037	,000
Q15 Como avaliaria a sua mobilidade?	,604	,688	-,325	,110	,110
Q17 Quão satisfeito está com a sua capacidade de realizar atividades de vida diária?	,657	,786	-,134	-,022	,147
Q18 Quão satisfeito está com a sua capacidade para o trabalho?	,660	,692	-,286	,062	,308
Q19 Quão satisfeito está consigo mesmo?	,563	,728	,095	-,046	,149
Q20 Quão satisfeito está com suas relações pessoais?	,523	,558	,374	,070	,259
Q23 Quão satisfeito está com as condições do local onde reside?	,528	,426	,401	-,365	-,228
Q25 Quão satisfeito está com o meio de transporte?	,564	,529	,374	-,378	,041
Domínio II-Ambiente					
Q4 Em que medida precisaria de um tratamento médico no seu dia-a-dia?	,614	-,485	,506	,184	,298
Q24 Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde?	,687	,449	,459	-,411	-,326
Domínio III-Relações Sociais					
Q5 Em que medida se diverte em sua vida?	,777	,419	,204	,572	-,482
Q14 Até que ponto tem oportunidades para realizar atividades de lazer?	,726	,537	,186	,561	-,297
Domínio IV-Sexualidade					
Q21 Quão satisfeito está com a sua vida sexual?	,568	,365	,412	,238	,456
%da variância explica (61,597%)		33,793	11,539	8,958	7,303
Alfa de cronbach (0,72)					
KMO medida adequada a amostra (KMO=0,854)					
Teste de Bartlett: qui-quadrado = 1730,873					

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

Tabela 2. Demonstrativo dos alfas de *Cronbach* dos constructos da EQV-CV adaptada e as questões gerais.

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

Discussão

A aplicação da EQV-CV em idosos em Cabo Verde apresentou quatro constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, apresentam algumas diferenças dos resultados obtidos no estudo de validação do instrumento original.

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

No instrumento original WHOQOL-BREF, foram validadas 24 questões relativas a cada uma das 24 facetas específicas organizadas em quatro domínios: Saúde física; psicológico; relações sociais e ambiente. No instrumento validado para o contexto cabo-verdiano, foram validadas 14 questões em quatro constructos: físico, ambiente, relações sociais e sexualidade. As diferenças entre os estudos evidenciam as diferenças do ambiente e cultura, demonstrando que a percepção da qualidade de vida pode variar em diferentes contextos.

Em relação aos constructos, o primeiro constructo da EQV-CV, *Domínio Físico* difere em vários

itens da escala original, sendo que na escala original este constructo é composto por 7 itens (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18) enquanto a versão adaptada é constituída por 9 itens (Q3, Q10, Q15, Q17, Q18, Q19, Q20, Q23, Q25), tendo algumas questões do domínio psicológico da versão original agrupadas nesse constructo. Sobre a diferença estrutural dos domínios entre nossos resultados e a escala original é justamente a diferença das características da amostra do presente estudo em relação ao grupo de amostras utilizadas para a elaboração do instrumento, lembrando que a escala WHOQOL-BREF foi elaborada para a população adulta no geral. A OMS utilizou amostras para criação e validação do questionário, de no mínimo 300 pessoas adultas, considerando sujeitos acima dos 18 anos¹⁹. Quando consideramos as características de cada população, podemos logo entender que pelo fato da nossa amostra ser constituída apenas por sujeitos idosos, muitas diferenças de cunho biopsicossocial acabam por ser evidenciadas.

Nos itens 16, 17 e 18, verificamos que estas avaliavam os aspectos físicos na escala original e em nossa amostra avaliaram aspectos psicológicos. Enquanto o item 16, “Quão satisfeito (a) está com o seu sono?”, foi eliminada na extração pela baixa carga fatorial, embora a literatura defenda que dormir é uma função básica, essencial ao bom funcionamento dos seres vivos²⁰, o sono de idosos difere do de adultos jovens, principalmente por uma tendência a um maior número de interrupções e a uma discreta diminuição da profundidade do sono, tornando-se um dos problemas na velhice²¹.

