

Calidad de vida de ancianos en la estrategia de salud de la familia**Qualidade de vida de idosos na estratégia saúde da família****Elderly quality of life under a Family Health Strategy team****Recibido: 21/12/2015****Aprobado: 04/07/2016****Publicado: 01/09/2016****Gerson de Souza Santos¹**
Tamara Iwanow Cianciarulo²

Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de los ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia, en el municipio de Guarulhos-SP, Brasil. Se aplicaron tres cuestionarios: uno creado específicamente para caracterizar la población y las características socio-sanitarias, WHOQOL-Bref para evaluar la calidad de vida y WHOQOL-Old específico para ancianos. Se procedió a un análisis descriptivo, prueba t-Student y ANOVA F-Tukey ($p < 0,05$). Predominó el sexo femenino y el grupo etario de 60 a 69 años, baja escolaridad e ingresos familiares escasos. El score más alto de calidad de vida se observó en los dominio físico de la prueba WHOQOL-Bref. Las facetas del funcionamiento sensorial obtuvieron mayor puntuación en la prueba WHOQOL-Old. No hubo diferencia estadística en la comparación entre hombres y mujeres. El bienestar en la vejez se relaciona con el equilibrio entre las distintas dimensiones de la calidad de vida.

Descriptor: Calidad de vida; Envejecimiento; Anciano.

Este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família do município de Guarulhos-SP. Foram aplicados três questionários: um criado especificamente para caracterizar a população quanto às características sócio-sanitárias, WHOQOL-Bref para avaliar QV e WHOQOL-Old específico para idosos. Procedeu-se a análise descritiva, teste t-Student e ANOVA-F Tukey ($p < 0,05$). Predominou o sexo feminino e a faixa etária de 60 a 69 anos, baixa escolaridade e renda familiar. O maior score de QV observou-se no nos domínio físico No WHOQOL-Bref. As facetas funcionamento do sensório obtiveram melhor score. Não houve diferença estatística na comparação entre homens e mulheres. O bem-estar na velhice está relacionado com o equilíbrio entre várias dimensões da qualidade de vida.

Descriptor: Qualidade de vida; Envelhecimento; Idoso.

This study aims at evaluating the quality of life of elders who live in an area covered by the Family Health Strategy of the municipality of Guarulhos-SP, Brazil. Three questionnaires were applied: one specifically created to characterize the population and the socio-sanitary characteristics; the WHOQOL-Bref, to assess quality of life; and the WHOQOL-Old, specific to elders. A descriptive analysis, Student's t-test and ANOVA F-Tukey ($p < 0.05$) test were done. There was a prevalence of females and people in the age group between 60-69 years of age, with low education and family income. The highest quality of life score was observed in the physical domain of the WHOQOL-Bref. The facets "sensory functioning" and "death and dying" obtained the highest scores. There was no statistical difference between males and females. Well-being in old age is related to the balance between various dimensions of quality of life.

Descriptor: Quality of life; Aging; Aged.

¹ Enfermero. Magister en Enfermería. Doctor en Ciencias de la Salud. Sociedad para el Desarrollo de la Medicina (SPDM). enf.gerson@hotmail.com. Brasil.

² Doctora en Ciencias Sociales. Investigadora de la Universidad de Mogi das Cruzes. iwanow.c@uol.com.br. Brasil.

INTRODUCCIÓN

El rápido envejecimiento de la población mundial desafía a las autoridades gubernamentales de muchos países. Se estima que el número de ancianos en el mundo era de aproximadamente 810 millones en 2012, debiendo alcanzar 1 billón en menos de 10 años y duplicar hasta la llegada del año 2050. Esto se torna más alarmante, considerando que 80% de las personas longevas vivirán en lugares menos desarrollados¹.

En el año 2000, la proporción de individuos de 60 años o más, en Brasil, correspondía a 8,6% de la población total, en comparación a 7,3% en el año de 1991. Las proyecciones indican que la población de ancianos será de más de 26,2 millones de individuos en 2020, representando casi 12,4% de la población total².

Investigadores reconocen que los avances médicos contribuyeron al aumento de la esperanza de vida de la población; no obstante, la razón principal para esta ampliación está asociada a la elevación de la calidad de vida. A pesar de que está lejos de lo ideal, si las condiciones de vida de hoy fueran comparadas a las de 60 años atrás, serán verificadas mejorías nutricionales, en los niveles de higiene personal, en las condiciones sanitarias en general, en las circunstancias de trabajo y en las residencias. En Brasil y en los demás países del continente americano, este conjunto de factores se expresa demográficamente por la reducción en las tasas de mortalidad, en particular en los primeros años de vida³.

