

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E VULNERABILIDADE EM IDOSOSMaria Assunta Busato^aLuciara Souza Gallina^bCarla Rosane Paz Arruda Teo^aFátima Ferretti^aMárcia Pozzagnol^c**Resumo**

Este estudo teve o objetivo de conhecer a autopercepção de saúde e o perfil de idosos de um município de pequeno porte no sul do Brasil, com vistas a identificar fatores de risco que indicam vulnerabilidades nessa população. Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo com 60 idosos. Utilizou-se um questionário composto por questões de identificação e a pergunta: “Em comparação com outras pessoas da sua idade, como considera seu próprio estado de saúde?” Também foi aplicada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. Os resultados demonstraram que 76,67% eram do sexo feminino, apenas 23,33% viviam sozinhos, 95% possuíam ensino fundamental incompleto e 85% viviam com a renda proveniente da aposentadoria. A autopercepção de saúde é considerada boa e muito boa por 60%. A prevalência de segurança alimentar e nutricional é de 81,7%. Os resultados permitiram observar que a maior parte dos idosos dispõe de recursos individuais, sociais e programáticos para o enfrentamento da vulnerabilidade. Porém, uma parcela se apresenta mais vulnerável, o que indica a necessidade de intervenções sociais não apenas para aumentar a longevidade, mas para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: Percepção. Vulnerabilidade em saúde. Idoso.

^aPrograma de Pós-graduação em Ciências da Saúde; Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – Chapecó (SC), Brasil.

^bCurso de Nutrição; Núcleo de Iniciação Científica em Segurança Alimentar e Nutricional; Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – Chapecó (SC), Brasil.

^cCurso de Nutrição; Bolsista do Núcleo de Iniciação Científica em Segurança Alimentar e Nutricional; Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ – Chapecó (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciara Souza Gallina – Avenida Senador Atílio Fontana, 591-E – Área de Ciências da Saúde – Efapi – Caixa Postal: 1141 – CEP: 89809-000 – Chapecó (SC), Brasil – E-mail: luciara@unochapeco.edu.br

SELF PERCEPTION OF HEALTH AND VULNERABILITY IN ELDERLY

Abstract

This study aimed to assess the self-perception of health and the profile of elderly people in a small city in the south of Brazil, in order to identify risk factors that indicate vulnerabilities in this population. It was conducted a transverse study with a descriptive character with 60 elderly people. It was used a questionnaire with identification questions and also the following question: "Compared to other people at your age, how do you consider your state of health?" It was also applied the Brazilian Scale of Food Insecurity. The results showed that 76.67% were female, only 23.33% lived alone, 95% had incomplete primary education and 85% lived with the income from retirement. The self-perception of health was considered good and very good by 60%. The prevalence of food and nutritional security was 81.7%. The results allowed to notice that most of the elderly have individual, social and programmatic resources to confront vulnerability. However, a portion appears to be more vulnerable, which indicates the necessity of social intervention not merely to increase the longevity but to improve the quality of life of the elderly.

Keywords: Perception. Health vulnerability. Aged.

AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD Y VULNERABILIDAD DE ANCIANOS

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo conocer la autopercepción de salud y el perfil de ancianos de una pequeña ciudad del sur de Brasil, para identificar los factores de riesgo que indican vulnerabilidades en esa población. Fue realizado un estudio trasversal, de carácter descriptivo, con sesenta ancianos. Se utilizó un cuestionario compuesto por cuestiones de identificación y la pregunta: "En comparación a otras personas de su edad, cómo considera usted su propio estado de salud?" También fue utilizada la Escala Brasileña de Inseguridad Alimentaria. Los resultados muestran que el 76,67% eran del sexo femenino, solamente el 23,33% vivían solos, el 95% poseían estudios hasta el primer grado incompleto y el 85% vivían con ingresos de la jubilación. La autopercepción de salud es considerada buena y muy buena por un 60%. La prevalencia de la seguridad alimentaria y nutricional es del 81,7%. Los resultados permitieron conocer que la mayor parte de los ancianos dispone de recursos individuales, sociales y programáticos para el enfrentamiento de las vulnerabilidades.

Sin embargo, una parte de ellos presentase más vulnerable lo que indica la necesidad de intervenciones sociales no solamente para aumentar la longevidad, sino que también, para mejorar la calidad de vida de los mayores.

Palabras clave: Percepción. Vulnerabilidad en salud. Anciano.