Ainda neste domínio, na nossa versão, agregaram os itens 19,20,23,25, sendo que o item 19” Quão

satisfeito está consigo mesmo?” fazia parte do domínio psicológico no WHOQOL-BREF original. Pode-se relacionar que a deterioração física leva à depreciação de algumas variáveis psicológicas, como a diminuição da autoestima, insatisfação com a vida, entre outras, acarretando problemas nos domínios físico e psicológico. O item 20 “Quão satisfeito está com suas relações pessoais?”, na versão original faz parte do domínio relações sociais. Importante salientar que o conceito social de velhice é construído, predominantemente, pela contraposição à identidade do jovem, principalmente a condição física e não é raro encontrar, nos discursos dos idosos, depoimentos que transmitem a insatisfação com sua condição atual, quando eles se reportam à condição de jovem com bastante saudosismo²².

Os itens 23 e 25 referem-se às seguintes questões: “Quão satisfeito está com as condições do local onde reside?” e 25 “Quão satisfeito está com o meio de transporte?” A versão original avaliava os aspectos ambientais e em nossa amostra avaliou aspectos físicos, embora sejam os itens com a menor carga fatorial. Já no estudo²³, esta diferença foi entre os domínios ambiental e psicológico, pois relataram que durante o processo de adaptação do WHOQOL-100 para versão abreviada (WHOQOL-BREF), tiveram problemas na correlação de itens que pertenciam ao domínio ambiental, porque apresentaram cargas fatoriais mais elevadas no domínio psicológico.

O segundo constructo *Domínio Ambiente*, na versão original é constituído por 8 itens (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25) e na nossa adaptação, depois da análise fatorial, ficou associado a 2 itens (Q4 e Q24), salientando que são referentes aos serviços de saúde.

No item 4 “Em que medida precisaria de um tratamento médico no seu dia a dia?”, na versão original faz parte do domínio físico e na nossa amostra constitui o domínio ambiental.

No item 24 têm-se: “Quão satisfeito está com o acesso aos serviços de saúde?”. Em Cabo Verde o sistema de saúde é acessível à maioria da população, o serviço de saúde não é visto somente como algo material, ou referente ao ambiente, mas sim como algo que traz um conforto psicológico. Isso pode ocorrer devido aos idosos perceberem que o período da vida em que se encontram é marcado pelo agravo da deterioração física e que por consequência, na maioria das vezes, leva ao surgimento ou aumento de doenças. Assim, ter um bom sistema de saúde e facilidade de utilizá-lo, pode levar a uma sensação de “tranquilidade” referente ao futuro ou de não precisar se preocupar se ao final da vida poderá ficar sem assistência médica, um fator a menos de estresse sobre o próprio futuro. Pois o conceito qualidade de vida implica a satisfação de diversas necessidades, primárias e secundárias, e é dependente da interação do comportamento individual e social nos diversos contextos^{24,25}.

O constructo *Relações Sociais* compreende itens relacionados ao lazer, os quais podem ser considerados muito importantes para a saúde psicológica dos idosos. Na escala original, esse domínio é constituído por 3 itens (Q20, Q21, Q22) e na nossa versão é constituído por 2 itens (Q5, Q14), sendo que nenhum dos itens do domínio social da escala original faz parte do domínio social da nossa versão. Destacam-se que esses dois itens apresentaram maiores cargas fatoriais, sendo o item cinco com uma carga fatorial de (0,77) e o item 14

(0,72).

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

O item cinco “Em que medida se diverte em sua vida?”, na escala original faz parte do domínio psicológico e na nossa versão faz parte de relações sociais. Sendo que o lazer tem o poder de aproximar as pessoas, tornando-o intimamente ligado aos aspectos sociais, uma vez que tem uma importante função na tentativa de fazer com que o indivíduo se desligue temporariamente de suas obrigações²⁶. O item 14 “Até que ponto tem oportunidade para realizar atividades de lazer?” Na escala original fazia parte do domínio ambiente, na nossa versão faz parte do domínio relações sociais.

