

**Características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres****Características socioeconômicas, autoavaliação de saúde e qualidade de vida em mulheres****Socioeconomic characteristics, self-evaluation of health, and quality of life in women****Recibido: 13/12/2019****Aprobado: 01/04/2010****Publicado: 15/05/2020****Juliana Martins Pinto<sup>1</sup>****Ana Paula Gomes Fernandes<sup>2</sup>****Mariana Thays Carvalho<sup>3</sup>****Cristiane Vitaliano Graminha<sup>4</sup>****Adriana Cristina de Araújo Figueiredo<sup>5</sup>****Isabel Aparecida Porcatti de Walsh<sup>6</sup>**

El objetivo fue investigar las relaciones entre características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres. Se trata de un estudio transversal de base poblacional con muestra de 1489 mujeres residentes en Uberaba, Minas Gerais, Brasil, en 2014. Las mujeres más jóvenes (18-40 años) fueron comunes en el grupo "insatisfechas con la salud" ( $p < 0,001$ ), así como aquellas con más años de escolaridad (9 años o más) ( $p = 0,002$ ) y las insatisfechas con los ingresos ( $p < 0,001$ ). Las mujeres entre 41-59 años ( $p < 0,001$ ), con mayor escolaridad ( $p < 0,001$ ) y con ingresos insuficientes ( $p < 0,001$ ) evaluaron la calidad de vida como mala con más frecuencia que las mujeres en otros grupos ( $p < 0,001$ ). Mala calidad de vida e insatisfacción con la salud fueron más comunes entre mujeres más jóvenes, en aquellas con mayor escolaridad e insatisfechas con los ingresos familiares.

**Descriptor:** Salud de la mujer; Factores socioeconómicos; Salud Pública.

O objetivo foi investigar as relações entre características socioeconômicas, autoavaliação de saúde e qualidade de vida em mulheres. Trata-se de estudo transversal de base populacional com amostra de 1489 mulheres residentes em Uberaba, Minas Gerais, em 2014. As mulheres mais jovens (18-40 anos) foram frequentes no grupo "insatisfeitas com a saúde" ( $p < 0,001$ ), assim como aquelas com mais anos de escolaridade (9 anos ou mais) ( $p = 0,002$ ) e as insatisfeitas com a renda ( $p < 0,001$ ). As mulheres entre 41-59 anos ( $p < 0,001$ ), com maior escolaridade ( $p < 0,001$ ) e com renda insuficiente ( $p < 0,001$ ) avaliaram a qualidade de vida como ruim com mais frequência do que as mulheres em outros grupos ( $p < 0,001$ ). Qualidade de vida ruim e insatisfação com a saúde foram mais frequentes entre mulheres mais jovens, naquelas com maior escolaridade e insatisfeitas com a renda familiar.

**Descritores:** Saúde da mulher; Fatores socioeconômicos; Saúde Pública.

The objective of this research was investigation the relations between the socioeconomic features, health evaluation and quality of life in women. This is a cross-sectional study with a population bases and a sample of 1489 women living in Uberaba, Minas Gerais, Brazil, in 2014. The youngest women (18-40) were frequent in the group "dissatisfied with health" ( $p < 0.001$ ), as were those with higher educational levels (9 years or more) ( $p = 0.002$ ) and those dissatisfied with their income ( $p < 0.001$ ). Women from 41-59 ( $p < 0.001$ ), with higher educational levels ( $p < 0.001$ ) and insufficient income ( $p < 0.001$ ) evaluated their quality of life as bad more frequently than women in other groups ( $p < 0.001$ ). A bad quality of life and dissatisfaction with health were more frequent among younger women, those with lower educational levels, and those dissatisfied with their family income.

**Descriptors:** Women's health; Socioeconomics factors; Public Health.

\* Estudio financiado por la Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais – FAPEMIG, bajo APQ-01825-12.

