

COMPORTAMENTO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE IDOSOS USUÁRIOS DO SUS

Tamara Maciel Moreira¹, Omar de Azevedo Ferreira², Suely Maria
Rodrigues³

Os avanços nos serviços e áreas de saúde possibilitam que cada vez mais os idosos ocupem seu lugar na sociedade. A qualidade de vida de pessoas com idade avançada está diretamente ligada à adoção de comportamentos em saúde e de um estilo de vida equilibrado. Direcionando o olhar para esta temática, o presente trabalho teve como objetivo identificar a percepção de idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre tipos de comportamentos considerados necessários para obtenção de saúde. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa. A amostra foi constituída por 10 indivíduos, com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, funcionalmente independentes, não institucionalizados e usuários do Sistema Único de Saúde. Para coleta de dados utilizou-se uma entrevista semiestruturada que abordou a seguinte temática: Comportamentos em Saúde. As entrevistas foram registradas eletronicamente com o auxílio de um gravador portátil e as informações obtidas a partir das gravações foram transcritas. Esses dados foram submetidos à Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Os resultados identificaram na temática Comportamentos em Saúde, conforme as categorias: (1) alimentação, (2) atividade física, (3) sono e (4) auxílio médico. Essas categorias estão relacionadas com o entendimento que os idosos têm a respeito do comportamento enquanto uma prática de promoção da saúde. Pode-se concluir que embora alguns idosos tenham uma percepção de saúde voltada para o modelo biomédico, ou seja, como ausência de doença, compreendem como práticas para se ter saúde atividades que estão associadas ao bem-estar, qualidade de vida e sobretudo, práticas preventivas.

Palavras-chave: Comportamento. Idosos. Percepção.

Advances in health services make it possible for older people to take their place in society. However, to live with quality, it becomes necessary to adopt a healthy lifestyle. The objective of the study was to identify the perception of the Unified Health System elderly user's about the types of behaviors considered necessary to obtain good health. It is a cross-sectional, descriptive, qualitative approach. The sample consisted of 10 individuals, 60 years old or older, of both sexes, functionally independent, non-institutionalized and users of the Unified Health System (SUS). A semi-structured interview that addressed the theme Health Behaviors was used to collect data, and a recorder was used to interview the volunteers. The Bardin Content Analysis was used to condensed data. Categories identified and related to the theme of Behaviors were: (1) eating habits, (2) physical activity, (3) sleep and (4) medical assistance. These categories are related to older people's understanding of behavior as a health promotion practice. Although some older people have a health perception focused on the biomedical model, such as the illness absence, they understand that activities associated with well-being, quality of life and, above all, preventive measures are necessary to live a healthy life.

Keywords: Behavior. Seniors. Perception.

¹ Psicóloga pela Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE. Email: tamaramoreira182@gmail.com.

² Professor do Curso de Psicologia da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE. Email: omar.ferreira@univale.br.

³ Professora do Curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce - UNIVALE. Email: suely.rodrigues@univale.br.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecer faz parte de um processo único e natural caracterizado como uma etapa na vida do homem. Este processo ocorre por modificações físicas, psicológicas e sociais que se configuram de forma particular em cada indivíduo. Com os avanços na área da saúde e de outros conhecimentos acerca do desenvolvimento humano, os idosos estão ocupando um espaço cada vez maior na sociedade brasileira (IBGE, 2010). Nesse contexto, envelhecimento não é sinônimo de doença.

Contudo, o fato de ter saúde nessa fase da vida não significa, necessariamente, estar sem doença. Saúde no idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde, significa independência física, psicológica, social e espiritual (WHO, 2015).

A obtenção de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral (ALVES; RODRIGUES, 2005).

O processo de envelhecimento populacional na atualidade é uma realidade que abrange vários países, e decorre da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade além do aumento da expectativa de vida (WHO, 2011).

Pode ser considerado um fenômeno mundial do século XX, sendo este, resultado de uma transição demográfica que ocorre em escala global. As transformações populacionais provocaram uma profunda alteração no perfil de morbidade e causa de mortes desta população, em termos técnicos chamada de transição epidemiológica. Tem-se a substituição das doenças infecciosas, motivo de grande parte dos óbitos, pelas doenças não transmissíveis crônicas que são recorrentes em larga escala na população idosa.

As doenças crônicas que com frequência acompanham as idades avançadas são um sério e dispendioso problema para o sistema de saúde que irá crescer junto com esta população (TAUBER, 2000).

Dessa maneira, é necessário que o profissional de saúde esteja capacitado para enfrentar as possíveis adversidades dessa nova demanda que incide na população idosa. Por essa mudança demográfica se dar de maneira rápida,

são necessários vários ajustes e implementações no serviço de saúde para que a qualidade de vida desta faixa etária seja preservada. Sendo assim, buscam-se formas de aperfeiçoar a aplicação de recursos para tornar o sistema de saúde mais eficiente (VIACAVA et al., 2004; DONABEDIAN, 2005).

A Psicologia da Saúde é considerada uma área do conhecimento que tem seus objetivos centralizados na promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e de disfunções (MATARAZZO, 1980).

Essa especialidade apresenta natureza educacional, multiprofissional e interdisciplinar, direcionada à identificação de etiologias e diagnósticos relacionados à saúde, doenças e disfunções, bem como à análise do aprimoramento e regulamentação do sistema de atenção à saúde e da formação de políticas públicas.

Tais intervenções devem gerar conhecimentos que solucionem problemas do sistema de saúde, incluindo tanto a relação entre comportamento e saúde, quanto o aprimoramento de recursos humanos e de instituições de saúde (COSTA, 1997).

O psicólogo da saúde deve ser entendido como o profissional que trabalha para sanar dificuldades relacionadas ao *continuum* saúde/doença, independentemente do espaço no qual esteja inserido (MIYAZAKI & AMARAL, 1995), tendo como funções primordiais auxiliar na compreensão das relações existentes entre comportamento e saúde (COSTA, 1997) e estimular o estabelecimento de relações cooperativas entre o paciente, a família e a equipe de saúde (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Este faro torna estudos como este relevante enquanto material de sustento na promoção de políticas públicas mais eficientes e satisfatórias para com essa grande parcela da população.

Estando a manutenção da saúde do indivíduo intrinsecamente ligada à promoção da sua qualidade de vida, torna-se evidente a necessidade de se estudar os fatores subjetivos que constituem o processo de tornar-se saudável. Ser saudável já não é mais sinônimo de não ser portador de alguma doença; sentir-se ou perceber-se saudável é tão importante quanto o diagnóstico realizado por um profissional da saúde. Nesta

perspectiva, o sujeito deixa o lugar da passividade para assumir um papel ativo e colaborativo na condução do seu bem-estar integral (MORAES, 2018).

Segundo Morin (2001), as sociedades só existem e as culturas só se formam, conservam, desenvolvem e transmitem através da interação entre os indivíduos, e são organizadas e organizadoras por meio do veículo cognitivo da linguagem. Desta forma, a percepção que temos sobre determinado tema está diretamente ligada à nossa construção social e cultural. Não poderia ser diferentemente ao se tentar determinar a percepção dos idosos sobre práticas que eles consideram necessárias para ter-se saúde.

A autopercepção da saúde é uma avaliação subjetiva, que apresenta resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde e tem sido amplamente utilizada em pesquisas com populações idosas. A autopercepção das práticas em saúde é feita em resposta à questão "Quais práticas o senhor (a) considera como necessárias para se ter saúde?" (SANTOS et al., 2007).

Através da verbalização, a informação pode ser facilmente obtida pelo idoso, além de ser caracterizada como um dado muito importante, pois contém a opinião e a forma como percebe sua própria saúde e, sobretudo mostra o que o sujeito está disposto a praticar pelo seu próprio bem-estar e qualidade de vida.

A percepção do idoso sobre sua saúde e o cuidado que recebe dos serviços de saúde disponíveis podem colaborar na preservação da autonomia e competência de suportar as dificuldades decorrentes do processo de envelhecimento (IBGE, 2010).

Um dos desafios do idoso é redescobrir possibilidades de viver com a maior qualidade possível. Os maiores temores dessa fase são: a dependência, a inutilidade, a perda da capacidade funcional e a dificuldade de realizar as atividades da vida diária (BRASIL, 2006).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo é identificar a percepção de idosos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre tipos de comportamentos considerados necessários para obtenção de saúde.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa. Os pesquisadores que utilizam o referencial qualitativo se preocupam com o processo e não apenas com o resultado, tendo em vista que é muito importante compreender o comportamento humano a partir da forma como os indivíduos entendem seus sentimentos, pensamentos e ações (CAMARGO; BOSI, 2011).

O universo do estudo onde a pesquisa foi realizada, Governador Valadares, possui 261.261 habitantes (DATASUS, 2007), sendo 21.428 idosos. O município mineiro é dividido em 19 regiões, abrangendo toda a zona urbana. Somente em 02 regiões não há UBS, então os indivíduos residentes nestes locais são encaminhados para uma unidade de saúde mais próxima. O número total de idosos cadastrados nas ESF é de 13.659 idosos.

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa maior que foi realizada com idosos usuários da rede pública de saúde e teve por objetivo verificar a efetividade das ações da Atenção Primária à Saúde sob o ponto de vista da população idosa. Participaram 163 indivíduos idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuários do SUS, residentes na zona urbana do município. Para este estudo sobre comportamentos, foram sorteados aleatoriamente 10 indivíduos idosos, de ambos os sexos, não institucionalizados, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram incluídos indivíduos fisicamente independentes e com função cognitiva preservada para responder a entrevista semiestruturada.

Para a efetivação da coleta de dados, foi realizada, inicialmente uma reunião com a Secretaria Municipal de Saúde, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade foi solicitada uma autorização para a realização da pesquisa nas Estratégias de Saúde.

Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe das ESF's sorteadas para a apresentação do estudo, explicando os objetivos da pesquisa. Inicialmente o pesquisador reuniu-se com o responsável pela Unidade, detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no

desenvolvimento do estudo. Nessa reunião foi proposta uma agenda para a realização da coleta de dados. As datas e horários foram definidos de acordo com a conveniência dos idosos e dos profissionais, levando em consideração que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento dos procedimentos programados pela equipe de saúde. Na busca de ambiente com clima adequado para a realização da coleta procurou-se um local que permitisse, sobretudo, a inferência de terceiros.

As entrevistas foram registradas eletronicamente com o auxílio de um minigravador eletrônico e as informações obtidas a partir das gravações foram transcritas imediatamente pelo pesquisador, em seu conteúdo integral.

Os dados foram submetidos à Análise de Conteúdo conforme proposto por Bardin (2009), por meio de um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas, de caráter exploratório que visam descrever o conteúdo contido nas falas dos sujeitos.

Após leitura exaustiva do material transcrito, estas informações, foram agrupadas em categorias e foram analisadas, dentro de cada tema proposto. Num primeiro momento, a análise foi realizada de forma independente, pelos pesquisadores. Em seguida, os pesquisadores se encontraram com a finalidade de discutir os pontos de concordância e divergência em suas observações. Com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados, as falas estão identificadas por E (entrevistado) e o número correspondente da entrevista.

Na data estabelecida, o pesquisador realizou uma reunião com os idosos presentes para o atendimento na ESF, explicando os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Nesta ocasião, reforçou que a pesquisa possui caráter voluntário e que todos os participantes necessitam assinar o Termo de Consentimento Livre.

Portanto, a coleta de dados foi realizada em julho de 2016, diariamente, de segunda a sexta feira no período da manhã em uma sala disponibilizada pela equipe de saúde e que atendia as condições necessárias para a entrevista.

Foram consideradas as normas éticas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde do Brasil, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce de acordo com o Parecer 532.075.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta perspectiva, os dados qualitativos deste estudo surgiram a partir dos relatos obtidos com a entrevista semiestruturada realizada com os idosos usuários das ESF. Levou-se em consideração o entendimento da temática Comportamentos em saúde e a categorização foi realizada de acordo com a análise do conteúdo de Bardin. A possibilidade da resposta livre, por meio da fala, fez com que os significados dos participantes trouxessem à tona a percepção e compreensão do tema saúde, bem como as práticas para obtê-la. Após análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada tema, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Temática e Categoria do estudo

TEMÁTICA	CATEGORIA
Comportamentos em saúde	• Alimentação
	• Atividade Física
	• Sono
	• Auxílio médico/acompanhamento

3.1 Tema: Comportamentos em Saúde

Esta temática aborda os significados e sentidos atribuídos às práticas de saúde. Foi possível identificar os comportamentos e as relações que estas diversas concepções possuem com outros aspectos da saúde e qualidade de vida do idoso.

Segundo Elsen (2002), além das relações familiares e de seu processo de viver único, um mundo de valores, saberes e símbolos fazem parte da construção de cada sujeito. A dinâmica relacional desses conceitos está presente em toda nossa estrutura e ordem social, interferindo na visão que possuímos sobre o nosso corpo, saúde, beleza e podendo chegar até a questões de ordem ideológica.

Neste sentido, a temática comportamento deve ser relacionada com esses elementos que influenciam na nossa forma direta de interpretar, compreender e interagir com o mundo que nos

cerca. O sistema de crenças e valores e até mesmo o desenvolvimento da nossa personalidade estão intimamente ligados com a relação que desenvolvemos com o mundo e com os outros.

Para Lacan (1963), uma noção corrente na teoria psicanalítica é a ideia de que o desejo seria uma espécie de impulso cujo ponto de partida seria o indivíduo, algo que, nascido no interior, se projetaria em direção aos objetos externos.

Desta forma, os diversos tipos e formas de funcionamento da nossa sociedade estão inter-relacionados com as variáveis culturais, ambientais, econômicas, religiosas e políticas próprias do nosso sistema cultural. O relacionamento do sujeito com seu corpo e as práticas que fazem parte do seu repertório comportamental serão influenciadas pelas vivências absorvidas de seu mundo interno e externo, revelando assim uma concepção própria e um modo singular de se relacionar com o mundo e seus componentes.

3.1.1 Categoria 1: Alimentação

Essa categoria está relacionada com o entendimento que os idosos têm a respeito do significado da alimentação, enquanto uma prática de promoção da saúde. Várias evidências científicas apontam que uma alimentação saudável previne mortes prematuras causadas por doenças cardíacas e câncer, além disso, a alimentação balanceada se constitui em uma das estratégias da saúde pública no Brasil para melhorar os perfis epidemiológicos e nutricionais atuais (BRASIL, 2008).

Nutrir, comer e oferecer comida são práticas sociais, sobretudo de sobrevivência. Através de uma dieta adequada em quantidade e qualidade, o organismo adquire vigor e nutrientes necessários para o bom desempenho das suas funções e para a manutenção de um bom estado de saúde. Entretanto, apesar de o envelhecimento ser um processo natural, o organismo é submetido a diversas alterações corporais e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição do idoso.

Muitas dessas mudanças são progressivas, ocasionando efetivas reduções na capacidade funcional, desde a sensibilidade para os gostos primários até os processos metabólicos do

organismo (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS 2000).

Nesse sentido, várias pesquisas (BROWN et al., 1977; O'HANLON & KOHRS, 1978; STIEDEMANN et al., 1978; VIR & LOVE, 1979; ARHONTAKI, 1990) têm demonstrado deficiência de energia, vitaminas e minerais em pessoas acima de 65 anos que residem em asilos ou domicílios. Fato este, que pode ser atribuído aos aspectos socioeconômicos e às doenças crônicas, bem como alterações no modo de vida e nos hábitos alimentares. Esses resultados são decorrentes das condições peculiares em que os idosos se encontram, seja no ambiente familiar, vivendo sozinho, ou em residência de Terceira Idade, agravadas pelas condições socioeconômicas, pelas alterações fisiológicas inerentes à idade e pela progressiva incapacidade para realizar sozinho as suas atividades cotidianas (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS 2000).

Pondera-se, entretanto que o fato de os idosos terem apontado a alimentação como um comportamento elementar e essencial para a manutenção da saúde, este, não implica necessariamente na ação. O idoso possui a informação e a percepção, mas é comum que a prática não seja implementada no cotidiano e a ação fique no plano das ideias. Os estudos de Monteiro et al. (2001) corroboram a presente pesquisa e trazem dados relevantes sobre a dieta da população brasileira que independentemente da faixa etária, é rica em gorduras saturadas e pobre em alimentos ricos em fibras. Esse panorama nutricional, aliado ao sedentarismo e ao perfil genético, é um dos principais fatores etiológicos das doenças crônicas não transmissíveis, como a obesidade, *diabete mellitus 2* e a hipertensão. Acerca desta temática, um dos idosos entrevistados afirma o seguinte:

- “É, pra se ter saúde tem que ter uma alimentação, né? Como é que a pessoa vive sem se alimentar bem? Não tem como. Não tem como. Quem não se alimenta bem fica fraco né? E aí não tem saúde. Saúde pra mim é uma coisa muito boa. A gente tendo saúde a gente tem tudo, a gente tem disposição pra andar, tem disposição pra trabalhar né?” (E3)

O autocuidado compreende todas as ações e decisões que um indivíduo pratica para prevenir, diagnosticar e tratar um adoecimento. Conceito

este que pode ser percebido na fala desse participante, que compreende a alimentação como um comportamento imprescindível para promoção da qualidade de vida. Neste sentido, o autocuidado e a educação nutricional são muito discutidos como ferramentas que dão autonomia ao educando, para que ele possa assumir, com plena consciência, a responsabilidade pelos seus atos relacionados à alimentação e estar em consonância com a estratégia educativa do autocuidado (BOOG, 1999).

Todas as atividades individuais propostas a manter e melhorar a saúde e ainda as decisões de utilizar tanto os sistemas de apoio formal quanto os informais, estão intimamente ligadas à educação para a saúde. O indivíduo, comprometido com esse processo, prepara-se e capacita-se, deliberadamente, para atuar sobre os fatores que afetam seu funcionamento e desenvolvimento (CERVATO et al. 2005; DA SILVA SABIÃO et al. 2016). A adoção do autocuidado como estilo de vida e estratégia educativa não é favorável apenas para os hábitos alimentares, mas incorpora também a promoção da saúde, alteração do estilo de vida prejudicial à saúde, diminuição dos fatores de risco e prevenção específica de doenças para a manutenção e recuperação da saúde e, por fim, para a reabilitação.

Além da boa alimentação, a abstenção de fumo e bebidas alcoólicas também foi mencionada pelos entrevistados como um comportamento em saúde aliado à boa nutrição:

- *“A gente deve evitar muita coisa né? Cigarro, bebida, tudo pode ser evitado né? Na alimentação também, tem coisa que você tem que tomar cuidado né?” (E9)*
- *“Primeiro lugar você não pode fumar e nem beber bebida de álcool né? Isso acaba com a saúde da pessoa.” (E6)*

De acordo com a fala do participante, foi possível observar que na concepção desses idosos o cuidado com o corpo físico parece ser importante. O tabagismo desfavorece a longevidade, sendo fator de risco para inúmeras doenças, principalmente câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias. Os efeitos benéficos da suspensão do fumo são evidentes, em todas as faixas etárias, até mesmo nos idosos, principalmente em termos de qualidade e expectativa de vida.

Um estudo realizado por Fries (2003) concorda com pesquisas na área de saúde do idoso,

de modo a evidenciar os benefícios perceptíveis na saúde de pessoas, que por um longo prazo não fumavam, que bebiam moderadamente e seguiam uma dieta alimentar equilibrada com prática de exercícios. Por outro lado, as pessoas que não tinham estes hábitos e não seguiam uma dieta alimentar equilibrada com prática de exercício, mostraram-se com a capacidade física reduzida. Esses resultados indicaram que para o primeiro grupo, a incapacidade era adiada por mais de sete anos. Isso significa que manter hábitos saudáveis propicia uma maior qualidade de vida e também o adiamento da decrepitude.

Ficou perceptível também que o uso de substâncias psicoativas, segundo a compreensão dos idosos entrevistados, é uma prática que coloca a saúde e a qualidade de vida em risco, conforme é citado na fala abaixo:

- *“Eu acho assim, uma boa alimentação, uma prevenção assim, saber cuidar dos seus remédios, um bom sono(...) É igual eu te falei, uma prevenção boa, ter uma alimentação saudável, cuida dos seus remédio direitinho e fugir do mundo errado de droga, de bagunça, sabe?! Cê saindo dessa aí cê tá tranquilo. Ô fumar, por exemplo, a pessoa que fuma, bebe, usa droga, o quê que ele quer? Morte! Então a pessoa saindo disso aí, tá bão” (E4).*

3.1.2 Categoria 2: Atividade Física

Esta categoria indica que na compreensão dos idosos a atividade física é uma prática de saúde que além de evitar doenças advindas da idade, auxiliam na qualidade de vida, mesmo que o indivíduo já possua alguma enfermidade crônico-degenerativa. Na concepção desses idosos, o cuidado com o corpo físico parece ser importante, então os participantes da pesquisa demonstram manter certa regularidade e respeito com seus hábitos cotidianos, como pode ser notado na fala deste entrevistando.

- *“[...] O que eu acabei de fazer hoje de manhã, 10 volta na lagoa lá todo dia, vou andando, não vou de carro, não vou de moto, e tenho, mas vou andando. Chego lá 7 horas e dou dez voltas uma hora e dez, uma hora e cinco, dou dez volta lá e venho embora, quer dizer que eu gasto 2 horas todo dia de manhã nessa brincadeira.” (E5)*

Diante do trecho acima mencionado, evidencia-se a existência de relatos que indicam a correlação que os idosos estabelecem entre a

manutenção da saúde e a prática de atividades físicas como auxiliares na prevenção de doenças. De fato, a atividade física regular tem um papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, além de proporcionar melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. O exercício físico pode ser usado no sentido de retardar e, até mesmo, suavizar o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento, pois promove melhoras na capacidade respiratória, na reserva cardíaca, na força muscular, na memória recente, na cognição e nas habilidades sociais. Além disso, leva o indivíduo a uma maior participação social, resultando em um bom nível de bem-estar biopsicofísico, fatores esses que contribuem para a melhoria de sua qualidade de vida.

Em estudo realizado por Petroskii et al. (2008) é ressaltada a importância da atividade física na prevenção e no auxílio de doenças funcionais como, por exemplo a depressão. Para Abbott (2004), as desordens mentais comprometem 20% da população idosa, entre as quais se destacam a demência e a depressão como prevalentes. Segundo Snowdon (2002), no Brasil, aproximadamente 10 milhões de idosos sofrem de depressão e, no campo de estudos pertinentes ao assunto há diversas evidências de cunho científico que uma vida ativa melhora a saúde e contribui na gerência de desordens como a depressão e a demência.

A prática de atividade física também promove a melhora da composição corporal, a diminuição de dores articulares, o aumento da densidade mineral óssea, a melhora da utilização de glicose, assim como a melhora do perfil lipídico, o aumento da capacidade aeróbia, a otimização de força e de flexibilidade, a diminuição da resistência vascular (MATSUDO, 2005). Neste sentido, como benefícios psicossociais encontram-se o alívio da depressão, o aumento da autoconfiança, a elevação da autoestima (NERI, 2001).

É importante que o idoso se sinta bem e confortável com sua condição, portanto, como pode ser observado na fala a seguir, a atividade física é uma prática que promove esse bem-estar.

- *“Saúde é a pessoa viver bem né dentro da sua casa, é alimentar bem, é fazer caminhada, eu me sinto bem*

fazendo isso né, o exercício faz eu me sentir bem e em paz.” (E6)

Diante disto, é notada a necessidade um programa de atividade física bem direcionado e satisfatório para esta faixa etária que gradativamente vem aumentando na população brasileira e mundial. É importante que seja priorizada e considerada como meta a otimização da capacidade física do sujeito, diminuindo a incidência de doenças cardiovasculares e psicológicas, visando à resistência física, força, flexibilidade e equilíbrio. A atividade física é tão importante nesta fase da vida que pode até mesmo auxiliar no contato e interação social do idoso com seus comuns e pessoas de outras faixas etárias, já que a solidão e o isolamento podem ser um agravante na vida do idoso que não tem por perto nenhum familiar ou alguém próximo. Além afastar essa situação de risco, a atividade física pode proporcionar o contato social e auxílio emocional valioso para esse idoso em condição solitária.

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em novembro de 1986 onde foi redigida a Carta de Ottawa, algumas considerações significativas acerca das práticas de saúde foram pontuadas e merecem menção neste trabalho. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, é importante que a visão e os valores atribuídos à atividade física sejam reformulados não somente pela população idosa, mas como um todo.

O ambiente possui influência no estilo de vida das pessoas e no poder de escolha por hábitos saudáveis (FLORINDO, 2011).

A atividade física como um comportamento em saúde deve ser vista como um recurso para a vida e qualidade desta, não como um sacrifício dispendioso demais de ser realizado ou que simplesmente é realizado por recomendação médica: trata-se de uma educação, uma prática cotidiana, um estilo de vida.

Sendo assim, é importante que haja um planejamento de ações voltadas para esse grupo populacional que é crescente, no sentido de

preparar a sociedade brasileira para um envelhecimento mais saudável, o que aumentará a qualidade de vida adicional adquirida ao longo de décadas (TOSCANO, 2009).

3.1.3 Categoria 3: Sono

Nesta categoria, conforme a análise dos dados da investigação, o sono foi identificado como um comportamento atribuído às práticas de saúde dos idosos. No entendimento dos entrevistados o sono é tido como um elemento importante para a qualidade de vida e deve ocorrer de preferência em horários programados e sistematizados. De acordo com os idosos, uma noite de sono bem dormida, em horários regulares, proporcionam maior rendimento e bem-estar diário. O excerto abaixo mostra que para o idoso:

- *“uma das práticas principais é você ter um determinado controle, dormir bem, alimentar nas horas certas e ajudar o próximo. Uma das coisas mais pro cê ter saúde é você ajudar o próximo a ter saúde, porque tudo que você emite pras pessoas ele retorna pra você.” (E1)*
- *“É (...) ter uma alimentação saudave, ter tranquilidade né? Pricisa durmir. Eu acho que é a saúde, a pessoa tano com saúde ela tem isso tudo né? (...) pra ele ter saúde tem que ter uma alimentação né? Como é que a pessoa vive sem ele alimentar bem? (...) Não tem como. Quem não alimenta bem ele fica fraco, né?” (E3)*

Diante disso, o sono pode ser entendido como um estado funcional, reversível e cíclico, que pode vir acompanhado ou não de manifestações comportamentais características. É uma interação complexa entre os fatores orgânicos e fisiológicos, fator inerente ao indivíduo, bem como entre os sociais, culturais e ambientais. O envelhecimento traz mudanças no padrão de sono dos idosos e, muitas vezes, em sua qualidade, influenciando diretamente o estado de vigília, o que constitui um item importante na manutenção do bem-estar desses sujeitos.

Além da eventual sensação de cansaço durante o dia, após uma noite mal dormida, outros problemas podem surgir com as alterações do sono, como: irritabilidade, alterações de humor, ansiedade, redução da concentração e memória, aumento na incidência de quedas, entre outras. As consequências de uma noite mal dormida podem

acabar por perturbar o sono das noites seguintes, estabelecendo dessa maneira um círculo vicioso.

A insônia é um sintoma que pode ser compreendido como a dificuldade em iniciar ou manter o sono, presença de sono não reparador, ou seja, insuficiente para uma boa qualidade de alerta e bem-estar físico e mental durante o dia, com o conseqüente comprometimento do desempenho nas atividades diurnas. O sono, portanto, constitui uma necessidade essencial à vida e ao bem-estar humano que, quando satisfeito, tem o poder de provocar alterações do humor, na disposição para realizar suas tarefas do cotidiano, como pode ser percebido na fala desse participante.

- *“Tem que ter tranquilidade, ter a vida mais..mais regrada. Saber como alimentar e se exercitar sempre. Colocar o corpo em movimento, porque aí a gente tano assim, fica mais feliz, saio pra caminhar porque aí eu levanto de manhã com disposição, né, de fazer minhas coisas.” (E3)*

Floyd et al. (2000) apontam a necessidade de se considerar que é esperada a redução da duração do sono noturno e da habilidade para adormecer com o aumento da idade, e esses fatores devem ser levados em conta antes de se diagnosticar a insônia, a sonolência excessiva diurna ou qualquer outro distúrbio do sono no idoso. Contudo, em outro estudo (RODRIGUES-BARRIONUEVO et al., 2000) foram percebidas algumas controvérsias sobre o significado dessas mudanças, e sobre os critérios que permitem distinguir as alterações normais, decorrentes do envelhecimento e as alterações patológicas.

O sono é uma função biológica fundamental na consolidação da memória, na visão binocular, no termo regulação, na conservação e restauração da energia (REIMÃO, 1996)

As conseqüências dos distúrbios do sono envolvem questões econômicas e de saúde, como o aumento de hospitalizações, do absenteísmo, de riscos de acidentes de trânsito e de desenvolvimento de distúrbios mentais (OHAYON & SMIRNE, 2002). Os distúrbios do sono estão associados também ao desencadeamento de transtornos psiquiátricos como depressão, frequente entre portadores de insônia e de outros distúrbios do sono (ANCOLI-ISRAEL, 2006; HUBLIN et. al., 2001).

Segundo Müller (2007), as consequências da falta de sono se desdobram em pelo menos três níveis subsequentes que afetam a qualidade de vida da pessoa acometida.

No primeiro nível estão as variáveis biológicas, que trazem consequências imediatas ao organismo e incluem alterações fisiológicas como cansaço, fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e de concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração do humor. No segundo nível estão as variáveis funcionais observadas em médio prazo. Elas têm implicações nas atividades cotidianas incluindo aumento do absenteísmo no trabalho, aumento de riscos de acidentes, problemas de relacionamento e cochilo ao volante. No terceiro nível estão as variáveis extensivas que incluem a perda do emprego, sequelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde.

Dos Santos et. al. (2012) afirma em seus estudos que o sono e repouso são funções restauradoras necessárias para a preservação da vida, o que por si só justifica a necessidade de atualização dos profissionais de saúde em seus conhecimentos acerca das alterações que ocorrem com o envelhecimento, que podem culminar na institucionalização do idoso.

De acordo com Mugeiro (2011) o problema do sono deve ser tratado como uma questão de saúde pública, estimando-se que cerca de 50% dos idosos com mais de 65 anos sintam cansaço, por falta de sono ou dificuldades em adormecer. Baptista (2001) reforça a ideia ao afirmar "(...) os portugueses dormem atualmente menos uma hora e meia do que no início do século 20 e cerca de 30% da população portuguesa sofre doenças de sono."

Os estudos desenvolvidos com idosos mostram que é possível associar o envelhecimento a uma provável diminuição ou modificação do seu sono. Assim, é necessário tomar medidas profiláticas para amenizar este processo a fim de que se tenha melhor qualidade do sono e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Uma boa organização da higiene do sono poderia trazer melhorias tanto para a qualidade do sono quanto para a qualidade de vida e promoção da saúde (DUARTE, 2011).

De forma a minimizar essas perturbações do sono, recomendam-se medidas de estímulos

que devem ser incentivadas nos idosos, sendo elas: regularização do horário para deitar, com restrição de "cochilos" durante o dia; saída da cama se houver dificuldade para dormir, só retornando quando o sono se apresentar; limitação da ingestão de cafeína e álcool, sobretudo à noite; redução de líquidos e alimentos à mesma hora; quarto com temperatura adequada e suficiente silêncio (WANNMACHER, 2007).

O transtorno do sono é um problema que possui solução. Todavia, a demora na procura de tratamento especializado acaba por agravar o quadro. O tratamento adequado pode rapidamente solucionar este problema, principalmente se não for constatado algum quadro neurológico envolvido no transtorno.

3.4 Categoria 4: Acompanhamento Médico

Essa categoria aborda a percepção que os idosos possuem a respeito do conceito de saúde. Logo, o comportamento ou prática apontado como solução para o problema da doença seria a realização de acompanhamento médico regular e constante, bem como o uso regular de medicação.

O saber biomédico tem influência sobre as práticas objetivas e subjetivas das pessoas em relação ao corpo, à saúde e à vida (MORAES, 2016). Nesta categoria os resultados demonstram que o conhecimento médico-científico apropriado pela cultura local influencia os modos de pensar e agir dos idosos investigados. O acompanhamento médico e o uso regular da medicação são práticas destacadas como importantes para a saúde e qualidade de vida dos idosos entrevistados.

- *"Eu acho que o essencial é você também tá procurando o médico pra que ele vai dizer o quê que né, deve fazer ou não, entendeu."* (E2)
- *"Tomar um caminhão, toma um monte de remédio que eu tenho ali ôh, eu tomo 12 comprimido por dia, (...) se eu não tomar esse comprimido amanhã eu num sô ninguém apesar de eu já ter uns 70 e um pedacim né? Quero continuar novo mais um poquim"* (E5)
- *"Saúde é você tá sentindo bem, é não ter dores, por exemplo, é a pessoa estar bem, tá com saúde"* (E2)

Nota-se na fala dos participantes uma forte associação entre sentir ou não sentir dor com possuir ou não possuir saúde. É compreensível a emergência desta concepção, tendo em vista que a dor demonstra que algo não vai bem no seu corpo.

Além disto, o fato de o indivíduo estar inserido numa cultura onde apenas o bem-estar físico é valorizado, onde aspectos do bem-estar são deixados de lado, a junção desses elementos contribui para que essa relação saúde/ausência de dor seja reforçada.

A relação de causalidade estabelecida pelos participantes entre saúde e a inexistência de dores também é realizada quanto ao número de visitas ao médico, conforme relato abaixo:

- *“Ter saúde é (...) você evitar tá ficando indo no médico, porque quanto menos você vai no médico mais saúde você tem” (E8)*

É possível observar por meio desta fala um pensamento contrário de efeito/causa. Não é a doença que te leva ao médico, mas é ir ao médico que te faz pertencer ao grupo de doente. A lógica da fala do entrevistado traz um significante que faz parte da concepção de boa parte da população idosa, quanto mais a pessoa vai ao médico, mais doente ela fica.

Essas teorias acerca do surgimento de doenças decorrentes de visitas ao médico são criadas e compartilhadas socialmente pelo próprio grupo de idosos. Segundo Abric (2000), uma das funções destas teorias do senso comum é orientar e justificar comportamentos. Em outras palavras, essas crenças compartilhadas sobre doença e médico operariam a priori como direcionador de comportamentos e práticas sociais, e posteriormente explicador e justificador de condutas e decisões tomadas pelos idosos.

Atualmente, o saber biomédico tem desenvolvido um papel na sociedade cada vez mais acentuado nas questões de avaliação da saúde, uma vez que este representa oficialmente as diversas faces do corpo humano na sociedade ocidental. Ele atua como uma espécie de “verdade universal do corpo”, um etnocentrismo elementar ao qual cedem, no entanto, numerosos pesquisadores (MORAES, 2016). É pela visão biomédica que conceitos como higiene, prevenção, perspectiva médico-simbólica do limpo e do sujo, do próprio e do nefasto, do sadio e do doente são culturalmente condicionados (BRETON, 2011).

Historicamente, o saber biomédico tem suas raízes no positivismo, com ênfase no método empírico para se chegar ao conhecimento, na linguagem matemática para traduzir e transmitir o

conhecimento e na crença na neutralidade da ciência (MORAES, 2016). A sua racionalidade baseia-se em um caráter generalizante, mecanicista e analítico. Generalizante porque se dispõe a produzir modelos de regularidade universal e leis de aplicação geral, não se preocupando tanto com casos específicos e individuais; mecanicista porque seus modelos tendem a naturalizar o corpo humano como uma gigantesca máquina, compreendido por uma causalidade linear e possível de ser traduzida em mecanismos; e analítica porque a abordagem teórica e universal adotada para a elucidação das “leis gerais” sobre o funcionamento da “máquina humana” pressupõe o isolamento de partes e que o funcionamento do todo é dado pela soma das partes (CAMARGO, 2005).

O médico detentor do conhecimento e o paciente visto de forma fragmentada e sem autonomia, sem voz ativa no processo decisório de sua própria saúde, sai lesado nesta relação de poder. Desse modo, a prática médica costuma ser prescritiva e autoritária, com predominância de uma visão restrita e curativa das doenças, em grande parte decorrente de um passado recente de um perfil epidemiológico em que prevaleciam doenças infectocontagiosas, muitas delas de elevada mortalidade, mas de baixa morbidade ou passíveis de cura (BARROS, 2002)

Esse distanciamento entre o saber biomédico e a demanda da pessoa pode ser observado ao analisar as diferenças entre a visão biomédica e a visão dos idosos.

Ao investigar as maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos, Firmo et al (2004) demonstraram uma clara distinção entre o que as pessoas entendiam por “problema de pressão” e “pressão alta” e a condição médica conhecida como hipertensão arterial.

Segundo os participantes do estudo, a “pressão alta” era considerada como um problema, normalmente desencadeada por problemas familiares e que poderia ser reconhecida por algumas manifestações específicas, sendo o único momento em que eles consideravam as intervenções como realmente necessárias. Certamente, essa não é a concepção médica em relação à hipertensão arterial e o modo correto de abordá-la.

Diante do exposto, é fundamental compreender como o saber biomédico é apreendido pela pessoa idosa, atribuindo significado às suas vivências e como isso interfere nas suas práticas de saúde, uma vez que ele influencia a percepção dos processos de saúde, doença, incapacidade e os modos de pensar e agir do indivíduo. Enquanto isso não acontece, a pessoa idosa reproduz a naturalização das doenças e a sua própria culpabilização, pois não aprende - nem lhe são prescritas - outras maneiras de cuidar de si, restando-lhe apenas seguir os conselhos dos detentores do saber (MORAES, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mudança da estrutura demográfica e epidemiológica em todo o mundo alterou a dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde bem como a própria compreensão das práticas em saúde. Para tanto, se torna imprescindível compreender melhor o entendimento dos próprios idosos sobre os comportamentos em saúde. O resultado encontrado nas entrevistas resultantes da pesquisa aqui apresentada evidencia categorias que identificam aspectos positivos em relação a percepção de idosos sobre o **Comportamento em Saúde**.

Apesar de algumas falas apresentarem uma percepção biomédica de saúde, enquanto ausência de doença, ficou perceptível no presente estudo que de forma geral, os idosos compreendem como práticas saudáveis atividades que se encontram fortemente associadas ao bem-estar, qualidade de vida e sobretudo, práticas preventivas.

Os idosos percebem sua condição de saúde, respeitam as limitações decorrentes pelo envelhecimento e se orientam por meio de comportamentos que elevam e qualificam sua saúde. Entretanto, os resultados obtidos revelam que os idosos fazem a adoção de hábitos saudáveis depois de já possuírem alguma enfermidade. O que representa uma falha dos serviços de saúde e das políticas públicas de forma geral, visto que só há preocupação com a saúde quando esta já se encontra em risco, sem que haja medidas preventivas.

Espera-se que as conclusões obtidas neste trabalho sirvam de norteamento para profissionais

dos serviços de saúde que lidam diretamente com o envelhecimento humano, e não apenas com ele, mas profissionais que se preocupem com a saúde integralmente, utilizando de todos os dispositivos disponíveis para a promoção da qualidade de vida da população e um estilo de vida mais ativo e saudável para quem já alcançou a decrepitude.

5. REFERÊNCIAS

- ABBOTT, R. D. et al. Walking and dementia in physically capable elderly men. *Jama*, v. 292, n. 12, p. 1447-1453, 2004.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina de (Orgs.). *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*. Goiânia: Editora AB, 2000. p. 27-38.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinants of self-rated health among elderly persons in São Paulo, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 17, n. 5-6, p. 333-341, 2005.
- ANCOLI-ISRAEL, S. The impact and prevalence of chronic insomnia and other sleep disturbances associated with chronic illness. *The American journal of managed care*, v. 12, n.8, p.1-9, 2006.
- ARHONTAKI, J. Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos. Viçosa, 1990. 99p. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, 1990.
- BAPTISTA, S. Um país como sono, 2001.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- BOOG, M. C. F. Nutritional education in public health services. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, p. S139-S147, 1999.
- BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a

- População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRETON, D. L. Antropologia do corpo e modernidade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- BROWN, P. T. et al. Dietary status of elderly people. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 71, n. 1, p. 41, 1977.
- CAMARGO J. R., KENNETH R. A Biomedicina. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 177-201, 2005.
- CAMARGO J. R, KENNETH R., BOSI, M. L. M. Metodologia qualitativa e pesquisa em saúde coletiva. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1187-1190, 2011.
- CAMPOS, M. T. F. S.; MONTEIRO, J. B. R.; ORNELAS, A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, 2000.
- CERVATO, A. M. et al. Educação nutricional para adultos e idosos: uma experiência positiva em Universidade Aberta para a Terceira Idade. *Revista de Nutrição*, p. 41-52, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº 010, de 21 de julho de 2005. Aprova o Código de Ética Profissional do Psicólogo.
- COSTA, L. F. Reuniões multifamiliares: Uma proposta de intervenção em psicologia clínica na comunidade (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP, Brasil), 1997.
- DA SILVA SABIÃO, T. et al. Educação nutricional de adultos e idosos do bairro nossa senhora aparecida, zona leste da cidade de Juiz de fora. *Revista de APS*, v. 19, n. 1, 2016.
- DATASUS. Banco de dados: Departamento de Informática do SUS - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 19 de Jun. 2007.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.
- DOS SANTOS, M. A. et al. Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 4, 2012.
- DUARTE, J. C. Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência. 2011.
- ELSEN, I. ; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. *Eduem*, 2002.
- FIRMO, J. O. A. ; LIMA-COSTA, M. F. ; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 1029-1040, 2004.
- FLORINDO, A. A. et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Revista saúde pública*, v. 45, n. 2, p. 302-10, 2011.
- FLOYD, J. A. et al. Age-related changes in initiation and maintenance of sleep: a meta-analysis. *Research in nursing & health*. v. 23, n. 2, p. 106-117, 2000.
- FRIES, J. F. Measuring and monitoring success in compressing morbidity. *Annals of Internal Medicine*. vol.139, p. 445-459, 2003.
- IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- HUBLIN, C. et al. Insufficient sleep--a population-based study in adults. *Sleep*, v. 24, n. 4, p. 392-400, 2001.
- LACAN, J. (2004). *Le séminaire: Livre 10: L'angoisse*. Paris: Seuil. (Originalmente publicado em 1962-1963).
- MATARAZZO, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, V. 35, N. 9, p. 807-817, 1980.
- MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento & atividade física. Londrina: Midiograf; 2001. E Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. 2005.
- MIYAZAKI, M. C. O. S.; AMARAL, V. L. R. Instituições de saúde. RANGÉ, B. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas: Editorial Psy, p. 235-244, 1995.

- MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Independent effects of income and education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. *The Journal of nutrition*, v. 131, n. 3, p. 881S-886S, 2001.
- MORAES, G. V. O. Influência do Saber Biomédico na Percepção da Relação Saúde/Doença/Incapacidade em Idosos da Comunidade. 2012. Tese de Doutorado.
- MORAES, G. V. O. et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.26 [1]: 309-329, 2016
- MORAES, Ananda Vieira et al. Autopercepção de saúde: estudo com idosos usuários do SUS. *Rev. ITPAC*. V.11, n.1, pág. 2, Fev. 2018.
- MORIN, E. O método. 4. As ideias. 2. ed. Porto Alegre: Sulinas, 2001.
- MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud. psicol.(Campinas)*, p. 519-528, 2007.
- NERI, A. L. Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais. In: *Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais*. Papirus, 2001.
- MUGEIRO, M. J. C. Qualidade do sono em idosos. *IPV-ESSV* | . 2011.
- O'HANLON, P. ; KOHRS, M. B. Dietary studies of older Americans. *The American journal of clinical nutrition*. v. 31, n. 7, p. 1257-1269, 1978.
- OHAYON, M. M.; SMIRNE, S. Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy. *Sleep medicine*, v. 3, n. 2, p. 115-120, 2002.
- PETROSKII, E. L.; GONÇALVESII, L. H. T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 42, n. 2, p. 302-7, 2008.
- REIMÃO, R. Sono: estudo abrangente. São Paulo: Atheneu, 1996.
- RODRIGUES-BARRIONUEVO A.C., et al. Revisión de los transtornos del sueño en la infancia. *Rev Neurol Clin* 2000; 1: 150-71.
- SANTOS, S. M. et al. Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies. *Cadernos de saúde pública*, v. 23, n. 11, p. 2533-2554, 2007.
- SNOWDON, J. How high is the prevalence of depression in old age?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, p. 42-47, 2002.
- STIEDEMANN, M.; JANSEN, C.; HARRILL, I. Nutritional status of elderly men and women. *Journal of the American Dietetic Association (USA)*, 1978.
- TAUBER, C. The genus *Ceraeochrysa* (Neuroptera: Chrysopidae) of America North of Mexico: larvae, adults, and comparative biology. *Annals of the Entomological Society of America* v. 93, n. 2 , p. 1195-1221, 2000.
- TOSCANO, J. J. O. ; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev. bras. med. esporte*, v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009.
- VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-24, 2004.
- VIR, Sheila C.; LOVE, A. H. Nutritional status of institutionalized and noninstitutionalized aged in Belfast Northern Ireland. *The American journal of clinical nutrition*, v. 32, n. 9, p. 1934-1947, 1979.
- WANNMACHER, L. Como manejar a insônia em idosos: riscos e benefícios. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde-Brasil. ISSN, v. 4, 2007. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011. World Health Organization. Global health and aging. Bethesda: National Institutes of Health; 2011. Organização Mundial da Saúde. Brasil. Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde. ISSN, v. 4, 2015.