

Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária

Montserrat Puig Llobet¹

Nuria Rodríguez Ávila²

Jaume Farràs Farràs²

Maria Teresa Lluch Canut³

Objetivou-se detectar os elementos que participam da qualidade de vida (QV) das pessoas com 75 anos, ou mais que recebem cuidados domiciliários. O desenho foi de estudo de caso. A amostra do estudo foi configurada por pessoas com 75 anos, ou mais, atendidas pelo serviço de Atendimento Domiciliário da Área Básica de Vilafranca del Penedès (n=26). As variáveis foram: a) dados sociodemográficos, b) conceito de QV, c) percepção de QV, d) motivos, e) satisfação com a vida e aspectos relacionados e f) sentimento de felicidade. Aplicou-se a técnica da entrevista frente a frente. Do total, 76,9% apresentou boa percepção de QV e os principais elementos relacionados foram: saúde, relações familiares e sociais e adaptação. A teoria dos papéis e a teoria da desvinculação explicam o processo de adaptação desses indivíduos, nessa etapa da vida.

Descritores: Adaptação; Serviços de Assistência Domiciliar; Qualidade de Vida; Felicidade; Idoso; Satisfação Pessoal.

¹ Doutora em Sociologia. Professora, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, Espanha. E-mail: monpuiglob@ub.edu.

² Doutora em Sociologia. Professora, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones, Universidad de Barcelona, Espanha. E-mail: Nuria: nrodriguez@ub.edu, Jaume: jaumejarras@ub.edu.

³ Doutora em Psicologia. Catedrática de Enfermagem Psicosocial e Saúde Mental, Escuela de Enfermería, Universidad de Barcelona, Espanha. E-mail: tlluch@ub.edu.

Endereço para correspondência:

Montserrat Puig Llobet
Departament Infermeria Salut Pública, Mental i Maternoinfantil
C/ Feixa Llarga, s/n. Despatx 307
Campus de Bellvitge
08907 Hospitalet de Llobregat - Spain
E-mail: monpuiglob@ub.edu

Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program

This case study identifies the elements that compose the Quality of Life (QoL) of individuals who were 75 years old or older and receive care at home. The study's sample was composed of individuals 75 years or older cared for by a home health care service in the primary health care unit in Vilafranca del Penedès, Spain (n=26). The variables included: a) socio-demographic data; b) concept of QoL; c) perception of QoL; d) reasons for their perception; e) satisfaction with life and related aspects; and f) feeling of happiness. Face to face interviews were conducted. A total of 76.9% of the individuals reported a good perception of QoL and the main reasons related to it were: health, family and social relationships, and the ability to adapt. Role Theory and Disengagement Theory explain the adaptation process of these individuals at this point in life.

Descriptors: Adaptation; Home Care Services; Quality Of Life; Happiness; Aged; Personal Satisfaction.

Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria

Se objetivó detectar los elementos que participan en la Calidad de Vida (CV) de las personas mayores de 75 años que reciben cuidados domiciliarios. El diseño fue de un estudio de caso. La muestra del estudio la configuraron las personas con 75 años o más, atendidos por el servicio de Atención Domiciliaria del Área Básica de Vilafranca del Penedès (n=26). Las variables fueron: a) datos socio demográficos, b) concepto de CV; c) percepción de CV, d) motivos; e) satisfacción con la vida y aspectos relacionados; f) sentimiento de felicidad. Se aplicó la técnica de la entrevista cara a cara. El 76,9% presentó una buena percepción de CV y los principales elementos relacionados fueron la salud, las relaciones familiares y sociales y la adaptación. La teoría de los roles y la teoría de la desvinculación explican el proceso de adaptación de estos individuos en esa etapa de la vida.

Descriptores: Adaptación; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Calidad de Vida; Felicidad; Anciano; Satisfacción Personal.