1. Fisioterapeuta. Pues Doctora en Fisioterapia y Epidemiología del Envejecimiento. Profesora de la carrera de Graduación en Fisioterapia en la Universidad Federal Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2617-3308 E-mail: ju\_fisio33@yahoo.com.br

2. Fisioterapeuta. Especialista en Fisioterapia en la Salud de la Mujer. Maestranda del Programa de Pos-Graduación en Fisioterapia (PPGF) por la UFTM/ Universidad Federal de Uberlândia (UFU), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0001-5424-755X E-mail: ana-paulagf@gmail.com

3. Fisioterapeuta. Maestranda del PPGF/UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0469-8226 E-mail: mary13\_carvalho@hotmail.com

4. Fisioterapeuta. Doctora en Ciencias Médicas. Profesor Asociado de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7013-2688. E-mail: crisgraminha@yahoo.com.br

5. Biomédica. Especialista en Análisis Clínicos y Toxicología. Alumna especial del PPGF/UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-3185-3482 E-mail: adriana.araujo@uftm.edu.br

6. Fisioterapeuta. Doctora en Fisioterapia. Profesora Asociada de la carrera de Graduación en Fisioterapia de la UFTM y del PPGF de la UFTM/UFU, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-2317-1326 E-mail: isabelpwalsh@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Las trayectorias de salud y bienestar en la población brasilera tienden a ser diferentes dependiendo de las características económicas, demográficas y sociales que determinan condiciones favorables o no a lo largo de la vida<sup>1,2</sup>. Estos aspectos influyen en la carga de enfermedades e incapacidades, el uso y el acceso a los servicios de salud, y la adhesión a los tratamientos y programas de prevención y promoción de la salud<sup>3,4</sup>.

La población femenina difiere de la población masculina en cuanto a las condiciones de salud y bienestar, y las desigualdades tienden a aumentar con el avance de la edad<sup>5-7</sup>. Las mujeres son más longevas, presentan mayor número de enfermedades crónicas e incapacidades debido a la menor exposición a accidentes, violencia y otras causas externas de muerte cuando son comparadas a los hombres<sup>8</sup>, además de percibir la propia salud más negativamente<sup>9</sup>. Este escenario destaca la importancia de comprender los fenómenos relacionados a la salud de la mujer y a las particularidades de sus procesos de salud-enfermedad-incapacidad, para así mejorar la atención a la salud de esta población.

En los contextos epidemiológico y demográfico actuales, en los que se observa aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), mayor inserción de la mujer en el mercado de trabajo, cambios en las estructuras familiares y de los papeles sociales, los indicadores subjetivos de salud y bienestar proporcionan evaluaciones más eficientes, dado que fornecen informaciones relevantes sobre cuánto los eventos de salud y de vida afectan al individuo<sup>1,5,10</sup>. Este tipo de evaluación se ha destacado en la salud colectiva en los últimos años, siendo reconocida como paradigma de salud actual<sup>11</sup>. Entre estos indicadores existen la autoevaluación de salud y la autoevaluación de la calidad de vida.

La calidad de vida es definida como la autoevaluación que el sujeto hace de la propia condición de vida, considerando sus expectativas y realizaciones personales, así como las exigencias y estándares del contexto sociocultural<sup>12</sup>. El concepto ha sido ampliamente investigado desde el inicio de la transición del modelo biomédico de salud a los modelos biopsicosocial, ecológico y holístico, que afirman la importancia y las posibilidades de mantener una vida con calidad, a pesar de las enfermedades y adversidades de los ciclos de la vida<sup>13</sup>. Desde entonces, la promoción de mejor calidad de vida para las poblaciones ha sido uno de los principales desafíos de la sociedad actual, de los gestores y de los servicios de salud.

