



CLÍNICA

Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de promoción de la salud

Qualidade de vida de idosos que participam de grupo de promoção da saúde

Quality of life of elderly who participate in group health promotion

*Santos, Leidiene Ferreira **Oliveira, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante

Barbosa, Maria Alves *Nunes, Daniella Pires *****Brasil, Virginia

Visconde

*Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad Federal de Goiás. Profesora de la Universidad Federal de Tocantins. E-mail: leidienesantos@uft.edu.br ** Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Brasilia. Profesora de la Universidad Federal de Goiás. *** Doctora en Enfermería por la Universidad de São Paulo/USP. Profesora de la Universidad Federal de Goiás ****Enfermera. Doctoranda en Enfermería por la Universidad de São Paulo/USP. ***** Doctora en Enfermería por la Universidad de São Paulo/USP. Profesora de la Universidad Federal de Goiás. Brasil.

Palabras clave: Calidad de vida; Ancianos; Estructura de grupo; Promoción de la salud

Palavras chave: Qualidade de vida; Idosos; Estrutura de grupo; Promoção da saúde

Keywords: Quality of life; Elderly; Group Structure; Health Promotion

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento de la población se configura como un fenómeno mundial, por lo que es esencial para poner en práctica actividades que contribuyan a un envejecimiento saludable y activo. Este estudio tuvo como objetivo describir la calidad de vida (CV) de los mayores participantes de un grupo de promoción de la salud.

Metodología: Se trata de un estudio de abordaje cuantitativo, con mayores inscritos en una Unidad de Atención Primaria de Salud de la Familia (UABSF), que participan de un grupo de promoción de la salud. La recolección de datos ocurrió entre junio y octubre de 2012, utilizando un cuestionario socio demográfico, del WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD. Los datos fueron analizados en el software *Stata* versión 11.0. Las variables numéricas fueron exploradas por medidas descriptivas de centralidad y de dispersión y las categóricas por frecuencias simples absolutas y porcentajes. Los dominios del WHOQOL-BREF y la faceta del WHOQOL OLD fueron representados por media, desviación estándar e intervalo de confianza.

Resultados: La edad media de los mayores es 71,0 años (DE: 7,2). La mayoría de las personas mayores evaluaron su CV como buena o muy buena (20, 76,9%), pero casi todos ellos no estaban satisfechos con su salud (24, 92,4%) (Tabla 2).

Conclusión: La evaluación de la CV se configura en estrategia que puede ser utilizada por profesionales de la salud que coordinan grupos para identificar los aspectos de la vida de los mayores más afectados por el proceso de envejecimiento y, por lo tanto, permite la implementación de intervenciones efectivas a las necesidades de esta clientela.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional configura-se em fenômeno mundial, sendo assim, torna-se imprescindível implementar atividades que contribuam para um envelhecimento saudável e ativo. Essa pesquisa objetivou descrever a Qualidade de Vida (QV) de idosos participantes de um grupo de promoção da saúde.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, com idosos cadastrados em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), que participam de um grupo de promoção da saúde. A coleta de dados ocorreu de junho a outubro de 2012, por meio de um questionário sociodemográfico, do WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. Os dados foram analisados no software *Stata* versão 11.0. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade e de dispersão e as categóricas por frequências simples absolutas e percentuais. Os domínios do WHOQOL-BREF e as faceta do WHOQOL-OLD foram representados por média, desvio-padrão e intervalo de confiança.

Resultados: A idade média dos idosos é de 71,0 anos (DP: 7,2). A maioria dos idosos avaliou sua QV como boa ou muito boa (20; 76,9%), mas quase totalidade deles não estava satisfeita com sua saúde (24; 92,4%) (Tabela 2).

Conclusão: A avaliação da QV configura-se em estratégia que pode ser usada pelo profissional de saúde que coordena grupos para identificar aspectos da vida dos idosos mais comprometidos pelo processo de envelhecimento e, dessa maneira, possibilita a implementação de intervenções efetivas às demandas dessa clientela.