Introdução

O conceito de qualidade de vida tem evoluído nos últimos anos, desde concepção basicamente materialista, primando pelos aspectos objetivos de nível de vida, passando à perspectiva onde os aspectos subjetivos constituem o elemento fundamental. Essas concepções implicam num pensamento que questiona se a qualidade de vida deve se referir somente àquela em que o sujeito quem determina quais os elementos que intervêm na "qualidade da sua vida", ou se pode se estabelecer qualidade de vida geral para todos os indivíduos. Na atualidade, existe um acordo em dar o caráter multidimensional ao construto, identificando componentes objetivos e subjetivos⁽¹⁻²⁾. Tenta-se conceitualizar a qualidade de vida das pessoas anciãs, onde a definição é

ainda mais complexa. Nos últimos anos, o envelhecimento da população tem fomentado o interesse e a preocupação pela qualidade de vida das pessoas anciãs, aumentando o número de estudos destinados a esse coletivo⁽³⁻⁴⁾. Em geral, às pessoas anciãs lhes são atribuídas determinadas características, tanto positivas como negativas, porém, as negativas muitas vezes parecem ter mais peso, fato que contribui para que os anciãos se sintam pouco úteis na sociedade⁽⁵⁾. Alguns dos estudos realizados sobre qualidade de vida, na velhice, determinam diversos fatores que as pessoas anciãs consideram importantes na sua vida: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade, sentimentos de inutilidade que influem na percepção do bem-estar), ambiente adequado (moradia,

ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), a autoestima e dignidade, assim como a privação econômica^(2,6), observando-se, também, que a percepção da qualidade de vida dos anciãos não acontece de ser toda ruim, e muitos se mostram bastante felizes e satisfeitos com sua vida atual^(2,4,7).

Para alguns autores, o fato de se sentir alto nível de bem-estar subjetivo também pode ser denominado "felicidade". Desse modo, entende-se que uma pessoa tem alto bem-estar subjetivo quando está satisfeita com sua vida e a vive de forma positiva. Por outro lado, uma pessoa com bem-estar subjetivo baixo está insatisfeita com a vida, e vive as emoções negativas com ansiedade e/ou depressão⁽⁸⁾. A verdade é que, ao envelhecer, é esperado que aumentem as doenças crônicas e que existam menos redes sociais, de forma que as estratégias que se utilizam, nessa etapa da vida para afrontá-las, contribuem para perceber melhor ou pior qualidade de vida na velhice. Enxergando-se sob essa perspectiva, por meio da sociologia, poder-se-ia classificá-la dentro da teoria dos papéis⁽⁹⁾, tornando-se clara a adaptação do ancião, sua situação e sua posição social, relacionada à percepção de felicidade e de qualidade de vida. Os indivíduos se comportam, em relação a eles mesmos, segundo esquemas previsíveis e coerentes, chamados papéis sociais. Dessa forma, o ancião assume o papel de dependente, aceitando o que isso implica na sociedade em que vive. Entre as teorias sociais do envelhecimento, se encontra sob essa perspectiva a teoria da desvinculação⁽¹⁰⁾. Essa teoria reflete que a pessoa anciã se afasta pouco a pouco da vida social, e percebe que a sociedade lhe oferece também cada vez menos possibilidades. Também afirma que, na medida em que as pessoas se aproximam do final da vida, maior é o afastamento entre os anciãos e seu meio. A hipótese em relação a este estudo está baseada em que a adaptação da pessoa ao seu papel de ancião e, também, ao seu papel de doente crônico pode favorecer que esse perceba correta ou boa qualidade de vida, considerando que, pela sua idade e doença, não está tão mal, assim não identifica importantes aspectos necessários e relevantes como é a capacidade de se relacionar. Os

profissionais da enfermagem do serviço de atendimento domiciliar (ATDOM) podem identificar as necessidades dos anciãos e aplicar os cuidados necessários, no mesmo âmbito domiciliário. Baseados nessa hipótese, a pergunta desta investigação é identificar que elementos participam da qualidade de vida das pessoas anciãs com 75 anos, ou mais, atendidas pelo serviço domiciliário ATDOM.

Metodologia

O desenho utilizado foi do estudo de caso. Os referenciais teóricos, nos quais a autoria se baseou para este estudo, foram a teoria do papel e a teoria da desvinculação. O caso analisado foi por meio do programa de atendimento domiciliário (ATDOM) que se realiza na Área Básica da Saúde de *Vilafranca do Penedès*. A população em estudo foi composta pelos anciãos com 75 anos, ou mais, atendidos pelo serviço de ATDOM, escolhido por ser o coletivo que apresenta mais dependência e necessidades de cuidado. Para poder acessar a amostra, obteve-se o consentimento da máxima autoridade da saúde que existe na Comunidade Autônoma de Catalunha, o Instituto Catalão de Saúde (ICS), que concedeu a permissão ao Centro de Atendimento Primário de *l'Alt Penedès*, para que fosse realizado o estudo. Destaca-se que não foi necessária nenhuma permissão da comissão ética do centro de saúde e do Instituto Catalão de Saúde, devido a que não seriam realizados ensaios clínicos ou intervenções.