La autoevaluación de salud se refiere a la evaluación que el sujeto hace de la propia salud de manera global, generalmente considerando el estado de salud de sus pares — comparación social y la comparación con sí mismo, lo que hace algún tiempo se llamaba “comparación personal”<sup>10,14</sup>. Esta evaluación refleja el impacto de las enfermedades, problemas de salud, síntomas e incapacidades en la vida del individuo, especialmente sobre su independencia y autonomía. Tal concepto ha sido fuertemente relacionado a peores diagnósticos funcionales y de salud y con mayor mortalidad<sup>15</sup>.

Diversas condiciones o eventos pueden ocurrir a lo largo de la vida y predisponer a las personas a la baja calidad de vida y peor autoevaluación de salud. Enfermedades, incapacidad, pérdida de la autonomía, avance de la edad, accidentes, problemas financieros, relaciones familiares estresantes y falta de apoyo social son los más comunes<sup>16,17</sup>.

Algunas condiciones llevan a la disminución de la calidad de vida y de la salud y se caracterizan por ser poco o nada mutables, lo que coloca al individuo en desventaja previa delante de sus pares. Estas desigualdades pueden estar presentes entre las mujeres, determinando diferentes desenlaces en salud y calidad de vida. Tales condiciones incluyen edad, escolaridad, ingresos y convivencia con un compañero en unión estable.

El conocimiento sobre las diferencias socioeconómicas relacionadas a la calidad de vida y autoevaluación de salud de mujeres contribuye a comprender la extensión de estos fenómenos delante de desigualdades y desventajas de la población femenina. De este modo, el objetivo de este estudio fue investigar las relaciones entre características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres.

## MÉTODO

Los datos provienen de la Encuesta de Salud de la Mujer – ESA, realizado en Uberaba, Minas Gerais, en 2014. Se trata de un estudio transversal de base poblacional, con muestra probabilística de 1556 mujeres con edad igual o superior a 18 años, residentes en el municipio. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal do Triângulo Mineiro, bajo el dictamen nº CAAE nº 1826/2010 y financiado por la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), bajo nº APQ – 01825-12.

El muestreo se dio de forma aleatoria, estratificada en dos etapas, considerándose los sectores censitarios y los domicilios, de acuerdo con el Censo/2010 del Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística (IBGE). El criterio de elegibilidad fue tener edad igual o superior a 18 años, residir en Uberaba-MG, comprender los objetivos de la investigación y concordar en responder al protocolo, mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado (TCLA).

Las entrevistas fueron realizadas en el domicilio por entrevistadoras del sexo femenino, entrenadas y debidamente identificadas, coordinadas por docentes, investigadores y alumnos becados. El entrenamiento de los investigadores comprendió la aplicación de los cuestionarios, presentaciones sobre nociones y técnicas para entrevista, así como estudio piloto con muestra de conveniencia.

El contenido del protocolo de investigación fue elaborado especialmente para el estudio, mediante la selección de instrumentos y medidas validadas para la población brasilera. El cálculo de las muestras consideró la ausencia de conocimiento previo sobre las estimativas de las prevalencias de los eventos de interés, y, por lo tanto, todos fueron considerados iguales a 50%. Se consideró también un nivel de confianza de 95%, margen de error máximo de 2,5% y 20% de pérdidas.

La Calidad de Vida (CV) fue evaluada por la pregunta extraída del *World Health Organization Questionnaire of Quality of Life* (WHOQOL bref): “¿Cómo evalúas tu calidad de vida?”, para la cual las opciones de respuesta fueron muy mala, mala, más o menos, buena o muy buena. Debido a la baja prevalencia de calidad de vida muy mala, las categorías fueron agrupadas para posibilitar los análisis estadísticos. Siendo así, las mujeres con calidad de vida “muy mala” y “mala” fueron categorizadas como teniendo calidad de vida “mala” y aquellas cuya calidad de vida era “buena” y “muy buena”, como teniendo calidad de vida “buena”. La categoría intermediaria fue mantenida conforme el instrumento original y denominada “más o menos”.

La autoevaluación de salud fue indicada, también, por una pregunta extraída del WHOQOL Bref: “¿Cuán satisfecho estás con tu salud?”, cuyas opciones de respuestas fueron: muy insatisfecha; insatisfecha; ni satisfecha ni insatisfecha; satisfecha y muy satisfecha. El agrupamiento de categorías fue utilizado nuevamente para clasificar a las mujeres en “satisfechas con la salud” o “insatisfechas con la salud”.

Las condiciones socioeconómicas investigadas fueron grupo etario (18 a 40 años; 41 a 59 años; y 60 años o más), satisfacción con los ingresos, años de escolaridad (ninguno; 1 a 4 años; 5 a 8 años; y 9 años o más), y si vive con un compañero en unión estable. Todas las informaciones fueron auto relatadas.

Fueron descriptas las prevalencias en frecuencia y porcentaje y, posteriormente, las asociaciones de las variables socioeconómicas con autoevaluación de salud y con calidad de vida fueron testeadas por el *test* Chi-cuadrado de Pearson y por el Exacto de Fisher, con significancia de 5%. Las diferencias entre los grupos fueron identificadas por el análisis de residuos ajustados estandarizados <1,96. Los análisis fueron realizados en el programa SPSS, versión 24.

## RESULTADOS

El valor estimado de mujeres a ser investigadas era de 1530, siendo entrevistadas 1556, pero se consideraron 1489, aquellas que presentaron datos completos para los objetivos del presente estudio.

La distribución de mujeres en los grupos etarios 18-40, 41-59 y 60+ fue, respectivamente, de 32,9%, 35,9% y 31,2%. El porcentaje de mujeres que relataron haber frecuentado a la escuela por menos de cuatro años fue 25,7%; 48,2% de las mujeres viven sin compañero y 72,4% declararon que sus ingresos no son suficientes para satisfacer las necesidades diarias (Tabla 1).

Las comparaciones de proporciones entre las mujeres satisfechas e insatisfechas con la salud mostraron que las mujeres más jóvenes (18-40 años) son más comunes en el grupo insatisfechas ( $p < 0,001$ ), así como aquellas que tienen más años de escolaridad (9 años o más) ( $p = 0,002$ ) y aquellas que declararon insatisfacción con los ingresos ( $p < 0,001$ ). No fue observada asociación entre autoevaluación de salud y unión estable ( $p = 0,541$ ) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Caracterización de la muestra y asociaciones entre variables socioeconómicas y autoevaluación de salud (n=1489). Uberaba, MG. 2014.

Variables	F (%)	¿Cuán satisfecho estás con tu salud?		p*
		Satisfecha (n=263)	Insatisfecha (n=1226)	
<b>Grupo etario</b>				
18-40	490 (32,9)	63 (12,9) [24]	427 (87,1) [34,8]	<0,001
41-59	534 (35,9)	119 (22,3) [22,3]	415 (77,7) [33,8]	
60+	465 (31,2)	81 (17,4) [17,4]	384 (82,6) [31,3]	
<b>Años de escolaridad</b>				
Ninguno	55 (3,9)	13 (23,6) [5,1]	42 (76,4) [3,6]	0,002
1-4	309 (21,8)	67 (21,7) [26,3]	242 (78,3) [20,8]	
5-8	347 (24,5)	76 (21,9) [29,8]	271 (78,1) [23,3]	
9+	706 (49,8)	99 (14) [38,8]	607 (86) [52,2]	
<b>Unión estable</b>				
No	717 (48,2)	122 (17) [46,4]	595 (83) [48,6]	0,541
Sí	771 (51,8)	141 (18,3) [53,6]	630 (81,7) [51,4]	
<b>Satisfacción con los ingresos</b>				
No	1077 (72,4)	299 (21,3) [87,4]	848 (78,7) [69,2]	<0,001
Sí	411 (27,6)	33 (8) [12,6]	378 (92) [30,8]	

\*Test chi-cuadrado; ( ) % en la línea; [ ] % en la columna.

Con relación a la calidad de vida, las mujeres en la media-edad (41-59 años) ( $p < 0,001$ ), con mayor escolaridad ( $p < 0,001$ ) y con ingresos insuficientes ( $p < 0,001$ ) evaluaron la calidad de vida como mala con más frecuencia que las mujeres en otros grupos ( $p < 0,001$ ). No fueron observadas asociaciones entre calidad de vida y unión estable ( $p = 0,716$ ) (Tabla 2).

**Tabla 2.** Asociaciones entre variables socioeconómicas y calidad de vida. Uberaba, MG. 2014.

Variables F(%)	¿Cómo evalúas tu calidad de vida?			p
	Mala/muy mala (n=76)	Más o menos (n=362)	Buena/muy buena (n=1051)	
<b>Grupo etario<sup>a</sup></b>				
18-40	15 (3,1) [19,7]	111 (22,7) [30,7]	364 (74,3) [34,6]	
41-59	38 (7,1) [50]	132 (24,7) [36,5]	364 (68,2) [34,6]	<0,001
60+	23 (4,9) [30,3]	119 (25,6) [32,9]	323 (69,5) [30,7]	
<b>Años de escolaridad<sup>a</sup></b>				
Ninguno	4 (7,3) [5,4]	20 (36,4) [5,8]	31 (56,4) [3,1]	
1-4	20 (6,5) [27]	107 (34,6) [31]	182 (58,9) [18,2]	<0,001
5-8	22 (6,3) [29,7]	89 (25,6) [25,8]	236 (68) [23,6]	
9+	28 (4) [37,8]	129 (18,3) [37,4]	549 (77,8) [55]	
<b>Unión estable<sup>a</sup></b>				
No	37 (5,2) [51,3]	181 (25,2) [50]	499 (69,6) [52,5]	0,716
Sí	39 (5,1) [48,7]	181 (23,5) [50]	551 (71,5) [47,5]	
<b>Satisfacción con los ingresos<sup>a</sup></b>				
No	65 (6) [85,5]	301 (27,9) [83,1]	711 (66) [67,7]	<0,001
Sí	11 (2,7) [14,5]	61 (14,8) [16,9]	339 (2,5) [32,3]	

<sup>a</sup> Test chi-cuadrado; <sup>b</sup> Test Exacto de Fisher; ( ) % en la línea; [ ] % en la columna.

## DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que existen desigualdades, principalmente en relación a la edad, escolaridad y satisfacción con los ingresos, demostrando que los grupos más sujetos a las percepciones negativas de salud y calidad de vida son las mujeres más jóvenes, con mayor escolaridad e insatisfechas con los ingresos.

Con excepción de la insatisfacción con los ingresos, estos resultados contrarían las hipótesis iniciales del estudio, construidas con base en las evidencias sobre la creciente incidencia de enfermedades crónicas que acompañan el proceso de envejecimiento y los efectos negativos de esas condiciones sobre la funcionalidad y, consecuentemente, sobre el bienestar<sup>10</sup>. La premisa era que personas que viven en condiciones económicas y sociales desfavorables, en este caso, mujeres mayores<sup>18,19</sup> y con menor escolaridad<sup>20,21</sup>, tienden a presentar peor estado de salud y funcionalidad y, por lo tanto, presentarían peores evaluaciones subjetivas en relación a la propia salud y calidad de vida, lo que no fue confirmado por este estudio.

Con relación a la edad, un estudio<sup>10</sup> afirmó que, a medida que la vejez avanza, los problemas de salud se tornan más estrechamente relacionados a los síntomas psicológicos, de modo que la depresión, por ejemplo, aumenta la probabilidad de peor autoevaluación de salud. Sin embargo, el mismo estudio encontró que la relación entre peor salud física y autoevaluación de salud negativa es más fuerte entre personas más jóvenes cuando son comparadas a las mayores, probablemente, debido a la mayor prevalencia de depresión en los más jóvenes<sup>10</sup>. Los hallazgos de la presente investigación, del mismo modo, sugieren la existencia de variables mediadoras que expliquen la percepción negativa de salud entre personas jóvenes.