ABSTRACT

Introduction: Population aging sets as worldwide phenomenon, therefore, it is essential to implement activities that contribute to a healthy and active aging. This research aimed to describe the Quality of Life (QoL) of elderly participants of a group of health promotion.

Methodology: This is a descriptive research with quantitative approach, with elderly enrolled in a Primary Care -Family Health Unit (UABSF), participating in a group of health promotion. Data collection took place from June to October 2012, through a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD. Data were analyzed using *Stata* software, version 11.0. Numerical variables were explored by descriptive measures of centrality and dispersion and the categorical by simple absolute and percentage frequencies. The WHOQOL-BREF and the facet of the WHOQOL-OLD were represented by mean, standard deviation and confidence interval.

Results: The mean age of the elderly is 71.0 years (SD: 7.2). Most seniors assessed their QoL as good or very good (20; 76.9%), but almost all of them were not satisfied with their health (24; 92.4%) (Table 2).

Conclusion: The assessment of QoL sets up strategy that can be used by the health professional that coordinates groups to identify aspects of life of the most committed elderly by the aging process and, thus, enables the implementation of effective interventions to the demands of these clients.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico y común a todo organismo vivo, de manera que el tiempo lo vuelve menos capaz de hacer frente al estrés del medio ambiente y así aumenta su posibilidad de muerte⁽¹⁻²⁾. Es una experiencia vital singular, propia de cada individuo, regulada por patrones socioculturales que definen su significado. Tiempo individual de la vida de cada uno, que se agota en la finitud objetiva de la muerte biológica⁽²⁾.

De modo general las personas mayores están expuestas a diversas alteraciones biosociales, tales como incapacidades, falta de memoria, raciocinio lento, desgaste físico, reducción de la resistencia física, enfermedades, demencia, senilidad, inactividad, decadencia de la imagen, aparición de arrugas, prejuicio, desobediencia, ausencia de sexo, dependencia, inutilidad, rechazo familiar, aislamiento, abandono, soledad, tristeza, depresión e institucionalización⁽³⁻⁴⁾.

En este sentido destacamos que el envejecimiento poblacional se configura como un fenómeno mundial de gran relevancia, dado que en la medida en que las sociedades envejecen surgen nuevas demandas, especialmente dirigidas a los sistemas de salud⁽⁵⁻⁶⁾, y de seguridad social⁽⁷⁾.

Todavía se percibe que la sociedad no está preparada para este cambio en el perfil poblacional y, aunque las personas viven más, la calidad de vida no ha acompañado esta evolución⁽⁸⁾.

Así se hace imprescindible implementar actividades que contribuyan a un envejecimiento saludable y activo y para mejorar la CV de la población que más crece en Brasil y en el mundo⁽⁵⁻⁶⁾. Estudios han demostrado que acciones educativas y promoción de la salud han contribuido significativamente a mejorar varios aspectos de la vida del mayor, colaborando para alcanzar un envejecimiento satisfactorio⁽⁹⁻¹¹⁾.

Desde esta perspectiva actividades grupales han demostrado resultados exitosos en la protección y promoción de la salud del mayor. Estudios indican que al participar de grupos los mayores tienen la oportunidad de expandir las fronteras de su valor personal, vivenciar nuevas perspectivas de vida, realizar actividades placenteras, planear proyectos de vida y adquirir y/o mantener estrategias para enfrentar el proceso de envejecimiento de manera positiva⁽¹²⁻¹³⁾.

Considerando la atención en grupo como importante recurso para la promoción de la salud de las personas y que evaluar la CV del mayor permite a los profesionales de salud identificar los aspectos más comprometidos en esta etapa del desarrollo humano⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, esta investigación objetivó describir la calidad de vida de los mayores participantes de un grupo de promoción de la salud.