El aumento de la esperanza de vida, el desarrollo de la tecnología, la globalización y el acceso democrático a las informaciones modificaron el perfil del individuo del siglo XXI y la sociedad en su macro-esfera. La búsqueda por la calidad de vida se tornó una constante, que extrapola las clases sociales, culturales, económicas y hasta la cronología de vida de las personas^{3,4}. En este contexto, calidad de vida en la vejez es un concepto importante, hoy, en Brasil, en la medida en que existe una nueva

sensibilidad social para la vejez, sea considerada como un problema o como un desafío para individuos y para la sociedad⁵.

A pesar de haber un consenso sobre la importancia de evaluar calidad de vida en la vejez, su concepto aún es un campo de debate^{6,7}. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸, calidad de vida es definida como “la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y en el sistema de valores en que vive y en relación a sus expectativas, sus estándares y sus preocupaciones”. El concepto de calidad de vida es amplio e incorpora de forma compleja, la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con aspectos significativos del medio ambiente⁹. Así, evaluar los aspectos de la calidad de vida de los ancianos, se torna de gran importancia científica y social por permitir alternativas válidas de intervención en programas de salud, políticas públicas y sociales, además de alternativas de intervención, como programas geriátricos, buscando promover el bienestar de este grupo de personas que, tanto en el mundo actual como en el futuro, constituye gran parte de la población. Este estudio tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Guarulhos-SP.

MÉTODO

Se trata de un estudio transversal realizado con personas ancianas de edad igual o superior a 60 años, atendidos por un equipo de la Estrategia Salud de la Familia del municipio de Guarulhos-SP. La colecta de datos ocurrió en el domicilio de los ancianos. Participaron en este estudio 100 personas ancianas de ambos sexos. La colecta de datos se dio de marzo a mayo de 2010. Para este estudio se establecieron los siguientes criterios de inclusión: tener edad igual o superior a 60 años, residir dentro del área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia y ser alfabetizado.

Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, situación conyugal, tipo de familia, color de la piel, escolaridad, ingresos familiares, jubilación, enfermedades crónicas, tipo de domicilio, religión, participación en actividad física y ocio.

Para la evaluación de la calidad de vida de los ancianos se utilizó el Cuestionario Genérico WHOQOL-Bref, se trata de una versión abreviada del instrumento WHOQOL-100, que fue desarrollado por el grupo de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud. Este instrumento evalúa cuatro dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente incluyendo cuestiones de evaluación global de calidad de vida¹⁰.

El Cuestionario Genérico WHOQOL-Old¹¹, fue desarrollado por el grupo de estudios (The World Health Organization Quality of Life) de la Organización Mundial de la Salud. Este cuestionario consta de 24 ítems, con respuesta por escala tipo Likert (*escala* de respuesta psicométrica usada comúnmente en cuestionarios) de 1 a 5, divididos en seis facetas. Cada una de ellas está compuesta por cuatro ítems, generando, entonces, escores que varían de 4 a 20 puntos. Los escores de las seis facetas, combinados con las respuestas a los 24 ítems, generan, también, un escore total. Las facetas son: funcionamiento de los sentidos; actividades pasadas, presentes y futuras; participación social; muerte y morir; e, intimidad.

Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo por medio de las frecuencias simples. Cada dominio del WHOQOL-Bref y faceta del WHOQOL-Old fueron analizados aisladamente y consolidados en el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0, con las respectivas sintaxis. Para comparar la Calidad de Vida, se utilizó la prueba t-Student y para la comparación con los grupos etarios y el número de comorbidades, la prueba ANOVA F e Tukey ($p < 0,05$)^{12,13}.

Atendiendo a la Resolución 196/96, que reglamenta la investigación con seres

humanos, el proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Guarulhos y aprobada por el Dictamen 41/2009.

RESULTADOS

En relación a la caracterización socio-sanitaria, de los 100 ancianos estudiados, 69% son del sexo femenino. La edad varió entre 60 a 90 años con promedio de 69 (dp=6,2 Años). Entre los ancianos estudiados 39% eran de color blanco y los demás eran considerados de color negro y pardo. En la situación conyugal 56% no tenían cónyuge, considerándose la suma de viudos, solteros y divorciados. En cuanto al tipo de familia, 46% vivían solos, los demás con sus respectivos cónyuges y otros con hijos y nietos (Tabla 1).