INTRODUÇÃO

O estudo da saúde do idoso exige fazer um diálogo com a questão da autonomia, da independência, da capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos capaz de gerir sua própria vida e de determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (entendido como produção em algum nível) certamente será considerada uma pessoa saudável, independentemente do número de enfermidades crônicas que tenha.¹

Compreender a saúde de idosos é ter um conceito multidimensional sobre o tema.² Depende, além do nível de independência, da situação socioeconômica, da rede social de apoio, da condição de saúde e do acesso e uso de serviços de saúde. Se o conceito de saúde para o idoso é uma associação de múltiplos fatores, que difere entre cada indivíduo, torna-se complexo avaliar se um indivíduo está ou não saudável e talvez um bom caminho para compreender o estado de saúde dessa população seja garantir voz aos sujeitos idosos, ouvir deles como percebem a sua saúde, pois sua percepção pode nos brindar com fatores diversos daqueles que já se conhece.³

Entre os diversos fatores que interferem na saúde do ser humano, em 1986, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) destacou que tanto os fatores políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais e comportamentais quanto os biológicos podem favorecer ou prejudicar a saúde. Esses fatores⁴ não representam a mesma coisa para todas as pessoas. Dependendo da época, do lugar e da classe social, dos valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada indivíduo, o conceito de saúde se modifica. Uma população em plena atividade laboral pode ter percepção de saúde diferente daquela que tem a população idosa.

A percepção da própria saúde é um indicador robusto do estado de saúde dos idosos porque prediz de forma consistente a sobrevivência dessa população.⁵ Como a percepção de saúde se refere a um julgamento subjetivo, ela não pode ser determinada por outra pessoa. De fato, trata-se de um indicador considerado confiável, capaz de expressar aspectos de saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos e vem sendo utilizada em vários estudos.^{6,7}

Nesse sentido, é importante conhecer a autopercepção de saúde da população idosa, pois a partir dessa informação será possível identificar fatores de risco que indicam uma

maior ou menor vulnerabilidade dessa população e fazer o enfrentamento dessas questões, buscando estratégias que possam melhorar a autonomia e independência do idoso.

O envelhecimento implica em um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em virtude das várias mudanças que ocorrem nesse período da vida, as quais, se associadas a condições deficitárias de educação, renda e saúde, ao longo da vida, em maior ou menor grau, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade.⁸ A própria condição social, mesmo em termos de classes, age de diferentes maneiras na forma como pessoas e grupos específicos irão enfrentar o risco. Esses elementos que promovem a absorção do impacto do risco/perigo podem ser entendidos em termos de *capacidade de resposta*, que é um dos principais elementos componentes da vulnerabilidade.

Diante desse contexto apresentado e considerando que a maneira como o idoso percebe a própria saúde se apresenta como um recurso protetor que facilita o enfrentamento das vulnerabilidades,⁸ este estudo teve como objetivo conhecer a autopercepção de saúde e o perfil de idosos de um município de pequeno porte no sul do Brasil, com vistas a identificar fatores de risco que indicam vulnerabilidades nessa população.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal de caráter descritivo do qual participaram 60 idosos de um município de pequeno porte (4.381 habitantes, 755 idosos) do sul do Brasil.⁹ A população que participou do estudo é a que procurou algum tipo de atendimento na Unidade Básica de Saúde do município nos dias de coleta de dados (dois dias aleatórios, um em cada semana, em duas semanas consecutivas, durante o mês de setembro de 2012).

Ao procurarem a Unidade Básica de Saúde, os idosos eram abordados pelas pesquisadoras, que esclareciam os objetivos e procedimentos da pesquisa, convidando-os a participar. Os que aceitaram, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compuseram a população deste estudo. Os procedimentos empregados neste estudo, tanto os de abordagem dos sujeitos quanto os de coleta de dados, foram previamente autorizados pela prefeitura do município, à qual também foi feita a devolutiva dos seus resultados, sob a forma de relatório de pesquisa.