Este estudio aporta como innovación el uso de instrumentos de evaluación de la CV como recurso para dirigir las acciones implementadas en el contexto grupal por los profesionales de la salud. Junto a esto, los resultados presentados evidencian la importancia de la atención en grupo como recurso para promoción y protección de la salud de la persona mayor.

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación descriptiva de abordaje cuantitativo, en la que la muestra estuvo compuesta por conveniencia y se trata de mayores registrados en una Unidad de Atención Básica de Salud de la Familia (UABSF), que participan de un grupo de promoción de la salud.

Este grupo tiene más de doce años de existencia y está coordinado por agentes comunitarios de salud vinculados a la UABSF. Los encuentros ocurren semanalmente y tienen tres horas de duración. En ellos se desarrollan actividades de larga duración, pintura, danza, gimkanas, presentación de poesía y música, entre otras. Todas las acciones son planificadas de modo a atender las demandas de los mayores, y el foco es la promoción de la salud de esta clientela⁽¹²⁾.

En el grupo hay baja tasa de evasión y permanente renovación de las actividades propuestas. El vínculo entre los miembros no está condicionado a oferta de medicamentos, consultas y otros. Actualmente más de 50 personas participan del grupo de promoción de la salud y, a pesar de que esta actividad está destinada a mayores, más de la mitad de los participantes tiene entre 50 y 55 años.

En total 26 mayores integran el referido grupo y todos atienden a los criterios de inclusión (estar orientado auto y alopsíquicamente; ser capaz de comunicarse verbalmente; frecuentar el grupo un mínimo de seis meses) y aceptaron participar de esta investigación. Para ello se agendó día y horario para realización de una entrevista en su domicilio, atendiendo a su confort y a la privacidad necesaria para ese momento.

En esta etapa el entrevistador realizaba la lectura del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) juntamente con el mayor, aclarando todas las dudas y solicitando su firma. Con el objetivo de evitar coacciones a los participantes que, eventualmente, no estuviesen alfabetizados o presentasen cualquier limitación que les impidiese leer y/o escribir, los instrumentos fueron completados por el entrevistador, en presencia del sujeto. La colecta de datos tuvo lugar de junio a octubre de 2012, por medio de un cuestionario sociodemográfico, del WHOQOL-BREF y WHOQOL-OLD.

El WHOQOL-BREF es un instrumento genérico de evaluación de la CV. Posee en total 26 preguntas, siendo que la primera evalúa la percepción del individuo en relación a su CV, en una perspectiva general, y la segunda la satisfacción con la salud. Las 24 cuestiones restantes están distribuidas en los dominios “físico”, “psicológico”, “relaciones sociales” y “medio ambiente”⁽¹⁶⁾.

El WHOQOL-OLD está destinado a evaluar la CV de la persona mayor. Tiene 24 items distribuidos en seis facetas: “funcionamiento de lo sensorial”, “autonomía”, “actividades pasadas, presentes y futuras”, “participación social”, “muerte y morir” e “intimidación”⁽¹⁷⁾.

En los dos instrumentos las respuestas siguen una escala del tipo Likert (puntuación de 1 a 5). En este estudio la escala utilizada para indicar los escores obtenidos en cada dominio/faceta fue de 0 a 100, siendo que cuanto más alta la puntuación obtenida, más positiva es la percepción del mayor en relación a su CV.

Las informaciones registradas en los instrumentos de colecta de datos fueron digitadas en el programa Excel y analizadas en el software *Stata* versão 11.0. Las variables numéricas fueron exploradas por las medidas descriptivas de centralidad (media) y de dispersión (intervalo de confianza y desvío patrón) y las variables categóricas por frecuencias simples absolutas y percentuales. Cada dominio del WHOQOL-BREF y faceta del WHOQOL-OLD fueron representados por media, desvío-patrón e intervalo de confianza.

Esta investigación fue aprobada por el Comitê de Ética en Investigación del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Goiás (protocolo n.º. 036/2011), y atendió a los preceptos éticos del Consejo Nacional de Salud, regidos en la resolución 466/12.