La baja escolaridad fue frecuente y la muestra fue constituida predominantemente por (60%) con enseñanza primaria incompleta. En relación a las enfermedades crónicas, se observó una alta prevalencia de ancianos con hipertensión arterial (57%). De los participantes 51% eran jubilados, con ingreso de uno a tres salarios mínimos (87%); con vivienda propia (55%). En la evaluación del estilo de vida se observó que 90% de los ancianos no participaban de actividades de ocio y 63% no practicaba ninguna actividad física (Tabla 1).

En la Tabla 2 están descriptos los resultados de la evaluación de la calidad de vida a través del WHOQOL-Bref con bajo escore en la calidad de vida general (promedio 2,860). El peor escore de calidad de vida fue observado en el dominio social (promedio 10,575). En la evaluación del WHOQOL-Old, las facetas participación social y autonomía obtuvieron el peor escore (promedio 10,83 en ambos). La faceta funcionamiento de lo sensorial presentó mejor escore de evaluación (promedio 13,63) (Tabla 3). En la comparación entre los sexos, considerando los dominios del WHOQOL-Bref y las facetas del WHOQOL-Old, no hubo significancia estadística (Tabla 4).

Tabla 1. Características demográficas, socioeconómicas, de estilo de vida y de salud entre ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. Guarulhos-SP, 2010.

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	69	69
Femenino	31	31
Edad		
60-69	65	65
70-79	25	25
80 o más	10	10
Situación conyugal		
Casado	44	44
Soltero	14	14
Viudo	28	28
Divorciado	14	14
Tipo de familia		
Vive solamente con el cónyuge	44	44
Vive con hijos y nietos	10	10
Vive solo	46	46
Color de piel		
Blanca	40	40
Parda	38	38
Negra	22	22
Escolaridad		
Enseñanza primaria incompleta	60	60
Alfabetizado	40	40
Ingreso Familiar		
1-3 salarios mínimos	87	87
4-6 salarios mínimos	13	13
Jubilado		
Sí	51	51
No	49	49
Enfermedades crónicas		
Hipertensión	57	57
Diabetes	29	29
Depresión	21	21
Tipo de domicilio		
Propio	55	55
Alquilado	24	24
Cedido	21	21
Religión		
Católico	62	62
Evangélico	22	22
Otras	16	16
Actividad física		
No	63	63
Sí	37	37
Participación en actividades de ocio		
No	90	90
Sí	10	10

Tabla 2. Medidas descriptivas para dominios de la Escala WHOQOL-Bref, ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. Guarulhos-SP, 2010.

Dominio	N	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana	1° cuartil	3° cuartil
Físico	100	11,926	2,2591	6,3	17,7	11,429	10,429	13,714
Psicológico	100	11,007	2,2850	6,0	24,7	11,333	10,000	12,000
Social	100	10,573	3,2893	5,3	20,0	10,667	8,000	12,000
Ambiental	100	11,245	2,0257	7,0	16,5	11,250	9,500	13,000
General	100	2,860	1,0567	1,0	6,5	2,500	2,000	3,500

Tabla 3. Medidas descriptivas de las facetas de la escala WHOQOL-Old, ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. Guarulhos-SP, 2010.

Facetas	N	Promedio	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Mediana	1° cuartil	3° cuartil
Funcionamiento de lo Sensorial	100	13,63	2,665	6	19	14,00	12,00	16,00
Autonomía	100	10,83	2,889	5	19	11,00	9,00	13,00
Actividades pasadas, presentes y futuras	100	11,35	2,350	7	19	11,00	10,00	13,00
Participación social	100	10,83	2,889	5	19	11,00	9,00	12,00
Muerte y morir	100	12,49	3,268	4	19	13,00	10,00	15,00
Intimidad	100	11,64	3,199	4	20	11,00	10,00	13,00

Tabla 4. Comparación entre los sexos en los Dominios del WHOQOL-Bref y facetas del WHOQOL-Old. Ancianos residentes en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia. Guarulhos-SP, 2010.