Para estabelecer a amostra de estudo, levou-se em consideração, em primeiro lugar, a distribuição da população de pessoas anciãs com 75 anos ou mais, da cidade de *Vilafranca do Penedès*. Em segundo lugar, selecionou-se 10% da população total da base de dados do serviço ATDOM, tentando manter, na medida do possível, a estrutura da base e obter representação de todos os estratos (por grupo de idade e gênero), mantendo o peso equivalente à estrutura da população ATDOM de *Vilafranca do Penedès* (Tabela 1). Essa classificação se assemelha à distribuição da população de *Vilafranca*, porém, destaca-se que não é uma amostragem representativa e não se pode extrapolar os resultados.

Tabela 1 - População de anciãos com 75 anos, ou mais, da base ATDOM de *Vilafranca do Penedès*, Espanha, 2006) (valores absolutos e relativos)

Idade	População de dependentes da lista ATDOM					
	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
75-79	29	36	65	11,9	14,8	26,7
80-84	19	43	62	7,8	17,6	25,4
85-89	23	34	57	9,4	13,9	23,3
90-94	18	23	41	7,4	9,4	16,8
95 e mais	5	14	19	2,0	5,7	7,7
75 e mais anos	94	150	244	38,5	61,5	100

(continua...)

Tabela 1 - (continuação)

Idade	Amostra de entrevistas a serem realizadas					
	Valores absolutos			Valores relativos %		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
75-79	4	4	8	15,3	15,3	30,6
80-84	2	4	6	7,6	15,3	22,9
85-89	2	4	6	7,6	15,3	22,9
90-94	1	2	3	3,8	7,6	11,4
95 e mais	1	2	3	3,8	7,6	11,4
75 e mais anos	10	16	26	38,5	61,5	100

Os critérios de seleção da amostra foram: viver na cidade de *Vilafranca do Penedès*, ter 75 anos ou mais e estar inscrito no programa ATDOM (atendimento domiciliar). A seleção das unidades da amostragem, a partir da lista ATDOM, foi realizada seguindo os critérios da amostragem sistemática, selecionando aleatoriamente as pessoas entrevistadas, separando homens e mulheres. O número de entrevistas a mulheres foi maior para manter a mesma proporção que na base total do serviço ATDOM. As variáveis estudadas foram: a) dados sociodemográficos, b) definição da qualidade de vida, c) percepção da qualidade de vida, d) motivos da percepção atual, e) satisfação com a vida atual e aspectos relacionados e f) sentimento de

felicidade. Quanto à técnica escolhida foi a entrevista pessoal (frente a frente), realizada no domicílio da pessoa anciã, e gravada com permissão do entrevistado. As entrevistas foram realizadas após contato telefônico, a partir dos dados fornecidos pelas enfermeiras do serviço ATDOM. O instrumento utilizado foi um questionário com perguntas sociodemográficas, quatro perguntas abertas e três perguntas tipo escala Likert. Para elaborar o questionário se utilizaram perguntas validadas pelo Centro de Investigações Sociológicas⁽⁷⁾ e pela Organização Mundial da Saúde⁽¹¹⁾ (Figura 1). Realizou-se um pré-teste antes de se realizar as entrevistas com os 26 anciãos do estudo.