RESULTADOS

La edad media de los mayores es de 71,0 años (DP: 7,2). Se nota que 17 (65,4%) mayores perciben retiro, 20 (76,9%), tienen renta individual de hasta un salario mínimo, 21 (80,8%) contribuyen a los gastos familiares, 16 (61,5%) viven con tres personas o más, siendo que 17 (65,4%) viven con hijos y/o nietos. 25 (96,1%) tienen casa propia.

Hay mayor número de mujeres (22; 84,6%), de personas que no viven solas (22; 84,6%) y que poseen hasta cuatro años de estudio (18; 69,2%) (Tabela 1).

Tabla 1. Distribución (%) de los mayores según características socioeconómicas, demográficas y participación en grupo de promoción de la salud. Unidad de Atención Básica de la Salud de la Familia, Distrito Sanitario Leste. Goiânia, GO, 2012.

Características de los mayores	f(%)
Edad - años, media (DP) ^s	71,0 (7,2)
Sexo (n=116)	
Masculino	4 (15,4)
Femenino	22 (84,6)
Escolaridad (n=115)	
≤4 años	18 (69,2)
>4 años	8 (30,8)
Vive solo (n=116)	
No	22 (84,6)
Si	4 (15,4)
Vive con compañero (n=116)	
No	15 (57,7)
Si	11 (42,3)
Vive con	
Con hijos y/o nietos	11 (42,3)
Con compañero, hijos y/o nietos	6 (23,1)
Solamente compañero	4 (15,4)
Solo	4 (15,4)
Con compañero y otros parientes	1 (3,8)
Otros parientes	0 (0,0)
Personas viviendo en la misma casa (n=116)	
Hasta dos	10 (38,5)
Tres o más	16 (61,5)

Percibe retiro (n=116)	
No	9 (34,6)
Si	17 (65,4)
Renta individual (n=113)	
≤1 Salario mínimo	20 (76,9)
>1 Salario mínimo	6 (23,1)
Contribuye a los gastos familiares (n=116)	
No	5 (19,2)
Si	21 (80,8)
Renta familiar	
≤1 Salario mínimo	7 (33,3)
>1 Salario mínimo	14 (66,7)
Número de personas que contribuyen con la renta	
Una	15 (57,7)
Más de una	11 (42,3)
Tipo de vivienda (n=116)	
Alquilada	1 (3,9)
Propia	25 (96,1)
Total	26 (22,4)

[§]DP= desvío patrón

La mayoría de los mayores evaluó su CV como buena o muy buena (20; 76,9%), pero la casi totalidad de ellos no estaba satisfecho con su salud (24; 92,4%) (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución (%) de los mayores según evaluación de la calidad de vida, satisfacción con la salud y participación en el grupo. Unidad de Atención Básica de Salud de la Familia, Distrito Sanitario Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Cuestiones 1 y 2 del WHOQOL-BREF	G1 f(%)
¿Cómo evalúa usted su CV?	
Muy mal	0 (0,0)
Mal	0 (0,0)
Ni mal ni bien	6 (23,1)
Buena	14 (53,8)
Muy Buena	6 (23,1)
¿Está usted satisfecho con su salud??	
Muy insatisfecho	6 (23,0)
Insatisfecho	12 (46,1)
Ni satisfecho ni insatisfecho	6 (23,1)
Satisfecho	2 (7,8)
Muy satisfecho	0 (0,0)
Total:	26 (100)

En el WHOQOL-BREF, se nota que en el dominio “físico” se obtuvo puntuación de 66,7 (DP= 11,2), en el “psicológico” 67,9 (DP= 11,2), “relaciones sociales” 75,3 (DP= 15,4) y medio “ambiente” 60,2 (DP= 11,2).