Para conhecer o perfil do grupo de idosos, foi aplicado um questionário composto por questões de identificação (sexo, idade, estado civil, número de membros na família, renda). Para avaliação da autopercepção de saúde, a cada sujeito de pesquisa foi feita a seguinte pergunta: *Em comparação com outras pessoas da sua idade, como considera*

seu próprio estado de saúde? Também foi aplicada a versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).¹⁰

O projeto que originou este estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 080/10), tendo sido atendidos e respeitados rigorosamente todos os princípios e diretrizes éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Os 60 idosos, sujeitos deste estudo, são residentes de um município de pequeno porte da região sul. Segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento,¹¹ o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) desse município é de 0,703; a sua população urbana é menor do que a rural (52,29%) e a população idosa constitui 17,23% dos habitantes. As condições socioeconômicas, bem como as demográficas da população estudada, estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico de 60 idosos de município de pequeno porte do sul do Brasil, participantes deste estudo

Variáveis	n	%
Situação conjugal		
Casado	39	65,0
Viúvo	19	31,66
Separado/divorciado	2	3,33
Composição familiar		
Mora sozinho	14	23,33
Mora com até 2 pessoas	33	55,0
Mora com 3 a 5 pessoas	13	21,67
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	3,33
Ensino fundamental incompleto	57	95,0
Ensino médio incompleto	1	1,67
Renda mensal		
Até 1 salário mínimo	19	31,67
1 a 2 salários mínimos	4	6,67
2 a 3 salários mínimos	1	1,67
Fonte de renda		
Aposentadoria	51	85,0
Agricultura	1	1,67
Aposentadoria + agricultura + arrendamento de terra	6	10,0
Emprego fixo + aposentadoria ou ajuda de familiares	2	3,33

O perfil dos idosos pesquisados mostra uma heterogeneidade quanto a sua autopercepção de saúde, prevalecendo um padrão positivo: 11,67% (n=7) a consideraram muito boa e 48,33% (n=29) boa. No entanto, a avaliação indicada como regular e ruim chega a quase metade da população entrevistada (30%; n=18 e 10%; n=6, respectivamente).

Outro achado deste estudo foi a prevalência de segurança alimentar e nutricional (SAN) entre os idosos, de 81,7% (n=49); porém, 18,3% (n=11) estavam em condição de insegurança alimentar e nutricional (IAN) sem fome, conforme escore da versão curta da EBIA.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. As alterações na dinâmica populacional são claras e irreversíveis.⁹ Com o aumento no ritmo de envelhecimento da população brasileira, é fundamental conhecer as condições de saúde e a autopercepção de saúde dessa população, bem como planejar e desenvolver ações que possam contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos idosos brasileiros.

Considerando que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica,¹² a autopercepção de saúde pode indicar aspectos de saúde física, cognitiva e emocional. A percepção de saúde tem sido apontada como um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente.¹³

Estudos de percepção da saúde, em especial com idosos, constituem importante indicador de condição de saúde e fornecem elementos para a predição de eventos adversos, incluindo a mortalidade.¹⁴ No entanto, os autores ressaltam que essa informação deve ser interpretada com cautela porque a percepção de saúde se refere a um julgamento subjetivo que não pode ser determinado por outra pessoa.

O perfil dos idosos pesquisados mostra uma heterogeneidade quanto a sua percepção sobre a própria saúde, prevalecendo um padrão positivo (60%), que talvez possa ser explicado pelo fato da grande maioria não viver sozinha (76,67%), muitos deles ainda vivendo com o cônjuge (65%), pela motivação de participarem de grupos de convivência e por viverem em uma cidade pequena, em que todos se conhecem e se ajudam mutuamente,

tendo uma rede de suporte social. Esse conjunto de recursos individuais e sociais¹⁵ contribui, certamente, para o fortalecimento dos sujeitos no enfrentamento das adversidades próprias do viver nessa fase do curso da vida, encorpando sua capacidade de resposta¹⁶ ao ambiente e reduzindo sua vulnerabilidade.

Recente estudo¹⁷ aponta que ser velho em um município de pequeno porte ou em ambiente rural apresenta determinadas especificidades, como o sentimento de pertencer ao local, das mudanças ocorrerem em ritmo mais lento, de manter por um período mais longo alguma atividade laboral e os costumes tradicionais. A família e, em alguns casos, a comunidade são a rede de apoio que presta o cuidado. Essa organização dos núcleos familiares, em que os filhos costumam residir próximos dos pais, é fundamental para o idoso, e a família constitui o grande suporte social desse sujeito, que somente deixará de participar das atividades cotidianas quando apresentar restrições físicas acentuadas.