Perguntas	Itens
Dados sociodemográficos	Sexo, idade, estado civil, situação familiar, tipo de renda, grau de estudos
Como definiria qualidade de vida?	-
Como avalia a qualidade de vida que você tem atualmente?	1.Muito boa 2.Boa 3.Regular 4.Ruim 5.Muito ruim
Expresse os motivos relacionados à qualidade de vida	-
Poderia dizer o grau de satisfação com a vida que tem atualmente?	1.Muito satisfeito 2.Bastante satisfeito 3.Bastante insatisfeito 4.Muito insatisfeito 5.Não respondeu
Aspectos relacionados	-
No referente ao sentimento de felicidade: como considera sua situação atual?	1.Muito feliz 2.Bastante feliz 3.Pouco feliz 4.Nada feliz 5.Não respondeu
Que aspectos lhe produzem mais satisfação neste momento?	-

Figura 1- Questionário utilizado

O tempo estimado de aplicação da entrevista foi de, aproximadamente, 30 minutos por pessoa. Também se aplicou, no momento de coletar a informação, o critério da triangulação, para reduzir o viés potencial que poderia ser provocado por uma só pessoa. As entrevistas foram realizadas em 2007*. Analisaram-se os dados a partir da análise de conteúdo, sendo agrupadas em categorias nas perguntas qualitativas.

Resultados

Em relação à amostra de pessoas anciãs, com 75 anos ou mais, os entrevistados representaram o total de 26 pessoas, com média de idade de 84,5 anos (desvio padrão=6,1). As mulheres representavam 61,5%, valor que se explica pela maior esperança de vida que têm as mulheres e por terem mais predisposição para padecer

* Essas entrevistas são parte do trabalho de campo da tese de doutorado de Montserrat Puig: Cuidados e Qualidade de vida em Vilafranca do Penedès: Os maiores de 75 anos, ou mais, atendidos pelo serviço de atendimento domiciliar e seus cuidadores familiares, defendida em 23 de março de 2009.

de doenças crônicas durante a velhice. Esses resultados são comparáveis à população anciã de *Vilafranca do Penedès* e a outras populações catalãs e espanholas, onde as mulheres de idades avançadas precisam de cuidados informais. Em relação ao estado civil, 46,2% eram casados, 38,5% viúvos/as e 15,3% solteiros. Observou-se que as pessoas anciãs sem dependência viviam sozinhas, enquanto que as pessoas com dependentes viviam com seus familiares mais próximos. Quanto a identificar se tinham descendentes, observou-se que 84,6% dos anciãos entrevistados tinham filhos, situação que ajuda a evitar a solidão e a falta de omissão de cuidados ao ancião dependente. Enquanto à quantia de renda da aposentadoria que recebiam os anciãos, a mesma estava entre 300 e 600 euros por mês. O grau de estudos era baixo; mais da metade não possuía estudos.

Aos maiores de 75 anos lhes resultou difícil e complicado encontrar uma definição de qualidade de vida. Parte da dificuldade foi devida à complicação que existe na definição do construto. Entre as respostas realizadas pelos anciãos entrevistados, pode-se ver que definem o estado de saúde como elemento necessário para a qualidade de vida. Porém, alguns salientam a saúde de forma exclusiva, outros a incorporam junto a outros conceitos como ter autonomia, ter companhia, ter ajuda na sua vida diária, adaptar-se à situação atual ou ter dinheiro e amor. As pessoas anciãs determinaram a saúde como único elemento que participa da qualidade de vida. *Ter saúde é o mais importante* (E.01, E.06, E.15, E.16, E.17, E.18). As pessoas anciãs manifestaram que, mesmo que a saúde seja um elemento importante, não é o único e o definem junto com outros conceitos, tais como: sentir-se acompanhado, ter dinheiro ou prestação de ajuda, tal como se mostra nas seguintes falas: *é difícil dizer – talvez o melhor seja ter mais dinheiro* (para arrumar, roupa), *mas a saúde, a saúde é o principal de tudo* (E.03). *Ter saúde e autonomia* (E.09, E.10). *Ter saúde, poder caminhar* (E.08). *Ter saúde e dinheiro* (E.12). *Ter saúde e adaptar-se* (E.20). *Ter saúde e companhia* (E.21, E.24). *Ter saúde e ajuda* (E.23). *Ter 50 anos menos, ser mais jovem e poder trabalhar* (risos), *gostaria de levar um caminhão de lixo. Que toda a família tenha saúde* (E.13), *Estar acompanhada, não estar só* (E.02). Outro elemento que destacavam os anciãos era o amor, o carinho e sentir-se querido. Embora algumas definições incorporam, como diz o ditado da canção: *saúde, dinheiro e amor* (E.05, E.19), também destacavam como elemento importante as seguintes definições: *ter amor* (E.26). *Ter amor, carinho e boas relações, unicamente* (E.22). As relações familiares são outro elemento destacado pelos anciãos, assim como dar-se bem com a família, o que aparece em respostas como: *viver bem em casa, ter boas relações* (E.04). *Boas relações com a família* (E.14). *Autorrealização, porque queria ser cantor(a) e não me deixaram, e ter melhores relações* (E.11).