En relación al WHOQOL-OLD se percibe que la faceta “habilidades sensoriales” presentó score medio de 70,0 (DP= 18,1), “autonomía” 58,4 (DP= 14,9), “actividades pasadas, presentes y futuras” 69,7 (DP= 11,7), “participación social” 72,4 (DP= 11,2),

“muerte y morir” 56,7 (DP= 19,5) e “intimidad” 67,3 (DP= 20,3). La mayor puntuación se obtuvo en el score total del WHOQOL-OLD, siendo de 87,5 (DP= 7,9) (Tabla 3).

Tabla 3. Medidas de tendencia central y de dispersión de la calidad de vida de los mayores según la participación en el grupo. Unidad de Atención Básica de Salud de la Familia, Distrito Sanitario Leste. Goiânia, GO, 2012 (n=116).

Calidad de Vida	G1	
	Media (DP*)	IC** 95%
WHOQOL-BREF (0-100 puntos)		
Físico	66,7 (11,2)	62,4 – 71,1
Psicológico	67,9 (11,2)	63,6 – 72,3
Relaciones Sociales	75,3 (15,4)	69,3 – 81,3
Medio Ambiente	60,2 (11,2)	55,7 – 64,7
WHOQOL-OLD (0-100 puntos)		
Habilidades sensoriales	70,0 (18,1)	62,5 – 77,5
Autonomía	58,4 (14,9)	52,6 – 64,2
Actividades pasadas, presentes y futuras	69,7 (11,7)	65,0 – 74,4
Participación social	72,4 (11,2)	67,8 – 76,9
Muerte y morir	56,7 (19,5)	48,8 – 64,6
Intimidad	67,3 (20,3)	59,4 – 75,2
Score total	87,5 (7,9)	84,2 – 90,7

*DP: desvío patrón

**IC: intervalo de confianza

DISCUSIÓN

Entre los mayores de esta investigación, así como en prácticamente todos los grupos de edad, hay predominio del sexo femenino⁽⁵⁾. Se percibe que las mujeres se preocupan más por la salud y adopción de hábitos de vida saludables, presentando mayor interés en actividades de promoción y protección de la salud, cuando comparadas con los hombres⁽¹⁸⁾.

Se nota, así, la necesidad de implementar acciones dirigidas al hombre mirando, principalmente, a proteger y promover la salud de estos individuos⁽¹⁹⁾.

En este estudio la mayoría de entrevistados presentó baja escolaridad y condición económica. Situaciones comúnmente asociadas y presentes en la vida de los mayores brasileños⁽⁵⁾.

Interesante puntualizar que la escolaridad favorece la adopción de hábitos de vida que protegen la salud del mayor⁽²⁰⁻²¹⁾, así como la participación en actividades de educación y promoción de la salud, pues permite que el mayor entienda que estas acciones son importantes en el mantenimiento de su salud y CV⁽²⁰⁾. En contrapartida, mayores con peor escolaridad se muestran más sedentarios y con menor ingestión de frutas, verduras o legumbres frescas⁽²²⁾.

Se percibe que individuos capacitados tienen mayor poder de interferir en su propio proceso de salud y enfermedad, ampliando su visión acerca de los factores relacionados con la producción social de una vida saludable⁽²³⁾.

La baja renta, a su vez, favorece el acceso inadecuado a alimentos nutritivos, vivienda, cuidados de salud, participación en actividades de ocio, inclusión social, entre otros. Esta situación repercute negativamente en la CV del mayor⁽²⁴⁾.

También es válido destacar que cambios derivados del proceso de envejecimiento, tales como aparición de dolencias crónico-degenerativas, limitaciones físico-funcionales y/o cognitivas, pueden comprometer mucho la salud del mayor, haciendo que él, muchas veces, se sienta insatisfecha con este aspecto de su vida⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Además de esto, el manejo de complicaciones de la salud, presencia de síntomas, cambios en la rutina diaria, entre otras cuestiones, pueden influir negativamente en la percepción de la CV de las personas⁽²⁶⁾. Por ejemplo, mayores con dolor y malestar, alteraciones en el sueño y en la movilidad, dependencia en relación al uso de medicamentos y realización de tratamientos, presentan peor CV cuando comparados con los mayores que no poseen esas características⁽²¹⁾.