Além disso, os idosos avaliados foram abordados quando buscavam atendimento na Unidade Básica de Saúde local, o que pode significar que constituem um grupo menos vulnerável em função do acesso a serviços de saúde. Nesse sentido, a disponibilidade de serviços em quantidade suficiente para dar conta dos determinantes sociais da saúde e a acessibilidade dos serviços, tanto em seu aspecto físico quanto de acolhimento, são elementos fundamentais para a redução da vulnerabilidade dos sujeitos, em sua dimensão programática.¹⁵

O contingente de 40% de idosos que percebem sua saúde como ruim ou regular neste estudo não deve ser negligenciado, podendo esse achado estar relacionado à renda insuficiente, já que um terço dos participantes referiu receber menos do que um salário mínimo mensal, o que dificulta o atendimento às necessidades básicas de lazer, de saúde e de alimentação. Inclusive, a aposentadoria foi a principal fonte de renda apontada pelos entrevistados, o que demonstra a importância desse benefício, por um lado, mas indica a potencial escassez de recursos para o atendimento integral das necessidades básicas do idoso.

A prevalência de baixo índice de escolaridade (95% tem ensino fundamental incompleto) pode contribuir para uma maior vulnerabilidade desse grupo e para uma autopercepção negativa de saúde, pela limitação das possibilidades do idoso para lidar com as peculiaridades dessa etapa da vida. O baixo índice de escolaridade da maior parte dos pesquisados provavelmente se explica pela dificuldade de acesso ao sistema formal de educação, quando esses estavam em idade escolar. Esse perfil demanda, dos órgãos governamentais e não governamentais, incentivo e apoio aos idosos que desejam retomar os estudos ou mesmo iniciá-los.¹⁸

O cenário encontrado nesta pesquisa relativo à formação escolar dos idosos, em um município de pequeno porte, também foi identificado em um estudo¹⁹ no Rio Grande

do Sul, que evidenciou uma realidade na qual predominava a pobreza e os baixos níveis educacionais, associados a problemas crônicos de saúde.

O resultado aqui demonstrado aponta que apenas 23,33% (n=14) dos pesquisados relataram viver sozinhos, reforçando que o suporte informal promovido pela família parece ser potencialmente importante como base de apoio e proteção para esses idosos.²⁰ Na mesma direção, ficou evidenciado que a presença da família no cotidiano da vida do idoso configura um fator de proteção para sua saúde, sendo essencial para que o sujeito se perceba saudável.³

A maioria dos idosos que participaram deste estudo eram mulheres (76,7%; n=46) constatando-se a maior procura delas pelos serviços de saúde, bem como a feminilização do envelhecimento. Segundo o Censo Demográfico de 2010, há no Brasil uma relação de 96,0 homens para cada 100 mulheres. Esses dados só reforçaram a tendência histórica de predominância feminina na população brasileira, já que em 2000 o indicador era de 96,9 homens para cada 100 mulheres.⁹

Essa representação feminina resulta da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem oito anos a mais do que os homens, e explica a predominância de mulheres na população idosa brasileira.⁹

Prosseguindo a análise de fatores relacionados à vulnerabilidade dos sujeitos deste estudo, destaca-se a alta prevalência de segurança alimentar e nutricional observada (81,7%). Esse achado evidencia que, a despeito da baixa escolaridade e renda, determinantes bem estabelecidos de insegurança alimentar,¹⁰ os idosos encontraram recursos (individuais, sociais, programáticos) suficientes para o enfrentamento das adversidades do meio, superando, em alguma medida e de alguma forma, sua vulnerabilidade. Propõe-se, nesse contexto, que outras características do ambiente, próprias de um pequeno município do interior, estejam envolvidas na proteção do grupo avaliado. Assim, o fato de plantarem alguns alimentos para o próprio consumo e de fazerem parte de uma rede coesa de apoio social pode atuar na redução da vulnerabilidade dos idosos à insegurança alimentar e nutricional.

Considera-se, ainda, o contingente de sujeitos em insegurança alimentar e nutricional sem fome (18,3%), condição que pode estar relacionada, segundo o instrumento de avaliação utilizado nesta pesquisa, à preocupação com a possibilidade de restrição alimentar²¹ e ou à perda da qualidade nutricional da alimentação devido à diminuição da diversidade da dieta habitual.¹⁰ Essa condição, classificada como um gradiente leve de insegurança alimentar, se agrava à medida que é exacerbada a precariedade das condições socioeconômicas, das alterações fisiológicas inerentes à idade e da incapacidade de realizar de forma independente as atividades cotidianas ligadas à alimentação.²²

Especificamente no tocante à renda, é importante pontuar que idosos, com frequência, são portadores de doenças crônicas²³ e dessa forma destinam, muitas vezes, parte importante de seu orçamento aos cuidados implicados com essa condição, o que pode comprometer a aquisição de alimentos e, conseqüentemente, vulnerabilizar esse grupo à insegurança alimentar e nutricional.