Estudios mostraron que personas con bajos ingresos y baja escolaridad presentan peores evaluaciones subjetivas de salud<sup>14,22</sup>, posiblemente porque tales condiciones implican mayores limitaciones físicas, que restringen la participación en actividades comunitarias, el acceso a los servicios de salud, además de aumentar el riesgo de depresión, incapacidades y muerte<sup>21,23,24</sup>. Por otro lado, recursos personales y sociales pueden ser reclutados frente a las adversidades, permitiendo que los individuos lidien con los problemas y vivan experiencias positivas, inclusive delante de condiciones desfavorables<sup>25,26</sup>. Tales recursos incluyen resiliencia, espiritualidad, soporte social y familiar, sentido de autoeficacia y autonomía, selectividad socioemocional, entre otros<sup>27,28</sup>.

La disponibilidad y la utilización de estos recursos pueden explicar, en parte, las observaciones empíricas que encontraron personas que relataron buena calidad de vida y

salud, inclusive en la presencia de situaciones adversas<sup>19</sup>. Adicionalmente, puede haber influencia de la edad y de la escolaridad en la mejor percepción de las condiciones reales de vida, de modo que personas más jóvenes y con mayor escolaridad pueden tener mayor acceso y comprensión de las informaciones a su alrededor, a ser más críticas y exigentes en relación a las expectativas y potencialidades de la propia existencia y condiciones de vida, lo que explica la baja satisfacción con la salud y con la calidad de vida entre las mujeres con mayor escolaridad,

Investigaciones sugieren también que los ancianos pueden tener mayor habilidad en lidiar y superar eventos estresantes debido a las experiencias acumuladas a lo largo de la vida<sup>29,30</sup>. También, en la vejez, se evidencia un comportamiento selectivo frente a las adversidades, para garantizar la preservación del estado emocional y del bienestar<sup>26</sup>. Estas explicaciones parecen ser más adecuadas para los resultados observados en este estudio, apuntando al envejecimiento como proceso del curso de la vida, en que salud y calidad de vida son determinadas por desigualdades sociales y económicas.

## CONCLUSIÓN

La mala calidad de vida y la insatisfacción con la salud fueron más comunes entre mujeres más jóvenes y no entre las mayores, en aquellas con mayor escolaridad y no en aquellas con baja escolaridad, y entre las insatisfechas con los ingresos familiares.

No fue observada relación con la convivencia con o sin compañero. Las relaciones entre características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida son complejas, pudiendo ser mediadas y moderadas por otras variables que denotan la disponibilidad de recursos psicosociales que determinarían, de hecho, cómo las personas irán a convivir y lidiar con las adversidades y sus reflejos en su bienestar.

Los resultados del presente estudio fueron obtenidos por medio de métodos epidemiológicos reconocidos que garantizan la calidad y la validez de los hallazgos para la población de mujeres residentes en Uberaba-MG. No obstante, la generalización o extrapolación para otras poblaciones debe ser cautelosa.

Aunque las medidas auto relatadas o subjetivas sean útiles en los campos de Gerontología y Salud Colectiva, las limitaciones inherentes a las encuestas poblacionales, como carencia de medidas objetivas y específicas, pueden llevar a la negligencia de informaciones relevantes para la comprensión de los fenómenos investigados. Por lo tanto, se recomiendan más estudios con otras variables.