A adaptação é muito importante para conseguir o bem-estar. Deve-se considerar que durante a velhice se produz deterioração, é nessa etapa da vida quando se adaptar às novas limitações exige grande esforço. A posição ou papel social como ancião facilita a adaptação. Para os anciãos, é importante adaptarem-se e se conformarem com a situação atual, tal e como se observa nas seguintes afirmações: *conformar-se* (E.07). *Ter saúde e adaptar-se* (E.20).

A vida social é necessária para se sentir bem e evitar o isolamento, como se observa na definição a seguir, onde o ancião deseja ter vida social, sair de casa e realizar atividades de lazer. *Não sei, minha vida é à toa, minha vida tem sido do trabalho para a casa. Faz anos que não saio, faz anos que não vou ao cinema, estou em casa sempre* (E.25). Assinala-se autonomia e independência como elementos necessários para percepção de qualidade de vida adequada, embora a adaptação e a ajuda material e emocional prestadas influenciem na sua valorização. Também, outros elementos mencionados pelos anciãos, referentes a ter boa qualidade de vida, foram: ter relações sociais, ter companhia, sentir-se querido e manter boas relações. Quanto à percepção da qualidade de vida nos anciãos com 75 anos, ou mais, dependentes, a maioria expressou ter boa qualidade de vida, sendo que só duas pessoas anciãs disseram ter qualidade de vida ruim (Tabela 2). Destaca-se que ninguém expressou ter relações ruins com seus familiares, seja porque as ocultavam ou porque não é educado informar esse tipo de problemas. Por outro lado, observou-se possível relação entre não ter relações sociais e perceber pior qualidade de vida, pois, embora os anciãos assumissem que, pela sua idade e limitações, não podiam sair de casa, sim, gostariam de se relacionar com gente da sua idade. Quando se relaciona a percepção de qualidade de vida ao estado de saúde, observou-se que, das quatorze pessoas entrevistadas que percebiam um estado de saúde regular, somente duas pessoas perceberam qualidade de vida regular, o que parece indicar que a saúde não é o único elemento determinante na percepção da qualidade de vida dos anciãos entrevistados.

Tabla 2 - Percepção de qualidade de vida das pessoas anciãs dependentes

Percepção	% (n=26)
Boa	76,9
Ruim	7,7
Regular	15,4
Total	100

Fonte: Elaboração própria Estudo Cuidados e Qualidade de Vida em *Vilafranca do Penedès*, 2007

As razões que expressaram os anciãos quando perguntados porquê avaliavam sua qualidade de vida de forma positiva ou negativa foram diversas. As respostas mais frequentes, relacionadas com perceber boa qualidade de vida, foram principalmente por se adaptarem à situação, pois, pela sua idade e doença, não podiam esperar nada mais, de forma que isso confirmaria a relação entre assumir o papel de doente e o papel de ancião com a percepção de determinada qualidade de vida. Seguem ainda ter recursos, ter saúde, ter amor, ter autonomia e estar bem atendido pelos familiares, o que aparece nas entrevistas a seguir. Estarem adaptados à situação atual: *boa, me adaptei a não poder caminhar, a não descer pelas escadas* (E.07). *Boa, porque me adaptei às necessidades* (E.08), *Boa, estou bem pela idade que tenho e estou sendo cuidada* (E.12). *Boa, estou bem pela idade que tenho, não posso pedir mais* (E.13). *Boa, adaptada à situação, leio muito* (E.16). *Boa, porque na minha idade, tenho um pouco de saúde, dinheiro e amor* (E.19). *Boa, a pessoa tem que adaptar-se às circunstâncias, sim, creio que sim* (E.26). Ter recursos adequados para suas necessidades. *Boa, porque não me falta de nada, entre uns e outros me ajudam* (E.04). *Boa, porque não me falta nada, tenho recursos e saúde, posso comprar o que quero* (E.05). *Boa, porque tenho tudo o que quero, mas não muita saúde* (E.11). *Boa, não me falta nada* (E.14). *Boa, porque não me falta nada, tenho tudo o que necessito, a verdade é que gostaria de caminhar* (E.20).

Encontra-se mais ou menos bem de saúde, adaptando-se a suas doenças crônicas. *Boa, porque tenho saúde e companhia* (E.02). *Eu me sinto bem, é boa* (E.03). *Boa, agora sim, me encontrava mal antes, mas agora bem, pensava mal, estava assustada* (E.15). *Boa, porque me encontro bem* (E.24).

Sentir-se querido e ter apoio familiar. *Boa, porque em casa tem amor* (E.01). *Boa, porque me encontro apoiado por todos os filhos* (E.22). *Boa, porque estou cuidado* (E.23). Autonomia. *Boa, porque posso valer-me por mim mesma* (E.10). Os elementos relacionados com ter ruim ou regular percepção da qualidade de vida: a perda de autonomia e saúde, a solidão e a aceitação, tal e como se observa nas respostas seguintes.

Perda de autonomia e saúde. *Regular e limitada, gostaria de fazer mais coisas* (E.17). *Ruim, porque tenho saúde ruim e sou dependente* (E.18). *Regular, me encontro mal, nem boa nem ruim* (E.25). *Ruim, porque não tenho saúde. Antes quando ia trabalhar saía mais* (E.06). Solidão. *Regular, me sinto só, a mulher não me conhece (está triste)* (E.21). Aceitação. *Regular, mas o aceito com a idade que tenho* (E.09). Quanto à variável que identifica a satisfação com a vida atual, os resultados mostraram que 69,2% dos anciãos estavam bastante satisfeitos, 15,4% muito satisfeito, 15,4% bastante insatisfeito, e nenhum ancião se sentia muito insatisfeito. Em relação

aos anciãos que expressaram estar muito satisfeitos com a vida atual, se destacam como motivos de satisfação: a *adaptação e o carinho dos filhos*. Quanto aos anciãos que expressaram sentir-se bastante satisfeitos, os motivos foram: *adaptação, falta de saúde, autorrealização, ter dinheiro, adaptação e resignação*. As pessoas que declararam estar bastante insatisfeitas os motivos foram por *falta de saúde, resignação e tristeza*.

Em relação à percepção da felicidade, observou-se que a resposta mais frequente dada pelos anciãos foi: bastante feliz: 57,7%, e 11,5% se mostrava muito feliz e 30,8% pouco feliz. Algumas das pessoas opinaram ser bastante felizes por estarem contentes com os filhos, a saúde da família e a adaptação às circunstâncias. A ausência de felicidade foi associada à perda de familiares, a ter a família com má saúde, a ter poucos recursos ou por não poderem visitar familiares que residem longe. Quanto à variável que determina quais são os aspectos mais satisfatórios na vida atual do ancião, os resultados mostram o seguinte: estar com a família, ter companhia, estar em casa e/ou passear, sentir-se cuidado e também não fazer nada em especial. Algumas das respostas refletem a família como um dos aspectos de maior satisfação para os anciãos.

Discussão

Nas definições e percepções de qualidade de vida realizadas pelos anciãos, ter saúde é um dos elementos referidos com mais frequência, sendo vários os estudos que destacam a importância da saúde na valorização da qualidade de vida^(7,12-14).

A saúde, porém, não é o único elemento, também valorizam as boas relações, o adaptar-se, sentir-se querido e estarem acompanhados pela família, dinheiro, disporem de ajuda e de recursos, e terem vida social. No estudo da Fundação Viure i Conviure⁽⁴⁾: ter capacidade econômica, ter boas relações sociofamiliares e ter bom estado de saúde foram os três fatores mais importantes que favorecem a melhor qualidade de vida nos anciãos entrevistados. Nesse mesmo estudo, descreve-se que, na cidade de Barcelona e comarcas centrais, como *l'Alt Penedès*, os anciãos percebem melhor qualidade de vida que nas populações de *Camp de Tarragona* e nas *Tierras de l'Ebre*, sendo que *Alt Penedès* é uma das comarcas da *Catalunya* onde os anciãos percebem melhor qualidade de vida. Em outro estudo⁽⁶⁾, as cinco dimensões mais nomeadas pelos anciãos em relação à sua qualidade de vida foram: saúde, família, situação econômica, rede social, atividades de lazer e tempo livre. Este estudo, aqui, coincide com o descrito nas linhas anteriores, pois

relaciona a qualidade de vida à perspectiva positiva, com ter boa saúde e boas relações familiares, e a perspectiva negativa com ter má saúde.