Os achados desta pesquisa indicam que a maior parte dos idosos avaliados dispõe de recursos individuais, sociais e programáticos que são mobilizados e lhes permite enfrentar a vulnerabilidade decorrente de eventos adversos do ambiente. Contudo, um contingente relevante se encontra mais vulnerável e expressa essa condição pela insatisfação com a própria saúde, entre outros aspectos. Assim, conhecer os porquês que levaram, nesta pesquisa, 40% dos sujeitos a não se considerarem saudáveis é fundamental para se pensar estratégias de enfrentamento dessas vulnerabilidades, ou seja, importa conhecer os significados implícitos que os números não apresentam, de forma a garantir voz aos idosos para que, mediante uma escuta atenta, se possa compreender como os idosos percebem sua saúde e quais fatores lhes são essenciais para se sentirem saudáveis, a fim de reunir elementos para o planejamento de serviços, ações, diretrizes e políticas para o bem viver dos idosos.³

Para minimizar as situações de vulnerabilidades é fundamental oferecer condições estruturais para que as respostas sociais às situações de vulnerabilidade ocorram, envolvendo os profissionais, a sensibilização do poder público, organizações e movimentos sociais, cuidados comunitários de longa duração, empresas e professores que atuam na capacitação e na formação. São necessários esforços coletivos que possam minimizar as situações de vulnerabilidade da população idosa brasileira, favorecendo, assim, o alcance do envelhecimento saudável.²⁴

Dessa forma, conhecer a vulnerabilidade desse grupo populacional possibilita a mobilização desses diversos atores, órgãos governamentais e sociedade em geral para a efetivação de ações intersetoriais, com vistas à promoção, prevenção e reabilitação da saúde de forma integral e resolutiva. A realização de intervenções que estimulem o envolvimento e apoio social é importante não apenas para aumentar a longevidade, mas também para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com financiamento do Art. 170 da Constituição do Estado de Santa Catarina, da Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Chamada Pública 003/2010 – (Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde – PPSUS).

REFERÊNCIAS

1. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-98.
2. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchô E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):893-902.
3. Ferretti F, Nierotka RP, Silva MR. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface – Comunic Saúde, Educ*. 2011;15(37):565-72.
4. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1): 29-41.
5. Korten AE, Jorm AF, Jiao Z, Letenneur L, Jacomb PA, Henderson AS, et al. Health, cognitive and psychosocial factors as predictors of mortality in an elderly community sample. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(2):83-8.
6. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Extraído de [<http://www.saude.gov.br/svs>], acesso em [29 julho de 2013].
8. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2129-39.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: revisão 2010*. Série Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 317 p.
10. Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):41-9.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas de Desenvolvimento Humano*. 2003. Extraído de [http://www.pnud.org.br/IDH/Atlas2003.aspx?indiceAccordion=1&li=li_Atlas], acesso em [31 de julho de 2013].
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde;

2006. Extraído de [<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>], acesso em [28 novembro de 2012].

13. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.* 1983;117(3):292-304.
14. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):827-34.
15. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. 1ª ed. Curitiba: Juruá; 2012.
16. Marandola Júnior E, Hogan DJ. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo Perspec.* 2006;20(1):33-43.
17. Pignatti MG, Barsaglini RA, Senna GD. Envelhecimento e rede de apoio social em território rural do Pantanal matogrossense. *Physis.* 2011;21(4):1469-91.
18. Yokoyama CE, Carvalho RS, Vizzotto MM. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *Psicól Inf.* 2006;10(10):57-82.
19. Moraes EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto - Enferm.* 2008;17(2):374-83.
20. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública.* 1997;31(2):184-200.
21. Takagi MA. Implantação da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: seus limites e desafios [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.
22. Campos MTF, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr.* 2000;13(3):157-65.
23. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):548-54.
24. Silva HS, Lima AMM, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface (Botucatu).* 2010;14(35):867-77.

Recebido em 17.09.2013 e aprovado em 12.11.2014.