## REFERENCIAS

1. Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. [Internet]. 2019 [citado en 03 feb 2020]; 21(2):e180010. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s2/1980-5497-rbepid-21-s2-e180010.pdf>. DOI: 10.1590/1980-549720180010.supl.2
2. Tovar Cuevas LM, Perea Mosquera LN, Tovar Cuevas JR, Zúñiga Martínez CL. Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década. Mundo Saúde [Internet]. 2018 [citado en 03 feb 2020]; 42(1):230-47. Disponible en: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo\\_saude\\_artigos/determinantes\\_salud\\_colombia.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/determinantes_salud_colombia.pdf) DOI: 10.15343/0104-7809.20184201230247
3. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, de Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saude Publ. [Internet]. 2008 [citado en 03 feb 2020]; 42(4):733-40. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>

4. Barreto SM, Passos VMA, Giatti L. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. *Rev Saude Públ.* [Internet]. 2009 [citado en 03 feb 2020]; 43(2):9-17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao799.pdf>
5. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc.* [Internet]. 2017 [citado en 03 feb 2020]; 26(3):676-89. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n3/0104-1290-sausoc-26-03-00676.pdf>. DOI: 10.1590/S0104-12902017170304
6. Malta DC, Bernal RTI, Nunes ML, Oliveira MM, Iser BPM, Andrade SSCA, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil 2012. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2014 [citado en 03 feb 2020]; 23(4):609-22. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00609.pdf>. DOI: 10.5123/S1679-49742014000400003
7. Pinto JM, Neri AL. Doenças crônicas, capacidade funcional, envolvimento social e satisfação em idosos comunitários: Estudo Fibra. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2013 [citado en 03 feb 2020]; 18(12):3449-60. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a02v18n12.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200002>
8. Giacomini KC, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2005 [citado en 03 feb 2020]; 21(1):80-91. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/10.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100010>
9. Pinto JM, Neri AL. Relationships between levels of social participation, self-rated health and life satisfaction in older adults according to gender. *Rev Kairós* [Internet]. 2016 [citado en 03 feb 2020]; 19(4):255-72. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/322316952>
10. French DJ, Sargent-Cox K, Luszcz MA. Correlates of subjective health across the aging lifespan: understanding self-rated health in the oldest old. *J Aging Health* [Internet]. 2012 [citado en 03 feb 2020]; 24(8):1449-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23103451>. DOI: 10.1177/0898264312461151
11. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2011 [citado en 03 feb 2020]; 14(4):779-86. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a17v14n4.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232011000400017>
12. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2000 [citado en 03 feb 2020]; 5(1):33-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100004>
13. Ravenek MJ, Skarakis-Doyle E, Spaulding SJ, Jenkins ME, Doyle PC. Enhancing the conceptual clarity and utility of the international classification of functioning, disability & health: the potential of a new graphic representation. *Disabil Rehabil.* [Internet]. 2012 [citado en 03 feb 2020]; 35:1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23072218>. DOI: 10.3109/09638288.2012.717582
14. Borim FSA, Barros MBA, Neri A. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2013 [citado en 03 feb 2020]; 28(4):769-80. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>
15. Reile R, Stickley A, Leinsalu M. Large variation in predictors of mortality by levels of self-rated health: results from an 18-year follow-up study. *Public Health* [Internet]. 2017 [citado en