Em relação ao último constructo *Domínio Sexualidade*, é constituído pelo item 21 “Quão satisfeito está com a sua vida sexual?” evidência a importância que os idosos cabo-verdianos dão aos aspectos da sexualidade, sendo que enfatizá-lo é dar visibilidade ao idoso e conduzi-lo para o lugar de sujeito desejante^{18,28}.

O item 21 na escala original faz parte do domínio relações sociais, na nossa amostra surgiu como um novo constructo, a sexualidade. No entanto, apesar dos esforços da Geriatria e da Gerontologia para tentar desmistificar a sexualidade do idoso, o

imaginário coletivo sobre essa temática ainda está carregado de mitos e ideias errôneas. Entretanto, sabe-se que as vivências sexuais são uma realidade cotidiana para os idosos, que envolvem sentimentos e emoções que lhes proporcionam satisfação física e mental²⁸.

Com relação à confiabilidade do instrumento, os resultados obtidos representam índices bastante satisfatórios, especialmente quando comparados à validação do instrumento original⁸, garantindo dessa forma a fidedignidade do instrumento validado para estudos posteriores.

Dos quatro domínios, o domínio físico conseguiu explicar a maioria dos itens da escala (9 itens). O alfa de *Cronbach* da EQV-CV apresentou valor 0,72, enquanto os coeficientes dos quatro constructos situaram-se entre 0,67 a 0,71. Esse resultado se assemelha ao do WHOQOL-BREF adaptado para português em Portugal, em que o alfa de *Cronbach* do instrumento variou de 0.64 e 0.87 para os quatro constructos, representando alta consistência interna entre as respostas²⁹.

Conclusão

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

Considerando que na realidade cabo-verdianas não existiam, até o presente momento, instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida dos idosos, esse estudo apresenta-se como uma importante tecnologia de informação contribuindo para o processo de

ampliação dos saberes referentes a essa temática.

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

Referências

1. World Health Organization. World report on ageing and health 2015. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>>. Acessado em 14 jan 2016.
2. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Anuário estatístico 2018. Praia; 2020. Disponível em: <<https://ine.cv/publicacoes/anuario-estatistico-o-de-cabo-verde-2020/>>.
3. Ayala A, Rodríguez-Blázquez C, Calderón-Larrañaga A, Beridze G, Teixeira L, Araújo L, et al. Influence of Active and Healthy Ageing on Quality of Life Changes: Insights from the Comparison of Three European Countries. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18(8):4152.
4. World Health Organization. Basic documents: forty ninth edition (including amendments adopted up to 31 may 2019). 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf>.
5. World Health Organization. WHOQOL-SRPB field test Instrument 2002. Geneva: 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77777/WHO_MSD_MER_Rev.2012.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em 14 jan 2016.
6. Skevington SM, Epton T. How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? A systematic review and meta-analysis to investigate whether WHOQOL-BREF scores respond to change. *BMJ Glob Health*. 2018; 3(1):e000609.
7. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000; 25(24):3186-91.
8. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Int J Mental Health*. 1994; 23(3):24-56.
9. Lodhi FS, Montazeri A, Nedjat S, Mahmoodi M, Farooq U, Yaseri M et al. Assessing the quality of life among Pakistani general population and their associated factors by using the World Health Organization's quality of life instrument (WHOQOL-BREF): a population based cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019; 17(1):9.
10. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Cabo Verde, Anuário estatístico 2015. Praia: Instituto Nacional de Estatística. 2017. Disponível em: <https://www.ine.cv/wp-content/uploads/2017/02/anuario-estatistico_cv-2015.pdf>.
11. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora online. 2016. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acessado em 14 jan 2016.
12. Cohn EG, Jia H, Larson E. Evaluation of statistical approaches in quantitative nursing research. *Clin Nurs Res*. 2009; 18(3):223-41.
13. Goes M, Lopes MJ, Oliveira HA, Fonseca C, Marôco. Nursing Care Intervention Model for Elderly People to Ascertain General Profiles of Functionality and Self Care Needs. *Sci Rep*. 2020; 10:1770.
14. Van Leeuwen KM, Van Loon MS, Van Nes FA, Bosmans JE, de Vet HCW, Ket JCF, et al. What does quality of life mean to older adults? A thematic synthesis. *PLoS One*. 2019; 14(3):e0213263.
15. Bolina AF, Araújo MC, Haas VJ, Tavares DMS. Association between living arrangement and quality of life for older adults in the community. *Rev Lat Am Enfermagem* 2021; 29:e3401.
16. Liu H, Fang B, Chan J, Lou VW. Continued social participation protects against depressive symptoms across the retirement transition: Longitudinal evidence from three waves of the China Health and Retirement Longitudinal Survey. *Geriatr Gerontol Int*. 2019; 19(10):972-976.
17. Queiroz MAC, Lourenço RME, Coelho MMF, Miranda KCL, Barbosa RGB, Bezerra STF. Social representations of sexuality for the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):662-7.
18. Evangelista AR, Moreira ACA, Freitas CASL, Val DR, Diniz JL, Azevedo SGV. Sexuality in old age:

knowledge/attitude of nurses of Family Health Strategy. Rev Esc Enferm. USP. 2019; 53:e3482.

19. Colbourn T, Masache G, Shordis-Worrall, J. Development, reliability and validity of the Chichewa WHOQOL-BREF in adults in Lilongwe, Malawi. BMC Res Notes. 2012; 5:346.

20. Adjei NK, Brand T. Investigating the associations between productive housework activities, sleep hours and self-reported health among elderly men and women in western industrialised countries. BMC Public Health. 2018; 18(1):110.

21. Desjardins S, Lapierre S, Hudon C, Desgagné A. Factors involved in sleep efficiency: a population-based study of community-dwelling elderly persons. Sleep. 2019; 42(5):zsz038.

22. Torres TL, Camargo BV, Bousfield AB, Silva AO. Social representations and normative beliefs of aging. Cienc. Saude Colet. 2015; 20(12):3621-3630.

23. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida - WHOQOL-bref. Rev. Saude Publica. 2000; 34(2):178-18.

24. Lette M, Stoop A, Lemmens LC, Buist Y, Baan CA, de Bruin SR. Improving early detection

initiatives: a qualitative study exploring perspectives of older people and professionals. BMC Geriatr. 2017; 17(1):132.

25. Amani PJ, Tungu M, Hurtig AK, Kiwara AD, Frumence G, San Sebastián M. Responsiveness of health care services towards the elderly in Tanzania: does health insurance make a difference? A cross-sectional study. Int J Equity Health. 2020;19(1):179.

26. Li J, Hsu CC, Lin CT. Leisure Participation Behavior and Psychological Well-Being of Elderly Adults: An Empirical Study of Tai Chi Chuan in China. Int J Environ Res Public Health. 2019; 16(18):3387.

27. Soares KG, Meneghel SN. The silenced sexuality in dependent older adults. Cienc. Saude Colet. 2021; 26(01):129-136.

28. Sinković M, Towler L. Sexual Aging: A Systematic Review of Qualitative Research on the Sexuality and Sexual Health of Older Adults. Qual Health Res. 2019; 29(9):1239-1254.

29. Vaz-Serra A, Canavarro MC, Simões MR, Pereira M, Gameiro S, Quartilho MJ, et al. Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. Psiquiatria Clínica. 2006; 27(1):41-49.

Financiamento da Pesquisa

Centro de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Bolsa de doutorado. Código de financiamento 001.