	Sexo		p-valor		
	Masculino (N=31)	Femenino (N=69)			
Dominio Físico	11,74	2,346	12,01	2,231	0,588
Dominio Ambiental	11,13	2,202	11,30	1,956	0,703
Dominio Psicológico**	11,33	(9,3-11,3)	11,33	(10,0-12,0)	0,299
Dominio Social**	10,67	(8,0-13,3)	10,67	(8,0-12,0)	0,848
General**	2,50	(2,0-4,0)	2,50	(2,0-3,5)	0,409
Faceta Funcionamiento de lo Sensorial	13,42	2,742	13,72	2,645	0,599
Faceta Autonomía	10,71	2,735	11,12	2,564	0,475
Faceta Participación Social	10,68	3,166	10,90	2,777	0,725
Faceta Muerte y morir	13,00	2,933	12,26	3,403	0,298
Faceta Actividades Pasadas, Presentes y Futuras**	11,00	(9,0-13,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,638
Faceta Intimidad**	11,00	(10,0-14,0)	11,00	(10,0-13,0)	0,241

*Prueba t de Student, promedios y desviaciones estándares; **Prueba de Mann-Whitney, medianas e intervalos intercuartílicos.

DISCUSIÓN

El perfil socioeconómico y demográfico de los ancianos investigados es semejante al encontrado en otros estudios realizados en São Paulo, con muestra de la población anciana domiciliar¹⁴; en Florianópolis y Rio Grande do Sul, en áreas cubiertas por equipos de Salud de la Familia^{15,16}.

Así como en otros estudios brasileros envolviendo ancianos^{16,17}, se identificó una predominancia femenina. Aunque el aumento de

la esperanza de vida al nacer se observe en ambos sexos, la tasa de sobrevivida de las mujeres se mantiene superior a la de los hombres, considerándose las diferencias regionales¹⁸. Además de eso, las mujeres tienden a buscar más los servicios de salud.

Mayor longevidad puede explicar el mayor porcentaje de mujeres ancianas sin cónyuge, encontrado en esta investigación. Como resultado de la desigualdad de género en la

expectativa de vida, existe una mayor proporción de mujeres que de hombres con edad avanzada. Otra característica de este grupo poblacional es que existe una mayor proporción de viudas que en cualquier otro grupo etario¹⁹. Una razón que podría explicar esta situación es que, por tradición, la mujer tiende a casarse con hombres mayores que ella, lo que, asociado a una mortalidad masculina mayor que la femenina, aumenta la probabilidad de sobrevivencia de la mujer en relación a su cónyuge¹⁹.

Casi la mitad de los ancianos investigados vivía en hogares unipersonales. Sobre esta cuestión, estudios recientes han revelado que, específicamente entre los ancianos, la situación familiar o domiciliar, refleja el efecto acumulado de eventos demográficos, socioeconómicos y de salud ocurridos en etapas anteriores del ciclo vital. El tamaño de la prole, la mortalidad diferencial, el celibato, la viudez, las separaciones, los recasamientos y las migraciones conforman, a lo largo del tiempo, tipos distintos de familia o domésticos, que pueden colocar al anciano, desde el punto de vista emocional y material, en situación de seguridad o de vulnerabilidad^{20,21}.

La escolaridad se mostró baja, constituyéndose una condición social desfavorable, ya que tiene influencia en el acceso a los servicios de salud, en oportunidades de participación social y en la comprensión de su tratamiento y de su autocuidado, entre otros. Baja escolaridad también fue destacada en el estudio del proyecto SABE en el municipio de São Paulo, en el cual mostró también que ancianos con peor escolaridad presentaban también, peor estado de salud en función de peores hábitos, mayor exclusión y menor nivel de información y condiciones socioeconómicas para acceder a servicios precozmente²².

La baja escolaridad puede estar aliada a desventajas socioeconómicas. Aunque reconociendo la limitación del presente estudio en lo que se refiere a las generalizaciones de los resultados, otras investigaciones apuntaron a ancianos en condiciones semejantes en el Estado de São Paulo. En una investigación realizada en la ciudad de Campinas-SP, 41% de los ancianos tenían condiciones financieras aproximadas a la realidad del estudio²³ aquí presentado.

A pesar de los ancianos poseer bajos ingresos, la mayoría tenía vivienda propia, pues se trata de una región invadida por los habitantes y, posteriormente legalizada por los órganos municipales.

Fue identificado un alto porcentaje de hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión. Existe consenso de que la principal causa de mortalidad y morbilidad en Brasil son las enfermedades crónicas, que, normalmente, tienen desarrollo lento, duran períodos extensos y presentan efectos de largo plazo, difíciles de prever. A semejanza de los demás países ricos, las investigaciones sugieren que las condiciones complejas, como diabetes y depresión, van a imponer una carga aún mayor en el futuro²⁴.