- 03 feb 2020]; 145:59-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28359392>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2016.12.034>
16. Máximo EAL, Souza HNF, Freitas MIF. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. *Cienc Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [citado en 03 feb 2020]; 20(3):679-88. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00679.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232015203.14742014
17. Pinto JM, Fontaine AM, Neri AL. The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: a study with brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. [Internet]. 2016 [citado en 03 feb 2020]; 65:104-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017415>. DOI: 10.1016/j.archger.2016.03.009
18. Gana K, Bailly N, Saada Y, Joulain M, Alaphilippe D. Does life satisfaction change in old age: results from an 8-year longitudinal study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2012 [citado en 03 feb 2020]; 68(4):540-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23103381>. DOI: 10.1093/geronb/gbs093
19. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist* [Internet]. 2002 [citado en 03 feb 2020]; 42(6):727-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12451153>. DOI: 10.1093/geront/42.6.727
20. Sousa ACPA, Guerra RO, Tu MT, Phillips SP, Guralnik JM, Zunzunegui MV. Life course adversity and physical performance across countries among men and women aged 65-74. *PLoS One* [Internet]. 2014 [citado en 03 feb 2020]; 9(8):1-10. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0102299>. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102299>
21. Erdem Ö, Van Lenthe FJ, Prins RG, Voorham TA, Burdorf A. Socioeconomic inequalities in psychological distress among urban adults: the moderating role of neighborhood social cohesion. *PLoS One* [Internet]. 2016 [citado en 03 feb 2020]; 11(6):e0157119. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27280601>. DOI: 10.1371/journal.pone.0157119
22. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2013 [citado en 03 feb 2020]; 16(3):559-71. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt\\_1415-790X-rbepid-16-03-00559.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00559.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300001>
23. Syddall H, Evandrou M, Cooper C, Sayer AA. Social inequalities in grip strength, physical function, and falls among community dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *J Aging Health* [Internet]. 2009 [citado en 03 feb 2020]; 21(6):913-39. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597159>. DOI: 10.1177/0898264309340793
24. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2017 [citado en 03 feb 2020]; 43(2):191-203. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v43n2/spu06217.pdf>
25. George LK. Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2010 [citado en 03 feb 2020]; 65B(3):331-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20233742>. DOI: 10.1093/geronb/gbq006
26. Scheibe S, Carstensen L. Emotional aging: recent findings and future trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. [Internet]. 2010 [citado en 03 feb 2020]; 65B(2):135-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821944/>. DOI: 10.1093/geronb/gbp132
27. Landau R, Litwin H. Subjective well-being among the old-old: the role of health, personality and social support. *Int J Aging Hum Dev*. [Internet]. 2001 [citado en 03 feb 2020]; 52(4):265-



80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11474750>. DOI: 10.2190/RUMT-YCDX-X5HP-P2VH
28. Bennett KM, Reyes-Rodriguez MF, Altamar P, Soulsby LK. Resilience amongst older Colombians living in poverty: an ecological approach. *J Cross Cult Gerontol*. [Internet]. 2016 [citado en 03 feb 2020]; 31(4):385-407. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585577>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10823-016-9303-3>
29. Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2015 [citado en 03 feb 2020]; 20(5):1475-95. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26017950>. DOI: 10.1590/1413-81232015205.00502014
30. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet* [Internet]. 2014 [citado en 03 feb 2020]; 385(9968):640-8. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613614890>. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)61489-0

### CONTRIBUCIONES

**Isabel Aparecida Porcatti de Walsh** contribuyeron en la concepción, análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión. **Adriana Cristina de Araújo Figueiredo, Juliana Martins Pinto, Ana Paula Gomes Fernandes, Mariana Thays Carvalho y Cristiane Vitaliano Graminha** participaron en el análisis e interpretación de los datos, redacción y revisión.

### Cómo citar este artículo (Vancouver)

Pinto JM, Fernandes APG, Carvalho MT, Graminha CV, Figueiredo ACA, Walsh IAP. Características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado en agregar día, mes y año de acceso]; 8(2):210-218. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*

### Cómo citar este artículo (ABNT)

PINTO, J. M.; FERNANDES, A. P. G.; CARVALHO, M. T.; GRAMINHA, C. V.; FIGUEIREDO, A. C. A.; WALSH, I. A. P. Características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 8, n. 2, p. 210-218, 2020. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

### Cómo citar este artículo (APA)

Pinto, J. M., Fernandes, A. P. G., Carvalho, M. T. C., Graminha, C. V., Figueiredo, A. C. A., Walsh, I. A. P. (2020). Características socioeconómicas, autoevaluación de salud y calidad de vida en mujeres. *REFACS*, 8(2), 210-218. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.