Sin embargo, como se observa en este y en otro estudio⁽²⁷⁾, la insatisfacción con la salud no necesariamente representa insatisfacción con la CV. Incluso mayores con diversas comorbidades pueden manifestar percepciones positivas en relación a la CV. Para muchas personas tener una enfermedad controlada o tomar remedios no las hacen percibirse como enfermas⁽²⁸⁾.

Las puntuaciones alcanzadas por los participantes de este estudio, en el WHOQOL-BREF, presentaron valores más altos que los obtenidos por mayores de otra investigación⁽²¹⁾.

Estudios indican que participar de grupos mejora, de alguna manera, aspectos físicos y psicosociales del mayor, pues estimulan a estas personas a adherirse a hábitos saludables, así como a practicar regularmente ejercicios físicos y a ejercer participación social^(12,18).

Semejante al resultado presentado en este estudio, mayores participantes de un grupo de convivencia obtuvieron puntuación de 83.6 (DP= 5.1) en el score total del WHOQOL-OLD⁽¹⁴⁾. Este resultado sugiere que el proceso de envejecimiento, a pesar de ocasionar decadencia de algunas capacidades cognitivas, puede ser compensado si el mayor se mantuviera participativo en la comunidad en que vive, estableciendo lazos y redes de apoyo y soporte social⁽²⁷⁾.

En este sentido se desprende que son determinantes para la CV del mayor, además de los aspectos biológicos, también las posibilidades de establecer relación interpersonal y de participación social, aspectos indispensables para un envejecimiento activo y saludable⁽²⁷⁾, y que pueden ser alcanzados por medio de la participación en actividades grupales⁽¹²⁾.

CONCLUSIONES

Se concluye que la evaluación de la CV se configura en estrategia que puede ser usada por el profesional de salud que coordina grupos para identificar aspectos de la

vida de los mayores más comprometidos por el proceso de envejecimiento y, de esa manera, posibilita la implementación de intervenciones efectivas a las demandas de esa clientela.

Destacamos el uso de instrumentos genéricos de evaluación de la CV, o sea, no nos limitamos a aspectos específicos, tales como el hecho de tener o no tener salud. Esta situación hizo posible la percepción de aspectos biopsicosociales relacionados con la vida del mayor.

Se sugiere que participar en grupos de promoción de la salud favorece mejoras de diversos aspectos de la CV de los mayores, especialmente los relacionados con la participación social y establecimiento/mantenimiento de relación interpersonal.

De esta manera el grupo es un recurso que debe ser usado por profesionales de la salud para la promoción y protección de la salud del mayor, pues permite romper situaciones de soledad y permite, al mayor, establecer nuevos vínculos de amistad.

Destacamos que las acciones desarrolladas en el grupo de promoción de la salud investigado son realizadas en respuesta a las necesidades de los mayores. Esta situación puede potenciar los beneficios alcanzados con la práctica grupal. En esta perspectiva recomendamos que los profesionales que deseen hacer uso del grupo, como recurso para la asistencia al mayor, se dediquen a cuestiones relacionadas con la planificación, estructura y coordinación del grupo, para que consigan, de hecho, potenciar los beneficios que pueden alcanzarse al usar esta actividad, tales como empoderamiento del mayor en la busca y protección de su autonomía y envejecimiento activo.

Entre las limitaciones del estudio destacar que, por tratarse de una investigación descriptiva, no fue posible establecer una relación de causalidad entre las variables.