La inactividad física fue identificada en más de la mitad de los ancianos, bien como la ausencia de la participación en actividades de ocio. Otros estudios enfocados en estas cuestiones identificaron que ancianos de menor nivel socioeconómico, nivel evaluado por ingreso o escolaridad, son más sedentarios y tienen menos actividades de ocio²⁵. Por otro lado, individuos con menor nivel de escolaridad tienden a hábitos de vida perjudiciales a la salud, por menor acceso a la información y a las condiciones de vida que para la incorporación de comportamientos considerados saludables²⁶.

En el análisis de los diferentes dominios del WHOQOL-Bref, el dominio físico tuvo el mejor ranking, seguido del ambiental, psicológico y, social. Un estudio que evaluó la calidad de vida de ancianos en el municipio de Uberaba-MG encontró resultado divergente en lo referido al dominio físico que presentó peor score de calidad de vida²⁷.

El dominio físico del cuestionario WHOQOL-Bref evalúa ítems tales como: dolor y malestar, energía y fatiga, sueño y reposo, movilidad, actividades de la vida cotidiana, dependencia de medicación y capacidad de trabajo. Por tratarse de ancianos jóvenes en el grupo etario de 60 a 69 años, los ítems del dominio físico descriptos pueden no haber interferido en la calidad de vida de los ancianos.

En la evaluación de la calidad de vida por medio del WHOQOL-Old la faceta funcionamiento de lo sensorial presentó mayor score. Este dominio corresponde a los sentidos (audición,

visión, paladar, olfato y tacto) que interfieren en la vida diaria, la capacidad de participar en actividades y la capacidad de interactuar con otras personas y familia.

El soporte familiar contribuye de manera significativa para la manutención y, la integridad física y psicológica del individuo. Su efecto es considerado benéfico, según el miembro de la familia que lo recibe, en la medida en que el soporte es percibido como disponible y satisfactorio²⁸.

Las facetas autonomía y participación social presentaron los peores escores de evaluación. En cuanto a la primera se refiere al uso del tiempo libre y a la participación del anciano en actividades de la comunidad, la segunda envuelve la libertad de tomar decisiones, sentimiento de control del futuro, hacer aquello que le gusta y sentirse respetado en relación a su libertad.

Considerando el impacto del envejecimiento en las políticas públicas, el gobierno brasileiro ha aprobado leyes designadas para el envejecimiento activo y saludable. Con esta finalidad, fue aprobada la Política Nacional de Salud de la Persona Anciana - PNSPA, que tiene como uno de sus objetivos la promoción de la autonomía, independencia, integración y participación efectiva del anciano en la sociedad, con el fin de ejercer la ciudadanía y la atención de sus necesidades específicas, en los diversos niveles de atención del Sistema Único de Salud²⁹.

En este estudio, el dominio social (WHOQOL-Bref) y la faceta participación social (WHOQOL-Old) presentaron menores escores. Estos resultados indican que los ancianos participantes de este estudio están insatisfechos con el apoyo social recibido. Los equipos de salud de la familia pueden colaborar en el sentido de estimular los ancianos a fortalecer sus redes sociales formadas por amigos, parientes y vecinos, grupos religiosos, asociaciones sindicales, asociaciones de habitantes y clubs recreativos, los cuales posibilitan que los grupos

de personas establezcan las relaciones de solidaridad y confianza³⁰.

Como limitaciones principales del presente estudio, se destaca que el muestreo en un área de cobertura de la Estrategia Salud de la Familia, puede no reflejar rigurosamente todo el universo de los ancianos residentes en la comunidad; la utilización de un instrumento genérico de calidad de vida puede no evaluar aspectos más específicos de la calidad de vida en la tercera edad, y la evaluación auto-referida de morbilidades puede no reflejar de modo fidedigno los diagnósticos de los individuos evaluados. Por otro lado, tales resultados pueden reflejar realidades similares en otras regiones.

CONCLUSIÓN

Los ancianos que participaron de este estudio eran en su mayoría mujeres; en el grupo etario de 60 a 69 años; sin cónyuge; de escasos ingresos familiares y escolaridad baja; hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión; jubiladas; viviendo en variados tipos de familia; inactividad física y poca participación en actividades de ocio.

La evaluación del WHOQOL-Bref presentó mayor escore de calidad de vida en el dominio físico y el menor escore en el dominio social, además de calidad de vida general baja. La faceta funcionamiento de lo sensorial del WHOQOL-Old presentó el mejor escore de calidad de vida. Ya las facetas autonomía y participación social presentaron peores escores.

El bienestar en la vejez está relacionado al equilibrio entre varias dimensiones de la calidad de vida. El aumento del número de morbilidades y el aumento de la edad influyen de modo significativo varios dominios y facetas de la calidad de vida de los individuos ancianos. El cuestionario WHOQOL-Bref juntamente con el WHOQOL-Old se han presentado como instrumentos potenciales para evaluación de calidad de vida en la población anciana brasileira, mostrándose una alternativa a ser incorporada en protocolos de atención a la salud del anciano.

REFERENCIAS

1. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-Bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(3):390-7.
2. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2919-25.
3. Trentini CM, Chachamovick E, Fleck MPA. Qualidade de vida de idosos. In: Fleck MPA. Avaliação da qualidade de vida guia para profissionais da saúde. Artmed: 2008. p. 218-235.
4. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1107-11.
5. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL. Qualidade de vida na velhice enfoque multidisciplinar. Alínea: 2011. p. 13-59.
6. Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health*. 2008; 8:348.
7. Ciorba A, Benatti A, Bianchini C, Aimoni C, Volpato S, Bovo R, et al. High frequency hearing loss in the elderly: effect of age and noise exposure in an Italian group. *J Laryngol Otol*. 2011; 125(8):776-80.
8. World Health Organization. WHOQOL-BREF quality of life assessment: the WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998; 28:551-8.
9. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL), In: Orley J, Kuyken W, Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994:41-60.
10. Fleck MPA. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 21:19-28.
11. Chachamovick E, Trentini CM, Fleck MPO, Schimidt S, Power M. Desenvolvimento do Instrumento WHOQOL- Old. In: A Avaliação de Qualidade de vida. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 103-111.
12. Magalhães MN, Lima CP. Noções de Probabilidade e Estatística - 7ed - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2005.
13. Siegel S, Castellan NJ. Nonparametric Statistics. New York: Mc Graw-Hill. 2ª ed. 1988.
14. Santos GE, Cunha ICKO. Capacidade funcional de idosos em Unidade Básica de Saúde do município de São Paulo. REAS [Internet]. 2013; 2(3):67-76. <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer>.
15. Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011; 14(1):85-95.
16. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de vida de idosos em um grupo de convivência. *Scientia Medica* 2011; 21(4):166-72.
17. Santos GE, Cunha ICKO. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na Atenção Básica em Saúde. *R Enferm Cent O Min*. 2013; 3(3):820-8.
18. Santos MIPO, Griep RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). *Ciência e Saúde Coletiva* 2013; 18(3):753-61.
19. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estud interdiscip envelhec*. 2002; 1(4):7-19.
20. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *R bras Est Pop*. 2011; 28(1):217-30.
21. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. *R Enferm Cent O Min*. 2014; 4(2):1135-45.
22. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.
23. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de

base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2012; 28(4):769-80.

24. Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(1):54-66.

25. Pitanga FJG, Lessa I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. *Cad Saúde Públ.* 2005; (21):870-7.

26. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2007; 23(6):1329-38.

27. Tavares DMS, Martins NPF, Diniz MA, Dias FA, Santos NMF. Qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ.* 2011; 19(3):438-44.

28. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev.* 2009; 6(1):109-15.

29. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.2.528 de 01 de outubro 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa, 01 out. 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

30. Geib, LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência e Saúde Coletiva* 2012; 17(1):123-33.

CONTRIBUCIONES

Gerson de Souza Santos: participó de la concepción de la investigación, colecta, análisis de los datos y redacción. **Tamara Iwanow Cianciarullo** orientó la investigación, delineamiento, análisis de los datos y revisión crítica.

Como citar este artículo (Vancouver):

Santos GS, Cianciarulo, TI. Calidad de vida de ancianos en la estrategia de salud de la familia. *REFACS* [Online]. 2016 [citado en (*poner día, mes, año del acceso*)]; 4(3):218-226. Disponible en: (*enlace de acceso*) DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.

Como citar este artículo (ABNT):

SANTOS, G.S.; CIANCIARULO, T.I. Calidad de vida de ancianos en la estrategia de salud de la familia. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 4, n. 3, p. 218-226, 2016. Disponible en: (*enlace de acceso*). Acceso en: (*poner día, mes, año del acceso*). DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.

Como citar este artículo (APA):

Santos G.S. & Cianciarulo, T.I. (2016). Calidad de vida de ancianos en la estrategia de salud de la familia. *REFACS*, 4(3), 218-226. Recuperado en (*poner día, mes, año del acceso*). (*enlace de acceso*). DOI: 10.18554/refacs.v4i3.1774.