Em estudo realizado em cinco países da União Europeia, observou-se que, com referência ao conceito de qualidade de vida e avaliação, as conclusões foram similares nos cinco países (Alemanha, Itália, Países Baixos, Reino Unido e Suécia), com a exceção parcial de Itália. As diferenças foram, no que se refere às condições de vida, “objetivas e subjetivas”, assim como a importância da saúde e o bem-estar subjetivo para a qualidade de vida. Nos Países Baixos, a maior parte da população estudada se mostrava satisfeita com sua vida, embora essa proporção diminuísse com a idade. Porém, na Alemanha, os resultados foram contraditórios. Alguns expressavam que a qualidade de vida aumenta com a idade, outros indicavam o oposto. No Reino Unido, os dados também mostravam elevados índices de satisfação com a vida das pessoas mais velhas. Na Itália, relações familiares representavam o mais importante para os idosos, sendo que, na Suécia, se observou por um lado a importância da análise biográfica para mostrar o sentido da velhice em relação ao resto da vida, por outro lado, observou-se que o grau de satisfação na velhice está relacionado à saúde subjetiva, às relações sociais, à participação em atividades prazerosas e com a personalidade extrovertida e estável, aparecendo a personalidade como o principal determinante do bem-estar⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Em outro estudo, realizado no Centro-Oeste do Brasil, observou-se que, além da saúde, o apoio, as relações e a convivência com a família são elementos que preocupam os idosos⁽¹⁸⁾. Os idosos, ao serem questionados de como determinavam a qualidade de vida atual, a adaptação à situação atual teve um peso importante nas respostas. Assim, a capacidade de adaptação às circunstâncias e o papel social que ocupam são elementos importantes a serem considerados na satisfação com a vida e na valorização da qualidade de vida dos idosos, então a teoria de papéis e a teoria da desvinculação explicariam, em parte, os resultados. Outros autores também relacionam a adaptação à boa percepção da qualidade de vida. A substituição de alguns objetivos por outros mais realistas ajudam a ter maior controle da situação⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Neste estudo, observou-se que as mulheres (87%) percebem melhor a qualidade de vida que os homens (60%), porém, a existência de mais mulheres na amostra pode produzir viés em ditos resultados. Assim, em outro estudo, se mostra o oposto, quer dizer, são os homens aqueles que geralmente percebem melhor a qualidade de vida⁽⁶⁾. No que se refere à percepção de felicidade, observou-se que parte importante dos idosos se mostrava

bastante feliz, e relacionava isso ao fato de estarem contentes com os filhos, a saúde da família e a adaptação às circunstâncias e à idade. Em geral, os entrevistados estavam bastante satisfeitos com sua vida atual e com sua vida familiar, embora mostrando que gostariam de ser mais autônomos. Ditos resultados também têm sido identificados em outros estudos^(6,10,17).

Conhecer as necessidades dos idosos, o apoio demandado e a satisfação do idoso com sua vida e seu entorno é útil para que os serviços, os profissionais e as políticas públicas possam oferecer as ajudas necessárias a esse grupo etário⁽²²⁾.

Considerações finais

Os profissionais de enfermagem podem identificar necessidades nas pessoas idosas que atendem, considerando que, muitas vezes, não se identifica ou não se dá importância às carências ou necessidades desse coletivo, por pensar que determinadas situações são normais na velhice.

Quando se trata de amostra pequena e não se pode extrapolar os resultados a toda população de 75 anos, ou mais, da cidade de *Vilafranca do Penedès*, pensa-se que o estudo tem validade quer pelas características da amostra quer pela análise em profundidade da temática estudada. Por isso, espera-se que futuras investigações deverão avaliar se os mecanismos e o nível de adaptação dos idosos, em novos contextos sociais, sendo necessário estudar as dimensões que influem na percepção da qualidade de vida desse grupo de idosos, para compreender que necessidades estão implicadas na satisfação com a vida das pessoas idosas, especialmente no caso de serem dependentes. Entre elas avaliar como se pode melhorar a vida social dessas pessoas que, apesar de não reclamarem da companhia e da vida social, reconhecem que gostariam de se relacionar com gente da sua idade.

Agradecimentos

Agradecemos às pessoas idosas entrevistadas, ao pessoal da enfermagem do serviço ATDOM da Área Básica da Saúde de *Vilafranca do Penedès* e à Obra Social de Caixa Penedès, por financiar o estudo.

Referencias

1. Pérez A. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. [tesis doctoral]. Salamanca: Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca; 2006. 90 p.

2. Fernández-Mayoralas G, Rojo F, Prieto ME, León B, Martínez P, Forjaz J, et al. El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. 2007. [acceso 1 jul 2009]. Disponible en: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralassignificado-01.pdf>
3. Castellón A, Romero V. Autopercepción de la calidad de vida. Rev Multidisciplinar Gerontol. 2004;14(3):131-7.
4. Fundació Viure i Conviure. Qualitat de vida de les persones grans a Catalunya. Barcelona: Caixa Catalunya-Obra Social; 2006.
5. Moragas R. Gerontología Social. Barcelona: Herder; 1998. 304 p
6. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, Delgado-Sanz MC, Ahmed-Mohamed K, Martínez-Martín P, et al. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 127 p.
7. Sastre MJ, Nyssen JM, Furio D, Durán MC, Garrido B, Toledo A, et al. Indicadores de calidad de vida. Un retrato del bienestar en España. Opiniones y actitudes. 47. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2003. 176 p.
8. Zamarrón MD. El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría General de Asuntos Sociales, IMSERSO; 2006. [acceso 17 jul 2009]. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarronbienestar-pdf>.
9. Parsons T. El sistema Social. Madrid: Alianza; 1999. 126 p.
10. Cummings E, Henry W. Growing old: The process of disengagement. New York: Basic Books; 1961. 263 p.
11. Lucas R. 1998. La Versión Española del WHOQOL. Barcelona: Ediciones Ergón; 1998.
12. Fernández-Ballesteros R. Calidad de vida ¿es un concepto psicológico? Rev Española Geriatr Gerontol. 2004;39(3):18-22.
13. Fry P. ¿Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? Int J Aging Human Develop. 2000;50:361-83.
14. Yanguas JJ. Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Madrid: IMSERSO; 2006. 335 p.
15. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. Int J Aging Human Develop. 2003;56(4):269-306.
16. Walker A. Calidad de vida de las personas mayores. Análisis comparativo europeo. Rev Española Geriatr Gerontol. 2004;39(3):8-17.
17. Polonio, López, B. Factores predictores de la calidad de vida en ancianos que utilizan recursos asistenciales especializados. (tesis doctoral). Castilla La Mancha: Ediciones de la universidad castilla la mancha, Universidad de Castilla-La Mancha. Departamento de Psicología; 2007.
18. Silva MG, Boemer MR. The experience of aging: a phenomenological perspective. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009;17(3):380-6.
19. Rojo-Pérez F, Fernández-Mayoralas G, Forjaz MJ, Delgado-Sanz MC, Ahmed-Mohamed K, Martínez-Martín P, et al. Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Ciencia e Innovación; 2009. 127 p.
20. Diener E. Subjective well-being: *The science of happiness, and a proposal for a national index*. Am Psychol. 2000;55:34-43.
21. Molina C, Meléndez Moral J.C, Navarro E. Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. Anales Psicol.2008;24(2):312-9.
22. Halvorsrud L, Kirkevold M, Diseth Å, Kalfoss M. Quality of life model: predictors of quality of life among sick older adults. Res Theory Nurs Practice. 2010;24(4):241-59.

Recibido: 25.9.2010

Aceito: 17.3.2011

Como citar este artigo:

Llobet MP, Ávila NR, Farràs Farràs J, Canut MTL. Qualidade de vida, felicidade e satisfação com a vida em anciãos com 75 anos ou mais, atendidos num programa de atenção domiciliária. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em: _____];19(3):[08 telas]. Disponível em: _____

 dia ano
 mês abreviado com ponto

 URL