REFERENCIAS

1. National Institute on Aging [Internet]. United States, 2011. Biology of aging: research today for a healthier tomorrow [cited 2014 jun 24]. Available from: <http://glennfoundation.org/content/pdf/Biology-of-Aging.pdf>.
2. Horta ALM, Ferreira DCO, Zhao LM. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. Rev Bras Enferm. 2010; 63(4):523-8.
3. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciênc saúde coletiva. 2010; 15(6): 2931-40.
4. National Institute on Aging [Internet]. United States, 2011. Global Health and Aging [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf.
5. IBGE [Internet]. Brasil, 2011. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010 [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000006475711142_011571416899473.pdf.
6. Census Bureau [Internet]. United States, 2013. America's Families and Living Arrangements: 2012 - Population Characteristics [cited 2014 jun 24]. Available from: <http://www.census.gov/prod/2013pubs/p20-570.pdf>.
7. Stivali M. Regulação da saúde suplementar e estrutura etária dos beneficiários. Cien Saude Colet. 2011;16(9):3729-39.

8. Cabral RWL, Santos SR, Menezes KDNB, Albuquerque AV, Medeiros AL. Fatores sociais e melhoria da qualidade de vida dos idosos: revisão sistemática. *Rev Enferm UFPE*. 2013;7(5):1434-42.
9. Hariprasad VR, Sivakumar PT, Koparde V, Varambally S, Thirthalli J, Varghese M, et al. Effects of yoga intervention on sleep and quality-of-life in elderly: A randomized controlled trial. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(Suppl 3):364-8.
10. Sampaio PYS, Ito E. Activities with higher influence on quality of life in older adults in Japan. *Occup Ther Int*. 2012;20(2013):1-10.
11. Brovold T, Skelton DA, Bergland A. Older adults recently discharged from the hospital: effect of aerobic interval exercise on health-related quality of life, physical fitness, and physical activity. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(9):1580-5.
12. Nogueira ALG, Munari DB, Santos LF, Oliveira LMAC, Fortuna CM. Fatores terapêuticos identificados em um grupo de promoção da saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(6):1352-8.
13. Santos LF, Nunes DP. Using group approaches to promote healthy aging. *J Gerontol Geriatr Res*. 2013;2(2):119.
14. Serbim AK, Figueiredo AEPL. Qualidade de Vida de Idosos em um Grupo de Convivência. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2011;21(4):166-72.
15. Milte CM, Walker R, Luszcz MA, Lancsar E, Kaambwa B, Ratcliffe J. How important is health status in defining quality of life for older people? An exploratory study of the views of older south australians. *Appl Health Econ Health Policy*. 2013.
16. World Health Organization [Internet]. Genebra, 1996. WHOQOL BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.
17. World Health Organization [Internet]. Copenhagen, 2006. WHOQOL OLD: manual: World Health Organization. Available from: <http://library.cphs.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLD%20Final%20Manual.pdf>.
18. Benedetti TRB, Mazo GZ, Borges LJ. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Cien Saude Colet*. 2012;17(8):2087-93.
19. Lopez SB, Moreira MCN. Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens e à Saúde do Homem: interlocuções políticas e masculinidade. *Cien Saude Colet*. 2013;18(3):743-52.
20. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idosos. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(1):123-33.
21. Tavares DMS, Martins NPF, Dias FA, Diniz MA. Qualidade de vida de idosos com e sem hipertensão arterial. *Rev Eletr Enf [internet]*. 2011;13(2):211-8.
22. Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2004;13(4):201-8.
23. Araújo LF, Coelho CG, Mendonça ÉT, Vaz AVM, Siqueira-Batistall R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;30(1):80-6.
24. Department of Economic and Social Affairs [Internet]. United Nations, 2012. Population ageing and development: Ten years after Madrid [cited 2014 jun 24]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/popfacts_2012-4.pdf.
25. Imhof L, Naef R, Wallhagen MI, Schwarz J, Mahrer-Imhof R. Effects of an Advanced Practice Nurse In-Home Health Consultation Program for Community-Dwelling Persons Aged 80 and Older. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(12):2223-31.

26. Azevedo ALS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LÁ. Chronic diseases and quality of life in primary health care. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1774-82.
27. Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2013;22(2):370-8.
28. Paskulin LMG, Córdova FP, Costa FM, Vianna LAC. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):101-7

Recibido: 24 de Junio 2014; Aceptado: 20 de Septiembre 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia