

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Tecendo a teia de uma instituição de longa
permanência para idosos: estudo de rede social**

Rosamaria Rodrigues Garcia

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do grau de Doutora em
Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Helena Akemi
Wada Watanabe**

São Paulo

2016

Tecendo a teia de uma instituição de longa permanência para idosos: estudo de rede social

Rosamaria Rodrigues Garcia

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do grau de Doutora em
Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Helena
Akemi Wada Watanabe**

Versão Corrigida

São Paulo

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Dedicatória

Esta tese é dedicada primeiramente a todos os idosos que me motivaram, que me motivam e que ainda me motivarão a continuar nesta extraordinária caminhada de semear grãos de entusiasmo e de fé, na esperança de que o conhecimento e o amor pelo ser humano contribuirão para colhermos um envelhecimento mais digno e precioso.

Dedico-a também a todos os profissionais que verdadeiramente acreditam que podem fazer diferença na difusão da Gerontologia como ciência, mas principalmente como prática vivenciada em rede, articulando histórias, aprendizados e conquistas de idosos, famílias, profissionais e equipes.

E por fim, dedico esta tese a todas as pessoas que diariamente, ou em algum momento, respeitaram meu trabalho e minha dedicação, incentivando-me a alcançar objetivos importantes para minha realização pessoal e profissional.

Agradecimentos

Listar os agradecimentos fez com que eu ampliasse de modo quase infinito os motivos de gratidão. Deixo registrados aqui meus agradecimentos a apenas uma parte das pessoas a quem tenho respeito e gratidão, direta ou indiretamente envolvidas na concretização deste trabalho. Continuarei agradecendo a estas e a todas as outras diariamente...

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe, pela confiança, respeito, dedicação e principalmente por ter aceito a orientação do tema e todos os desafios que com ele vieram.

À Profa. Dra. Marisa Accioly Domingues, que me incentivou desde os tempos do HC, a adentrar a carreira acadêmica e a entender verdadeiramente o que é trabalhar em equipe.

Ao Prof. Dr. Milton Carlos Farina, que pacientemente contribuiu discutindo possibilidades da Análise de Rede Social, ampliando as fronteiras da Ciência.

À Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini e à Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini, por aceitarem ao convite para compor a banca examinadora, pelo tempo dispendido e pelas valiosas contribuições.

Às Profas. Dras. Áurea Eleotério Soares Barroso e Marília Anselmo Viana da Silva Berzins pelo incentivo e torcida, além das reflexões, sugestões e imenso aprendizado.

À toda equipe da ILPI em que realizei o estudo e que me acolheu com imenso carinho e atenção. Sou grata por isso e principalmente pelo trabalho fantástico que fazem há mais de 15 anos com as moradoras que lá residem.

Aos meus colegas do IPGG, principalmente do Núcleo de Estudos do Processo de Envelhecimento e da Diretoria, que me apoiaram em tudo, de várias formas, durante todo o tempo. Agradeço a compreensão, o companheirismo e o apoio incondicional!

Um agradecimento especial à Michelle e ao Júlio, que contribuíram muitíssimo durante todas as etapas, de coleta, transcrição, “pilotagem” e análises. Muito obrigada pelas longas horas de dedicação, paciência e generosidade. Presto-lhes aqui minha gratidão, respeito e admiração.

Aos meus familiares, pelo apoio incondicional, e pela compreensão das ausências. Ao meu pai querido que me ensinou o amor pelos livros e pela ciência, mas também a generosidade, a bondade e a integridade. À minha amada mãe, por sua resiliência e contínuas orações, por seu exemplo de amor e dedicação aos filhos e à família. Aos meus irmãos, cunhados e sobrinhos, pelo companheirismo, incentivo e apoio material e estrutural. Às minhas amadas, Ana Flávia e Júlia, meus maiores tesouros, provas incontestáveis da graça de Deus para com os seres humanos.

À toda equipe de coaching, que muito contribuiu para o estabelecimento de um plano de ação e para o uso de várias ferramentas para alcançar as metas. Aconteceu!!!

E sempre, sempre, a Deus, por mais esta oportunidade de livre arbítrio, de crescimento, de aprendizado e de conquista. A ti, Senhor, pertence o querer e o realizar.

Agradecer a vocês apenas pela ajuda com a tese é muito pouco...fica registrado meu agradecimento por fazerem parte da minha história, e mais ainda...da minha REDE!!

RESUMO

Introdução: Na velhice podem ocorrer mais situações de “vulnerabilidades” (biológica, funcional, familiar, social e emocional), prejudicando o autocuidado e a provisão suficiente de recursos. Emerge então a necessidade da prestação de cuidados de longa duração. Dentre as modalidades deste tipo de cuidado, encontra-se a Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Considerando a escassez de recursos das ILPI privadas sem fins lucrativos, são adotados diversos mecanismos de ajuda, às vezes estabelecidos informalmente pela rede de apoio destas instituições.

Objetivos: mapear a rede de apoio de uma ILPI privada sem fins lucrativos, identificando seus membros, atributos, a configuração dos laços relacionais e do comportamento da rede, e os motivos da prestação de apoio. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, de abordagem quanti-qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, utilizando-se a Análise de Rede Social (ARS). A rede de apoio da ILPI foi mapeada a partir de seus dirigentes pelo método *Snowball*, e as entrevistas proporcionaram a coleta de dados sobre os tipos de apoio, os atributos dos atores e as relações sociais entre eles, analisados com os *softwares* UCINET® 6 e NETDRAW®. **Resultados:** Observou-se que os dirigentes da ILPI não tinham conhecimento da amplitude da rede e dos tipos de apoio prestado. O estudo mostrou uma rede composta por 86 parceiros, sendo 50 pessoas físicas (58,13%), 17 empresas privadas (19,77%), 11 organizações não governamentais (12,80%) e 8 órgãos públicos (9,30%), que proveem apoio material, instrumental, trabalho voluntário, divulgação da ILPI, organização de eventos para captação de recursos, além de entretenimento, apoio emocional e espiritual às moradoras. A natureza filantrópica da instituição e o público assistido revelaram-se fatores motivadores para a prestação de ajuda. Constatou-se que a rede de apoio da ILPI é também um dos componentes da rede pessoal de apoio das moradoras, além de contribuir com ações que impactam positivamente o bem estar das idosas. A ARS mostrou uma rede mais centralizada, com potencial capacidade para aumentar a densidade e a reciprocidade dos laços. Os membros dirigentes ocupam papéis centrais na rede, detendo os maiores índices de centralidade de grau (*Degree*), de proximidade (*Closeness*) e de intermediação

(*Betweenness*). No entanto, membros não dirigentes com medidas de centralidade elevadas podem exercer influência sobre os outros atores, como “pontes” entre atores desconectados. Houve correlação linear positiva muito forte entre as medidas de centralidade de grau e proximidade da rede. Analisando separadamente o grupo de pessoas físicas, houve forte correlação linear entre as medidas de centralidade de grau, de proximidade e de intermediação. Este é o grupo que apresenta maior potencial para ampliar a rede de apoio e intensificar a frequência e a quantidade de apoios, detendo a maior parte da reciprocidade das relações, o que pode aumentar a confiança entre os membros. **Conclusão:** O mapeamento da rede de apoio da ILPI mostrou-se potencial ferramenta gerencial. Os motivos que levam os membros a colaborarem podem influenciar a intensidade da ajuda, e os membros dirigentes podem adotar estratégias para contemplar os elementos motivacionais dos diferentes tipos de parceiros. A rede de apoio da ILPI é importante para a sobrevivência econômica da entidade, devendo ser continuamente fortalecida e ampliada, dada a necessidade de fidelizar os membros e de potencializar conexões e captação de recursos.

Descritores: Idoso, Instituições de Longa Permanência para Idosos, Rede social, Apoio social, Análise de Rede Social

ABSTRACT

Weaving a social support network of a long-term care institution for the elderly: a social networking study

Introduction: Old age is a typical life stage in which many people are likely to be vulnerable whether for biological reasons or functional, familiar, social and emotional ones which may cause not only functional impairment but also lack of both self-care conditions and enough resources for their own survival, which gives rise to exist a long-term care. Long-term care institutions for the elderly (LTCI) are sought to provide this care. Taking into account for the usual scarcity of LTCI resources, notably those non-profit organizations, several aiding mechanisms are adopted, sometimes informally established by the institutions' social network.

Objectives: the aims of the present work were to map a support social network of a non-profit LTCI by identifying their members, attributes, quantify the presence of social network clicks and examine their influence on the provision of support.

Methods: the present investigation is descriptive and exploratory with both quantitative and qualitative approaches. The Social Network Analysis (SNA) is used to measure and visualize its indicators and sociograms, followed interpreting qualitative analysis of the results taken from the interviews with managers and collaborators of the LTCI as well as partners appointed by them, data categorization, content analysis and discussion with national and international papers. The Snowball method was used to find out its partners and collaborators from all types of support (voluntary service activities, food, clothes and money donations, leisure activities, hand-made products for funding, and publicity of events). Both UCINET® and NETDRAW® were used to characterize network indices and their attributes.

Results: it was found that the LTCI directors were neither aware of its supportive network amplitude nor their types. The study showed that its network has 86 partners: 50 ordinary people (58,13%), 17 private companies (19,77%), 11 non-governmental organizations (12,80%) and 8 public organizations (9,30%). They all provide material and instrumental means, do voluntary work, promote the LTCI,

organize events for gathering resources besides entertainment, and both emotional and spiritual support for the elderly people. The non-profit nature of the LTCI and the public attended were motivating factors for the delivery of aid. It was verified that the support network of the LTCI is also one of the components of the personal support network of the dwellers, besides contributing with actions that positively impact the well-being of the elderly. The SNA showed a more centralized network, with potential capacity to increase the density and the reciprocity of the ties. The directors play a major role in the network so they have high degree, closeness and betweenness centralities. However, non-directing actors with high centrality indices were found to have influence on other actors acting as bridges or link among non-connected members. There was a very strong positive linear correlation between the measures of degree and closeness centralities network. Analyzing separately the group of ordinary people, there was a strong linear correlation between the measures of degree centrality, closeness and betweenness. Ordinary people represent a high potential to both amplify social network and the frequency of support by having most part of relationship reciprocity, which may improve trust among their members. **Conclusions:** mapping of LTCI support network has proved to be a potential management tool. The reasons that make members to collaborate may influence the intensity of help so that director may adopt strategies to increase motivation for different types of partners. LTCI support network is important for economical sustainability of the enterprise and must therefore be continuously strengthened and ample besides the necessity for member fidelity, more connections and resource gathering.

Key-words: Aged, Homes for the Aged, Social Networking, Social Support, Social Network Analysis.

1- INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a rede social de apoio das Instituições de Longa Permanência para Idosos. A problemática que envolve a proteção social e a prestação de cuidados de longa duração (CLD) ao idoso no Brasil, principalmente aquele ofertado nesta modalidade de assistência, é discutida por meio do referencial teórico.

O problema é contextualizado a partir das práticas de assistência e de proteção social, que desde o século XVIII eram permeadas pela benevolência, distantes de serem consideradas pela sociedade e pelo Estado como um direito do ser humano, independentemente de sua conduta cívica e moral ou dos papéis desempenhados junto à família, trabalho e sociedade (CHRISTOPHE, 2009).

Tais princípios seguem enraizados na cultura e história do Brasil, e impedem o avanço e a eficiência das políticas públicas de assistência social, apesar da vigência da Constituição Federal e de outras leis que garantem a proteção social como um direito e não como um favor aos que dela necessitam (BORBA, 2011).

A velhice é uma das etapas da vida em que há maior possibilidade de os indivíduos vivenciarem situações de “vulnerabilidades” (biológica, funcional, familiar, social e emocional). Com o ritmo acelerado do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, observa-se um aumento da expectativa de vida entre esta população, sendo cada vez maior o número de idosos longevos (BARBIERI, 2013).

Nos últimos 60 anos, os países experimentaram apenas um ligeiro aumento na proporção de pessoas com 60 anos e mais (de 8% para 10% no mundo). Mas nas próximas quatro décadas, este grupo representará 22% da população (saltando de 800 milhões para 2 bilhões de pessoas). No entanto, os avanços na forma como as populações envelhecem são díspares, principalmente em se tratando de saúde (medida pela esperança de vida). O envelhecimento populacional provoca desafios para as economias dos países, especialmente no que se refere ao cuidado e à saúde das pessoas mais velhas (BLOOM et al., 2015).

Nessa população, as doenças crônicas degenerativas, tais como as afecções osteoarticulares, cardiovasculares, oncológicas ou neurológicas, entre outras, podem desencadear sequelas físicas e funcionais, que geram incapacidade para as atividades cotidianas e profissionais, e para o autocuidado. A condição de dependência implica em aumento da necessidade de cuidado (ARANTES, 2012; BLOOM et al., 2015).

Em associação às más condições de saúde e de funcionalidade dos idosos encontram-se mudanças geradas pela industrialização e urbanização, que culminaram com a entrada da mulher no mercado de trabalho, contribuindo para a queda das taxas de natalidade, redução na composição das famílias e alteração do papel da família no cuidado aos doentes e aos idosos. Consequentemente vem ocorrendo um incremento no número de domicílios de idosos que moram sozinhos ou em que há idosos cuidando de idosos, muitas vezes nas situações descritas anteriormente (CAMARANO e KANSO, 2010).

Os cuidados de longa duração (CLD), definidos como a prestação (a longo prazo) de apoio material, instrumental e emocional aos indivíduos que apresentam dificuldades ou incapacidades de realizar suas atividades cotidianas sozinhos, independentemente da idade, podem ser oferecidos no domicílio, na comunidade ou em instituições (LLOYD-SHERLOCK, 2010).

A sociedade, então, depara-se atualmente com um grande desafio: quem assumirá o cuidado (de longa duração) a estes idosos? A família, como determina a Constituição Federal, o Estatuto do Idoso e outras legislações? O Estado, que deve ser acionado diante de idosos sem família e sem condições socioeconômicas, ou seja, em último caso? Ou a sociedade?

É neste contexto que emana a problemática do presente estudo. As instituições de longa permanência para idosos (ILPI), anteriormente denominadas asilos, casas de repouso, abrigos de idosos, ancianatos etc, eram destinadas inicialmente ao amparo dos pobres, dos mentalmente enfermos e dos indivíduos desprovidos de família, assumindo uma identidade relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a infantilização e homogeneização dos velhos e a percepção da velhice como um período de degeneração e decadência (GROISMAN, 1999).

Apesar de algumas mudanças na representação social da velhice, advindas com as políticas de atenção ao idoso, de incentivo ao envelhecimento ativo, da garantia de benefícios previdenciários, a imagem das ILPI permanece inalterada para a sociedade. Em alguns casos, ela é percebida como refúgio para aqueles que não planejaram sua velhice, ou que não cultivaram laços familiares que pudessem ser retribuídos nesta etapa da vida (CHRISTOPHE, 2009).

Atualmente, as ILPI têm representado cada vez mais uma alternativa (e talvez a única) à prestação de cuidado de longa duração (CLD) ao idoso dependente funcional e/ou socialmente. Tanto as famílias quanto o Estado recorrem a essas instituições para que exerçam funções que estes não conseguem mais cumprir. E paradoxalmente a esta necessidade, o Brasil depara-se com o reduzido número de ILPI, geralmente concentrado nas grandes metrópoles, sem garantia da qualidade dos serviços prestados ou da valorização da autonomia do idoso, ora por sua natureza filantrópica, dependente de doações, da caridade de várias porções da sociedade e do amadorismo na gestão; ora pela escassez de recursos humanos especializados em gerontologia, que reforça o isolamento social e a inatividade física e intelectual dos residentes (CHRISTOPHE e CAMARANO, 2010).

Por outro lado, o acesso às ILPI privadas com fins lucrativos e de alto padrão de qualidade é financeiramente restritivo. Nestas, encontram-se idosos que optam por residir na instituição mesmo sem apresentar incapacidade funcional ou distúrbio cognitivo, desde que tenham condições de arcar com o custo mensal. Tais residências contratam equipes multiprofissionais, possuem moradias individuais e uma diversidade de atividades físicas, manuais, culturais e terapêuticas, favorecendo assim a manutenção da autonomia e da independência do idoso. Porém estas ILPI são direcionadas a uma população específica que não corresponde ao perfil socioeconômico da população idosa brasileira, que em sua maioria recebe benefício previdenciário insuficiente para custeá-las.

Considerando a diminuta oferta de vagas nas ILPI públicas e filantrópicas, e o custo impeditivo das instituições privadas, a família, quando existente, opta por permanecer com o idoso em domicílio até estágios avançados de doenças degenerativas, como as síndromes demenciais ou as patologias oncológicas, que resultam na máxima dependência funcional. É então que a família procura a ILPI, e

muitas vezes acaba por institucionalizar o idoso em residências inapropriadas às condições de saúde dele, ou aguarda por muito tempo em uma fila de espera até que haja uma vaga (CAMARANO e BARBOSA, 2016).

As ILPI caracterizam-se como equipamentos de alta complexidade da Proteção Social Especial da Assistência Social, destinados aos casos extremos de violência ou às situações de insuficiência familiar ou à inexistência da família (BRASIL, 2005b). Por outro lado, a fiscalização destas instituições é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), órgão do Ministério da Saúde e realizada por suas agências locais (BRASIL, 2005a).

As ILPI também devem submeter-se às legislações estaduais ou municipais da Coordenadoria de Vigilância Sanitária, havendo em alguns casos restrições legais e exigências para a prestação de assistência à saúde e de acolhimento de idosos com grau de dependência avançado, que exigem cuidados de saúde intensivos e contínuos. Desta forma, embora a distribuição e a utilização das verbas/benefícios oferecidos pela Assistência Social às ILPI não possam ser aplicadas na assistência à saúde, estas instituições estão sujeitas às normatizações dos órgãos fiscalizadores vinculados ao Ministério da Saúde e seus congêneres nos Estados e municípios (FERREIRA, 2011).

As ILPI que possuem profissionais de saúde em seu quadro de recursos humanos são fiscalizadas pelos Conselhos de Classe (enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia etc), exigindo adequações ambientais ou trabalhistas às ILPI, conforme a normatização da RDC n°. 283 (BRASIL, 2005a) e de acordo com o código de ética e legislação pertinente a cada uma das profissões (CAMARANO e BARBOSA, 2016).

O Estatuto do Idoso define que no caso de entidades filantrópicas, ou case-lar, é facultativa a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade, que não poderá exceder 70% de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso (BRASIL, 2003). Contudo, são raros os casos em que esta contribuição é suficiente para custear todas as despesas do idoso. Além disso, há internos que não possuem qualquer benefício em decorrência da irregularidade trabalhista ao longo da vida ou de pendências documentais que os impossibilitam de receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), direito adquirido aos idosos sem

renda e/ou sem estrutura familiar que possa garantir assistência às suas necessidades (BRASIL, 2005b).

Resta às entidades filantrópicas recorrer às diversas fontes de auxílio, seja no entorno da localidade geográfica, seja por meio de parcerias junto a estabelecimentos de ensino, de saúde, comerciais, industriais, voluntários, familiares, campanhas de doação, eventos beneficentes, enfim, cada ILPI se articula em rede (às vezes sem conhecimento deste movimento) visando adquirir recursos financeiros, humanos, entre outros tipos de apoio (CREUTZBERG et al., 2007a).

Diante da escassez de trabalhos científicos sobre a rede de apoio às ILPI e dada a experiência profissional da pesquisadora com a articulação em redes de serviços de cuidados de longa duração, este estudo foi elaborado a partir de algumas inquietações: 1) Quem são os membros da rede social de uma ILPI? 2) Qual o tamanho da rede da ILPI? 3) Que tipo de apoio os parceiros oferecem à ILPI? 4) Qual a frequência do apoio prestado pelos membros da rede? 5) Qual a configuração dos laços estabelecidos? 6) Quais são os atores/parceiros mais ou menos influentes? 7) Que fatores contribuem para a prestação de apoio? 8) Existem exigências ou pré-requisitos para prestar apoio?

Esta pesquisa, portanto, apresenta a configuração da rede de apoio de uma ILPI filantrópica, seus membros, tipos de parceiros, interrelações estabelecidas, identificando também fatores que influenciam sua conformação e seu comportamento.

A tese está distribuída em seis partes, sendo a primeira delas esta introdução e o referencial teórico. A seção dois contempla objetivos geral e específicos. A terceira seção descreve os métodos adotados no presente estudo, com destaque para a Análise de Rede Social, bem como os conceitos e indicadores utilizados neste método. A quarta seção apresenta os resultados e a discussão. As conclusões e considerações finais estão contempladas nas seções cinco e seis, respectivamente.

1.1 - Proteção social e cuidados de longa duração

Desde o século XVIII, a filantropia e a Assistência Social associavam-se intimamente às práticas de caridade no Brasil. Dependiam de iniciativas voluntárias e isoladas de auxílio aos pobres e desvalidos da “sorte”. Essas iniciativas partiam das instituições religiosas que, sob o prisma da herança moral cristã, dispensavam cuidados, oferecendo abrigo, roupas e alimentos, em especial às crianças abandonadas, aos velhos e doentes em geral (BORBA, 2011).

A insuficiência de renda e a falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano são indicadores da necessidade de qualquer indivíduo de algum tipo de proteção social (CAMARANO e SCHARFSTEIN, 2010).

Os sistemas de proteção social foram originados a partir das necessidades da sociedade de impedir ou diminuir o impacto de determinados riscos sobre os indivíduos ou grupos sociais (SILVA e FONSECA, 2007).

Os problemas derivados da relação entre o capital e o trabalho foram inicialmente tratados como questão de polícia. Nesse sentido, a concepção da política social era vista como desestimuladora do trabalho e incentivadora de um conformismo social (JACCOUD, 2009).

DRAIBE (1997) realizou um estudo na Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica e México e referiu que no início dos anos 1980 os sistemas de proteção social destes países caracterizavam-se pela baixa equidade e pelo alto grau de exclusão social. Os principais problemas referiam-se à ineficácia do gasto, má focalização de objetivos e baixa efetividade social. Além disso, algumas características organizacionais contribuíram na formação de sistemas imperfeitos de Bem Estar Social, ou seja, algumas dimensões como forte centralização, fragmentação institucional, corporativismo, fracas capacidades estatais e participativas concorreram para tornar os sistemas de políticas pouco transparentes e para inibir ou restringir a força dos mecanismos de correção, modernização ou inovação institucionais.

Para CASTEL (1998), as políticas sociais no Estado neoliberal assumiram o caráter de assistencialismo, desencadeando fragmentação e focalização, cada vez mais residuais aos setores “vulneráveis” ou explícitos nessa dinâmica social, que

nem de longe se aproximam do sentido de distribuição e democratização da riqueza e do poder assegurado como princípio universal da luta da classe trabalhadora. Pelo contrário, negam e retroagem em todos os avanços conquistados. Acabam por atender a um contingente que não ocupa sequer o exército de reserva do mercado de trabalho, constituindo-se como “população sobranete” ou “desfiliados sociais”.

No Brasil, as políticas sociais se desenvolveram de forma lenta e gradual. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993, para regulamentação dos aspectos constitucionais sobre a Assistência Social aos setores mais vulneráveis da população, inicia-se enfim a consolidação no Brasil de um sistema de proteção social considerado como um novo padrão de política pública social, pois transforma em direito de todo cidadão o que sempre fora tratado como favor, e reconhece os desamparados como titulares ou sujeitos de direitos, além de garantir que possam reivindicar tais direitos, enfatizando a assistência como política pública de direitos de cidadania e dever do Estado (BORBA, 2011).

O artigo 203 da Constituição Federal declara que a Assistência Social deverá ser prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade Social (BRASIL, 1988). Nessa perspectiva, a Assistência Social seria prestada a quem não tem condições de exercer um trabalho, como a criança, o órfão, o idoso, o deficiente, os quais não têm meios de suprir sua subsistência através do trabalho, permanecendo a antiga separação entre os capazes e os incapazes para o trabalho.

A partir de então, o Estado brasileiro precisa passar a reconhecer a assistência como parte de um sistema mais amplo de proteção social, de modo que sua articulação com as demais políticas torna-se obrigatória e indispensável, sendo condicionada, mas também condicionando as políticas sociais governamentais (BOSCHETTI, 2001).

A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro de 2003, aprovou uma nova agenda política para o reordenamento da gestão das ações descentralizadas e participativas de Assistência Social no Brasil. Deliberou pela implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), modelo de gestão para todo território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo, instituído pela LOAS (BRASIL, 2005b).

Para BORBA (2011), nas últimas décadas a política de assistência social brasileira passa por profundas transformações, que envolvem alterações de concepção, modelo de gestão e formas de financiamento. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada em 2004, e a Norma Operacional Básica (NOB) de 2005 firmaram as bases para uma redefinição das ações no âmbito da assistência, instituindo pisos de financiamento e aumentando a descentralização.

De acordo com a NOB/SUAS (BRASIL, 2005b), o SUAS é um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira, estruturada em Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE).

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco, desenvolvendo potencialidades, fortalecendo vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos e de pertencimento social. A proteção social especial tem por objetivos prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social (BRASIL, 2005b).

Portanto, a Assistência Social, assim como a saúde, é direito do cidadão, independente de contribuição prévia e deve ser provida pela contribuição de toda a sociedade. Ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade, caracterizando-se como política pública social, que existe para atender às necessidades sociais, sendo contrária à lógica de rentabilidade econômica (BORBA, 2011).

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (BRASIL, 2004), a taxa de vulnerabilidade social é composta por nove indicadores, a saber: 1) Famílias que residem em domicílio com serviços de infraestrutura inadequados; 2) Famílias com renda familiar per capita inferior a um quarto de salário mínimo; 3) Famílias com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo, com pessoas de 0 a 14 anos e responsável com menos de 4 anos de estudo; 4) Família na qual há uma chefe mulher, sem cônjuge, com filhos menores de 15 anos e ser analfabeta; 5) Família na qual há uma pessoa com 16 anos ou mais, desocupada (procurando

trabalho) com 4 ou menos anos de estudo; 6) Família na qual há uma pessoa com 10 a 15 anos que trabalhe; 7) Família no qual há uma pessoa com 4 a 14 anos que não estude; 8) Família com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo, com pessoas de 60 anos ou mais; e 9) Família com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo, com uma pessoa com deficiência (BRASIL, 2004).

Ainda de acordo com a PNAS, o público usuário da política de Assistência Social é constituído por cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexuais; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (BRASIL, 2004).

As políticas de cuidados de longa duração aos idosos estão inseridas na PSE (Proteção Social Específica). Ela gerencia dois níveis de serviços, que se subdividem em média e alta complexidade. São considerados serviços de média complexidade aqueles destinados às famílias e/ou indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas não perderam seus vínculos familiares e comunitários. Entre os serviços de média complexidade para idosos, encontra-se, por exemplo, o cuidado domiciliar formal (BARBIERI, 2013).

Os serviços de alta complexidade garantem proteção integral ao indivíduo e às famílias, que perderam seus vínculos familiares ou não têm mais condições de convívio familiar ou comunitário. Nesse nível de complexidade foram alocados os seguintes serviços destinados a idosos: atendimento integral institucional, casa-lar, república, casa de acolhida e albergue. A alta complexidade divide-se ainda em dois níveis. O primeiro abrange os serviços de acolhimento e abrigo; o segundo centra-se em serviços específicos voltados para casos de violência e/ou de elevado grau de dependência, cujo atendimento requer alta qualificação. Do ponto de vista da distribuição de recursos federais para os municípios, para cada nível de complexidade é repassado um piso diferenciado (BRASIL, 2005b).

De acordo com CAMARANO e MELLO (2010), em geral, os cuidados de longa duração estão geralmente sob a responsabilidade dos órgãos de assistência social ou de saúde dos países. Apresentam caráter residual e são destinados às pessoas sem apoio familiar e/ou indigentes. Em um pequeno grupo de países, a responsabilidade é dividida entre os órgãos de saúde e de assistência social. Apenas em um grupo ainda menor, essa responsabilidade foi assumida como um risco social coberto pelo Estado e está inserida nos seus sistemas de seguridade social.

A longevidade humana tem sido acompanhada pelo envelhecimento da própria população idosa e por transformações acentuadas nos arranjos familiares. Desde os anos 1970, a sociedade tem assistido a uma queda acelerada na fecundidade e na mortalidade nas idades avançadas, e as mudanças no padrão de matrimônios e na configuração dos arranjos familiares. Concomitantemente observa-se o aumento da escolaridade feminina, a inserção das mulheres no mercado de trabalho e várias modificações no sistema de valores sociais. Tais alterações podem enfraquecer os laços de solidariedade intergeracionais e já estão resultando em transformações nas formas de cuidado à população idosa, o que tem implicações nas modalidades de residência destes idosos (IPEA, 2011).

A família sempre foi considerada a principal responsável pelo cuidado do idoso. Isto foi sendo consolidado ao longo do tempo pela legislação brasileira, inicialmente pela Constituição Federal de 1988, reforçado na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994):

[] ...Artigo 4º. - Constituem diretrizes da política nacional do idoso: (...) III- priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência.

e no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003):

[] ...Parágrafo único (...) III- priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência.

Consequentemente, a culpabilização dos sujeitos em “situação de risco ou vulnerabilidade”, como incapazes ou acomodados, remonta as práticas filantrópicas e de naturalização/individualização da pobreza como uma questão de responsabilidade individual que depende da solidariedade moralista da sociedade civil (BORBA, 2011).

Ainda hoje, em várias localidades brasileiras, encontram-se entidades assistenciais não governamentais tradicionais que idealizam suas ações pautadas pelo dever moral, orientadas pela lógica da filantropia, da benemerência e do voluntariado, que nem de longe objetivam direitos sociais. Mesmo em pleno século XXI e com o avanço das ferramentas de gestão de processos, de pessoas e de recursos, estas entidades não possuem planejamento estratégico, que indique claramente suas funções, benefícios e beneficiários, o orçamento, seus critérios de aplicação e distribuição, bem como sua forma de gestão e controle, reforçando o caráter filantrópico e clientelista na condução da política, em detrimento de seu fortalecimento como direito social e política integrante da seguridade social (BOSCHETTI, 2001).

A responsabilização familiar é uma tendência que se expande com o avanço das reformas neoliberais, que apregoa a diminuição das demandas do Estado como mecanismo de redução dos gastos sociais, repassando-as ou dividindo-as com a sociedade civil. Por outro lado, a consolidação dos movimentos sociais e a atuação marcante das Organizações Não Governamentais (ONG) demandam alterações nas relações Estado/sociedade, reforçando a cultura solidarista da sociedade civil na prestação de serviços sociais, bem como defendem o retorno da solidariedade para o interior da sociedade, família e comunidade (TEIXEIRA, 2008).

Para CAMPOS e MIOTO (2010), haveria uma tendência ideológica em responsabilizar a unidade familiar como a solução para a lógica do modelo global, particularizando atividades anteriormente públicas e retomando a unidade doméstica (privada por definição) de volta à sociedade em geral.

As funções da família foram se constituindo ao longo do tempo e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica, perpassando, na sociedade capitalista, pela reprodução biológica, material, pela reprodução social de seus membros, assim como pela manutenção da sociedade. Constitui-se o *locus* da

estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, de solidariedade primária, segurança, sentimento de pertença e de grupo. Porém há que se reconhecer que se trata de um espaço de reprodução da hierarquia, de autoridade, de dominação pela idade e sexo; logo, espaço de conflitos e relações de forças, de luta pelo poder (TEIXEIRA, 2008).

De acordo com GUZMÁN et al. (2003), nos países em desenvolvimento, em que o envelhecimento populacional tem sido mais rápido e mais recente, as condições socioeconômicas históricas não permitiram a adoção de medidas suficientes para atender às necessidades deste grupo etário. Em muitos países, a escassez de serviços de saúde, a reduzida cobertura da seguridade social e a exclusão do idoso do mercado de trabalho alertam sobre a existência de um segmento populacional idoso sem acesso aos mecanismos institucionais para satisfazer suas necessidades, que apesar de aparentemente dependerem de sua família para sobreviver, também percebem outras expressões das redes sociais de apoio, que ajudam a manter os vínculos afetivos, obter informação estratégica para a vida diária e preservar alguma qualidade de vida.

A redução da mortalidade infantil e da taxa de fecundidade proporcionaram o progressivo aumento da expectativa de vida e do envelhecimento populacional no Brasil, o que concorreu para o incremento de idosos na constituição da estrutura familiar. CAMARANO e GHAOURI (2003) caracterizam as famílias de idosos em dois grupos: *família de idosos* – é aquela em que o idoso é o chefe do domicílio; e *família com idosos* – aquela em que os idosos moram na condição de parentes do chefe ou do cônjuge da família. As autoras observaram, no período de 1981 a 1999, uma diminuição das famílias com idosos e um crescimento de famílias de idosos e destes como chefes do domicílio (compondo 86% das famílias onde residiam idosos).

RABELO e NERI (2015) analisaram entre maio e dezembro de 2011 uma amostra probabilística de 134 idosos residentes no município de Santo Antônio de Jesus-BA, e encontraram média de idade de 72 (\pm 8) anos e maioria (77,6%) do gênero feminino. Na amostra, 72,4% dos idosos eram chefes de família e 27,6% não eram; 49,3% contribuíam totalmente para o sustento familiar; 44,0% contribuíam parcialmente para o sustento familiar e 6,7% não prestavam nenhuma contribuição

para o sustento familiar. Com relação aos arranjos de moradia, 17,9% residiam sozinhos; 7,5% residiam com o cônjuge; 23,9% residiam com o cônjuge e com descendentes; 41% residiam com descendentes e 9,7% residiam com outras pessoas.

Diante da conjunção de fatores econômicos, sociais, funcionais e principalmente de sobrevivência, pode haver duas ou mais gerações de uma família dividindo a mesma residência, colocando em discussão a presença da síndrome do ninho vazio, tendência preconizada por alguns autores para casais que vivenciavam o processo de envelhecimento (CAMARANO e KANSO, 2010).

NERI et al. (2013) analisaram dados de uma amostra aleatória do estudo multicêntrico FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), coletados de 3478 idosos, entre 2008 e 2009, nos Estados do Pará, Piauí, Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul. Os autores verificaram que 64,5% dos idosos eram chefes de família e 35,5% não eram. Quanto aos arranjos domiciliares, 13,0% residiam sozinhos, 19,3% residiam com o cônjuge, 28,2% residiam com descendentes, 24,8% residiam com o cônjuge e com descendentes, 5,5% residiam com outros parentes e 9,1% tinham arranjos mistos.

Para CAMARANO e GHAOURI (2003), a co-residência não ocorre apenas pelas necessidades dos idosos, mas muitas vezes por necessidades dos jovens, visto que os filhos estão, cada vez mais, demorando a sair de casa e dependem economicamente dos pais por um período mais longo. Atribui-se tal fato ao mercado de trabalho competitivo, às exigências de maior qualificação, além da exclusão dos jovens sem experiência no mercado de trabalho bem como das precariedades dessa inserção. No plano afetivo, a instabilidade e a inconsistência das relações afetivas são expressões da instabilidade da vida material e podem explicar a permanência ou retorno dos filhos, em alguns casos com netos, para a casa dos pais.

Diferentemente da visão idealizada de família, as relações de dependência e/ou interdependência geradas pela co-residência acabam por predispor as famílias como fonte de relações de violência, negligência, relações desrespeitosas, de abandono, de conflitos entre gerações, que levam ao isolamento social dos idosos, geram situações estressantes que incapacitam ou provocam a perda de satisfação com a vida, rebaixamento do humor, depressão, entre outros problemas, dependendo das condições de sobrevivência dessas famílias, da vulnerabilidade social provocada pelo

desemprego, dependência de álcool e drogas, dos vínculos ou desgaste desses com os problemas da vida moderna, tais como a perda de valores de autoridade, respeito e fortalecimento do individualismo e dos bens materiais (TEIXEIRA, 2008).

Por outro lado, também tem aumentado o número de idosos residindo sozinhos, muitas vezes em condições de limitação e/ou incapacidade funcional provocada por doenças crônicas, degenerativas e progressivas, gerando dificuldades para a manutenção do autocuidado e da casa, das tarefas cotidianas. Surge então a necessidade de cuidado formal ou informal, dependendo das condições do idoso e ou da (in)disponibilidade de sua família em exercer o cuidado (BLOOM et al., 2015).

Entende-se por cuidado informal aquele prestado pelas famílias, amigos e/ou vizinhos, sem remuneração e em geral, sem formação especializada. Já o cuidado formal é realizado por profissionais especializados ou não, contratados seja pelo Estado ou pelo mercado privado. Em ambos os casos, e em quase todas as sociedades, a mulher é a principal cuidadora, havendo forte influência cultural e social a respeito deste papel (GUIMARÃES et al., 2011).

Considerando as alterações progressivas da senescência e a concomitância da senilidade ao envelhecimento fisiológico, a população mais longeva é especialmente mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como doenças degenerativas cardiovasculares, cerebrovasculares e osteomioarticulares, que em geral desencadeiam sequelas limitantes e incapacidade funcional, gerando situações de dependência e respectiva necessidade de cuidado, mesmo havendo possibilidade de melhora das condições de saúde. Diante do aumento progressivo da expectativa de vida do indivíduo que atinge 60 anos de idade e conseqüente incremento da população com mais de 80 anos, provavelmente haverá maior número de idosos que permaneçam mais tempo na condição de demandantes de cuidados (CAMARANO e MELLO, 2010; ARANTES, 2012).

A pesquisa realizada por CHRISTOPHE (2009) nas regiões Nordeste e Sul do Brasil apontou para a estimativa da demanda potencial por cuidados de 401 mil idosos afetados por perdas funcionais graves no Nordeste e 208 mil na região Sul. Além disso, 25% dos idosos da região Nordeste encontram-se em situação de carência financeira, residindo em domicílios com renda *per capita* de até meio salário mínimo. Estes resultados apontam para a existência de uma demanda

potencial por cuidados não familiares, em equipamentos que variam desde centros-dia, centros-noite, centros de convivência até ILPI, entre outras modalidades de cuidados de longa duração, ainda pouco desenvolvidas no Brasil.

CAMARANO e KANSO (2010) ressaltam que o crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais acentuadas nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, da queda da fecundidade e do ingresso maciço das mulheres no mercado de trabalho. Este ingresso afetou os contratos tradicionais de gênero, onde a mulher era a cuidadora e o homem, o provedor. Embora responsável por 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009, a mulher ainda mantém a responsabilidade pelo cuidado dos familiares dependentes.

Para SAAD (2003), a intensidade e a direção do fluxo de apoio entre pais idosos e filhos adultos geralmente estão associadas ao estado conjugal de ambas as partes, mas também se destacam as diferenças de gênero, tanto de pais quanto de filhos, e o número de filhos vivos que os idosos têm; e, mesmo não residindo no mesmo domicílio, ampliam-se as chances de receber algum tipo de ajuda. O autor verificou em seu estudo que os homens recebem menos ajuda dos familiares e amigos para as atividades básicas do cotidiano do que as mulheres.

De acordo com CAMARANO e MELLO (2010):

No Brasil, as políticas de cuidados de longa duração são de responsabilidade do órgão da assistência social, cabendo à vigilância sanitária, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o papel de fiscalizar as entidades que cuidam de idosos. Além do seu caráter residual, desde a década de 1970 essas políticas têm se concentrado no abrigo (...) hoje, estão sob a responsabilidade do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Os cuidados de longa duração, prestados dentro ou fora dos domicílios, demandam ações intersetoriais que exigem intersecção entre políticas sanitárias e assistenciais, pois além de apresentarem algumas peculiaridades próprias a cada uma das áreas, são sutis as diferenciações existentes entre o curar e o cuidar. De que forma é possível assistir ao indivíduo em sua totalidade e integralidade se as políticas públicas necessárias para alcançar de forma efetiva este escopo são reguladas e

distribuídas de forma completamente distinta, mesmo visando o mesmo grupo populacional?

A legislação que designa o cuidado do idoso à família e indica o Estado como última alternativa é resultado dos valores e dos preconceitos dominantes quanto ao cuidado institucional, e os reforça. Uma das consequências é a baixa oferta de instituições de residência para idosos, assim como é baixo também o número de residentes. De fato, a residência em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) não é uma prática comum nos países do hemisfério sul. Historicamente, tem sido vista com resistência e preconceito, tradicionalmente como “depósito de idosos”, lugar de exclusão, dominação e isolamento ou, simplesmente, “um lugar para morrer” (NOVAES, 2003).

1.2 – Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)

No Brasil, datam do final do Século XVII as primeiras instituições destinadas a cuidar de idosos que serviram à pátria e que precisavam de um abrigo para envelhecer. Também os hospitais prestavam serviço aos pobres e excluídos, bem como órfãos, doentes e crianças abandonadas. No Rio de Janeiro, uma das primeiras instituições que abrigava idosos foi criada em 1890, denominando-se Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (GROISMAN, 1999; ARAÚJO et al., 2009; CHRISTOPHE e CAMARANO, 2010).

Ao longo do século XIX, os jornais publicavam notícias sobre asilos carregadas de simbolismo e apelo, a fim de diferenciar a velhice desamparada de outros segmentos da população pobre. Este meio de comunicação se tornou um veículo muito útil para divulgar as necessidades da instituição, mostrando-se um canal privilegiado entre o asilo e a sociedade, ao auxiliar a instituição na busca de donativos ou verbas públicas (CHRISTOPHE e CAMARANO, 2010).

A eleição da velhice, enquanto alvo de uma prática assistencial se insere no contexto da filantropia, em uma época em que a sociedade estava preocupada em assistir aos “realmente” necessitados e coibir aqueles que, sendo capazes de produzir, “se aproveitavam” da caridade alheia (ARAÚJO et al., 2009).

O asilo era definido como casa de assistência social onde eram recolhidas, para sustento ou também para educação, pessoas pobres e desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Considerava-se ainda o lugar onde ficavam isentos da execução das leis, os que a ele se recolhiam. Relacionava-se assim, a ideia de guarida, abrigo, proteção ao local denominado de asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais (GROISMAN, 1999; ARAÚJO et al., 2009).

As imagens negativas da velhice parecem encerrar um curioso paradoxo, pois fazem da decadência a qualidade que tornava os velhos elegíveis para o asilo. Esta forma de abrigo talvez tenha sido um ganho para aqueles que envelheciam e se tornavam “desamparados”. Da mesma forma, a comparação entre a fragilidade e a necessidade de cuidados para duas fases extremas da vida – a infância e a velhice – desencadeou a “infantilização” deste último grupo. Portanto, os mecanismos que possibilitaram esse processo de cuidado tiveram um “alto custo”, ao rotular tais indivíduos com a estigmatização (negativa e pejorativa) de sua velhice (GROISMAN, 1999; CHRISTOPHE e CAMARANO, 2010).

O asilamento tornava evidente o distanciamento entre a realidade intra muros e o mundo real, assumindo características de *instituição total* - conceito proposto por GOFFMAN (1987, p.11):

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

A sociedade, os meios de comunicação e a forma de gestão destas instituições favoreceram o isolamento social historicamente perseverado até os dias atuais em grande parte destas casas. Facilmente os idosos desligavam-se de suas antigas atividades e passavam a esperar apenas pelas refeições e pelo repouso, principal função atribuída pela sociedade para estas instituições, ainda mais após o advento da aposentadoria, que retirava oficialmente o indivíduo do mercado de trabalho, do *status* adquirido por meio de seu poder aquisitivo e de suas relações/laços sociais, designando-o a descansar, calar-se e esperar (ARAÚJO et al., 2009).

Em decorrência da diversidade de termos adotados para nomear as diferentes residências que oferecem cuidados de longa duração para idosos, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003) propôs o termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), correspondendo ao termo em inglês “*Long Term Care Institution*”, ressaltando a função híbrida destas instituições que não mais possuem apenas caráter assistencial, mas também de prestação de cuidados à saúde. Vem substituir os termos asilo, abrigo, casa de repouso, lar, clínica geriátrica, ancianato e similares, embora a constituição e administração destas instituições não necessariamente se alteraram a partir da nova denominação (CHRISTOPHE, 2009).

A SBGG definiu ILPI como estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (SBGG, 2003).

De acordo com a Comissão Nacional de Classificação (CONCLA) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, as ILPI pertencem à seção Q (Saúde Humana e Serviços Sociais), à divisão correspondente às “Atividades de Atenção à Saúde Humana integradas com Assistência Social, prestadas em residências coletivas e particulares”, e à subclasse 8711-5/02 que compreende “atividades de assistência social a idosos sem condições econômicas para se manterem, prestadas em estabelecimentos públicos, filantrópicos ou privados (asilos) equipados para atender às necessidades de alojamento, alimentação, higiene e lazer. Estes estabelecimentos podem oferecer cuidados médicos esporádicos”. Ainda de acordo com a CONCLA, esta subclasse não compreende os condomínios residenciais para idosos e deficientes físicos, bem como as atividades dos albergues assistenciais (IBGE, 2003).

Até 2005, o financiamento destes estabelecimentos ocorria pela modalidade de Serviços de Ação Continuada (SAC), de acordo com a população assistida. Os fundos municipais recebiam recursos do governo federal, mediante convênios com prefeituras. Então, as verbas eram distribuídas para as entidades. O valor repassado variava de acordo com o grau de dependência do idoso. Os recursos eram oriundos

do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Com a legislação do SUAS, houve alteração da racionalidade do modelo centrada em segmentos específicos (CAMARANO e MELLO, 2010).

A Lei n.º 12.101/2009 modificou o regime jurídico de concessão da Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social. Agora, a concessão e renovação da certificação não são mais de responsabilidade do Conselho Nacional de Assistência Social, mas dos respectivos ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde e da Educação, de acordo com a atuação de cada entidade (BRASIL, 2009).

A certificação é um dos documentos exigidos para solicitar as seguintes isenções de contribuições sociais: a) parte patronal da contribuição previdenciária sobre a folha de pagamento; b) contribuição social sobre o lucro líquido (CSLL); contribuição para o financiamento da Seguridade Social (COFINS); contribuição PIS/PASEP e contribuições dispensadas: as devidas a terceiros, nos termos do art. 3º, § 5º da Lei 11.457/2007. A certificação também permite o parcelamento de dívidas com o Governo Federal, nos termos do art. 4º, parágrafos 12 e 13, da Lei 11.345/2006; além de possibilitar o recebimento de verbas públicas, em que as prefeituras recebem recursos do Fundo Nacional de Assistência Social e os repassam às instituições mediante convênio (CNAS, 2012).

Atualmente, as parcerias da Assistência Social com entidades só podem ocorrer nos âmbitos estaduais, municipais e do Distrito Federal, após deliberação do respectivo Conselho de Assistência Social, conforme o art. 7º. do Decreto 1.605 de 1995 e em consonância com a LOAS, em que pela diretriz do comando único das ações em cada esfera de governo, a competência pelo gerenciamento da rede prestadora de serviços é do município e subsidiariamente no caso da proteção especial (e das ILPI, portanto), dos Governos Estaduais. Assim, os convênios no âmbito do Fundo Nacional de Assistência Social não poderão ser firmados diretamente com entidades, mas somente com os governos estaduais, municipais e do Distrito Federal (CNAS, 2012).

De acordo com FERREIRA (2011):

Os recursos destinados ao financiamento dos serviços, programas e projetos da Assistência Social deverão ser aplicados

exclusivamente em ações compatíveis com o que preconiza a PNAS no âmbito do SUAS e a tipificação nacional dos serviços socioassistenciais. Assim, não é possível a aplicação desses recursos para atendimento ao público específico de outras políticas (saúde, educação, esporte etc), bem como na aquisição de órteses e próteses, medicamentos, equipamentos de segurança, em educação especial, ou na contratação de profissionais de saúde como fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos, entre outros (...) Ressalta-se que a construção, ampliação, conclusão, reforma, recuperação e adaptação das unidades só é possível nos casos em que o imóvel (...) seja de propriedade do Estado, do Distrito Federal ou do Município proponente.

CHRISTOPHE (2009) aponta uma contradição sobre as ILPI com relação à sua complexidade. Para o Ministério da Saúde, as ILPI são caracterizadas como unidades de baixa complexidade (considerando sua necessidade de procedimentos e equipamentos). Já para o MDS, as ILPI estão enquadradas como equipamentos de alta complexidade no Sistema de Proteção Social Especial do SUAS, categoria está voltada ao atendimento de pessoas em situações de exposição à violência, com elevado grau de dependência e que exigem serviços específicos altamente qualificados, o que condicionam o volume de recursos repassados.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC n.º. 283) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define ILPI como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania (BRASIL, 2005a).

A RDC prevê a distribuição de recursos humanos com vínculo formal de trabalho conforme o grau de dependência dos moradores, a saber (Brasil, 2005a):

a) Grau de Dependência I - idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda (bengala, andador, óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas), sendo necessário um cuidador para cada 20 idosos desta categoria, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia;

b) Grau de Dependência II - idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada, sendo atribuído um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno;

c) Grau de Dependência III - idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo, sendo necessário um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

As instituições filantrópicas caracterizam-se principalmente por uma administração amadora, orientada pelo princípio ético/moral da benevolência, da caridade e do amor ao próximo, retrato da origem desta forma de cuidado no Brasil. Para DERNTL (2005), aí pode estar justamente o maior entrave para a sobrevivência dessas organizações. Claro que ao estabelecer a missão da instituição, o ideal humanitário da caridade e do “fazer o bem” deve ser preservado. Mas, para o seu funcionamento, as ILPI devem ser compreendidas como um sistema social aberto, em comunicação com o mundo externo, intencionalmente organizado (e reorganizado) a fim de atingir seus objetivos e cumprir sua missão.

Corroborando esta premissa, FERNANDES (2004) afirma que embora tenha crescido de forma significativa nas últimas décadas, o terceiro setor brasileiro ainda é caracterizado pelo amadorismo e voluntarismo na gestão. É premente a necessidade de estudos e pesquisas que adaptem e ou utilizem para o setor sem fins lucrativos conceitos e ferramentas desenvolvidos originalmente para a administração de empresas e/ou de entidades públicas, bem como desenvolvam uma base de conhecimento especializada para a gestão daquelas instituições.

Para BORBA (2011), as políticas públicas, dentre elas as políticas sociais, embora possam ser contraditórias, apresentam-se como campo de possibilidades de fortalecimento da democracia no seu sentido amplo (político, social e econômico), uma estratégia de alargamento dos direitos sociais e da construção de uma sociedade baseada na justiça e na equidade.

Assim, antes mesmo que se componha uma rede articulada intersetorial eficiente de programas públicos de atendimento integral, é necessário que as ILPI distribuídas em todo o país se mobilizem e se modernizem para desempenhar sua função como serviço alternativo ou complementar no conjunto dos serviços gerontológicos (CREUTZBERG et al., 2011).

1.2.1 - Panorama das ILPI no Brasil

De acordo com CAMARANO e BARBOSA (2016), é cada vez mais evidente a necessidade da função híbrida da ILPI, integrando a rede de assistência social e a rede de atenção à saúde, devido à maior expectativa de vida da população, à constrição das famílias e de potenciais cuidadores, ao aumento da prevalência de doenças crônicas e da incapacidade funcional.

No Brasil, foi realizada uma pesquisa com o objetivo de levantar informações para o cálculo dos indicadores das condições de funcionamento, de infraestrutura, de custos das instituições de longa permanência brasileiras, bem como dos recursos com que contam, tais como financiamentos públicos, subsídios e parcerias e elaborar um perfil dos seus residentes. A coleta de dados ocorreu nas cinco regiões do país, entre 2007 e o início de 2010, sendo identificadas ao término do estudo 3.548 instituições no território nacional, incluindo-se instituições em funcionamento, públicas, privadas com ou sem fins lucrativos, regulamentadas, com alvará ou não (IPEA, 2011). Considerando a ILPI o objeto de investigação do presente estudo, será feita a seguir uma breve descrição dos resultados da pesquisa acima mencionada.

Nas 3.458 ILPI identificadas na pesquisa, moravam 83.870 idosos, o que significava 0,5% da população idosa à época da coleta, indicando que a cobertura dessa modalidade de atendimento é baixa. Isto pode ser reflexo do reduzido número de instituições e do preconceito com relação a essa modalidade de cuidados, o que afeta sua expansão. A população feminina é a maioria, representando 57,3% dos residentes.

Dentre as ILPI investigadas, verificou-se que 65,2% eram filantrópicas, incluindo as religiosas e leigas e 6,6% eram públicas ou mistas. As ILPI foram encontradas em apenas 28,8% dos municípios brasileiros, concentradas nas grandes cidades (metrópoles), ilustrando a ausência de alternativa de cuidados de longa duração nesta modalidade de alta complexidade na maior parte do território brasileiro, gerando o questionamento sobre o tipo de cuidado a que a população idosa e suas famílias poderão recorrer em caso de necessidade, mesmo como última alternativa, conforme proposto na legislação brasileira e discutido anteriormente.

Nota-se que as condições financeiras do idoso constituem fator decisivo para o tipo de instituição em que será abrigado e em que momento de sua vida a institucionalização ocorrerá. Nas instituições públicas e filantrópicas, observam-se mais residentes independentes em relação às privadas com fins lucrativos, provavelmente porque a institucionalização se deva mais à carência financeira e/ou à falta de moradia. Por outro lado, nas instituições privadas com fins lucrativos é maior a proporção de idosos dependentes. Neste caso, o motivo da institucionalização decorreria de uma dependência física/mental mais elevada. Por sua vez, o idoso independente, em geral, permanece morando com a família ou até mesmo sozinho.

Com relação à possibilidade de saída dos residentes durante o período em que se encontram institucionalizados, 21,2% das instituições declararam-se abertas. Quanto à capacidade funcional dos residentes, 34,9% eram independentes. Dentre os serviços oferecidos nas instituições encontram-se serviços médicos (66,1%), fisioterapia (56%), terapia ocupacional (31,3%) e psicologia (23,5%). Menos de 50% das instituições oferecem atividades de lazer ou de geração de renda e a maior parte destas atividades, quando existe, é destinada principalmente às mulheres.

Considerando a autodenominação, 6,3% reconhecem-se abrigos e 29,5% como lares. Em média, cada ILPI brasileira abriga 30,4 residentes, porém 38% abrigam menos de 20 residentes, 24% abrigam entre 20 a 29 idosos e 15% são consideradas grandes, em que moram 50 idosos ou mais. Alguns estados possuem instituições com dois ou apenas um idoso. Quanto à lotação, 91,6% dos 109.447 leitos disponíveis nas ILPI estavam ocupados.

Verificou-se que mais de 90% das ILPI brasileiras declararam possuir refeitório, jardim, pátio, quintal e salas de televisão e de vídeo, sendo o refeitório o espaço mais frequente. Isto sugere a possibilidade de áreas para refeição, lazer, descanso ou atividades ao ar livre dos residentes, o que permite algum grau de integração entre eles.

Quando da coleta de dados, em média, cada ILPI gastava R\$ 717,91 por residente, havendo variações desde R\$ 92,62 a R\$ 9.230,77 *per capita*. O maior gasto das instituições era com o pagamento de recursos humanos, representando 62,6%. Ao pagamento de despesas fixas (telefone, água, gás) eram destinados 9,4% dos gastos e mais 14,1% para a alimentação, 5,3% para medicamentos. Os outros

18,8% de gastos referiam-se às despesas com aluguel, pequenos consertos, combustível, manutenção da casa e/ou aquisição de material de escritório.

Quanto à receita, 57% são oriundos da contribuição ou de mensalidade dos residentes e/ou familiares, seguida de 20% de financiamento público (federal, estadual e municipal) e 12,6% de recursos próprios da instituição. É interessante observar que nas instituições filantrópicas os percentuais são bem similares aos valores das instituições como um todo (46,6% de contribuição de residentes e 22% de financiamento público).

O aumento da expectativa de vida e do envelhecimento da população idosa, associados à presença de comorbidades crônicas, que provocam incapacidades físicas, cognitivas e sociais na pessoa idosa, estão demandando que as instituições de longa permanência deixem de compor apenas a rede de assistência social e passem a integrar também a rede de assistência à saúde (CAMARANO e BARBOSA, 2016).

As fontes de receita das ILPI privadas sem fins lucrativos são a contribuição do idoso (até 70% de seu benefício); o financiamento público, por meio de subvenções e parcerias; e a participação da sociedade, por meio de doações, de parcerias e parte da tributação paga pelos cidadãos, direcionada ao SUS e ao SUAS (CAMARANO e BARBOSA, 2016). Ainda assim, as despesas, em geral, superam as receitas, fazendo com que as ILPI padeçam com a precariedade de recursos e a necessidade de contar com o apoio e a colaboração da sociedade.

Conforme GIACOMIN e COUTO (2013, p.145): “em todas as idades, a vida humana é frágil: vivemos um equilíbrio instável, precisamos contar com uma rede de proteção, como aquela que sustenta os equilibristas em caso de algum acidente ou queda”.

1.3 - Rede

De acordo com SLUZKI (1997), os contextos culturais e subculturais em que estamos imersos, bem como os contextos históricos, políticos, econômicos, religiosos, de meio ambiente, de existência ou carência de serviços públicos, de idiossincrasias de uma região sustentam e fazem parte do universo relacional do indivíduo e da sociedade.

A configuração em rede é peculiar ao ser humano, ele se agrupa com seus semelhantes e vai estabelecendo relações familiares, de trabalho, de amizade, enfim, relações de interesses que se desenvolvem e se modificam conforme a sua trajetória, permitindo o compartilhamento de recursos, informações, conhecimentos e experiências. Assim, o indivíduo vai delineando e expandindo sua rede conforme sua inserção na realidade social, envolvendo pessoas, grupos, organizações e comunidades (TOMAÉL et al., 2005).

Em 1967, Milgram realizou um estudo inusitado. Este professor tinha por objetivo fazer chegar uma carta, por meio de uma cadeia de contatos, a um destinatário da qual se dispunha poucas informações. Para isso, enviou cartas a 160 moradores de Boston e Omaha, escolhidas aleatoriamente, instruindo-as para que reenviassem a carta recebida a um morador de Massachussets, que trabalhava em Boston, por meio de contatos que já tinham, como amigos e conhecidos. Estas pessoas foram orientadas a escrever seu nome no envelope, favorecendo o acompanhamento do percurso. O professor verificou que em média foram necessárias seis pessoas para que a carta chegasse ao destinatário. Este experimento foi repetido várias vezes, obtendo-se o mesmo resultado. Milgran defendeu a tese de que seis pessoas nos separam de qualquer outra pessoa. Essa tese ficou conhecida como “mundo pequeno” e “teoria dos seis degraus” (MOLINA, 2004).

O emprego da noção de rede nas ciências em geral ocorre a partir do século XX e sua difusão ocorre a partir da segunda metade daquele século, apoiando-se parcialmente na teoria dos grafos (MANCE, 2012).

Atualmente, as funções e processos sociais organizam-se cada vez mais em torno de redes, geralmente de forma invisível, criando “conexões ocultas”, seja nas empresas, nas comunidades científicas, no mercado financeiro, nas organizações não governamentais e demais instituições do Terceiro Setor, ou nos meios de comunicação, originando um fenômeno social importante e uma fonte crítica de poder (CAPRA, 2002).

Os arranjos organizacionais dos seres humanos são estruturados socialmente nas relações de produção, consumo, reprodução, experiência e poder, expressos em comunicação significativa, codificada pela cultura. A Era da Informação provocou transformações históricas que revolucionaram as relações entre a economia, o Estado

e a sociedade, pautadas nas tecnologias da informação e comunicação. A interdependência global de várias economias, a descentralização das corporações, a readequação dos modos de gestão e a reestruturação do capitalismo expressam a organização da sociedade contemporânea em rede (CASTELLS, 2003).

Assim, diferentes conceitos são propostos para definir o que seria uma rede.

De acordo com MARTELETO (2001), a rede pode ser definida como um “sistema de nodos e elos, uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede”. Também para MOLINA (2004), a rede é um conjunto de relações (linhas, vínculos ou laços) entre um número definido de elementos (nós).

CASTELLS (2003) define rede como um “conjunto de nós interconectados, capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação como, por exemplo, valores ou objetivos de desempenho”. Uma rede não tem um centro, apenas nós com relevância variável para a rede. Os nodos aumentam sua importância para a rede, absorvendo mais informações relevantes e processando-a de forma mais eficiente. A importância relativa de um nó não decorre de suas características específicas, mas da sua capacidade de contribuir para os objetivos da rede. No entanto, todos os nós de uma rede são necessários para o desempenho da rede. Quando os nós se tornam redundantes ou inúteis, as redes tendem a se reconfigurar, excluindo alguns nós e adicionando novos (CASTELLS, 2003).

Para MANCE (2001, p.24):

A ideia elementar de rede é bastante simples. Trata-se de uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo-lhes expandir-se em novas unidades ou manter-se em equilíbrio sustentável. Cada nóculo da rede representa uma unidade e cada fio um canal por onde essas unidades se articulam através de diversos fluxos.

O conceito proposto pelo autor acima reflete a definição de rede de colaboração solidária e está baseado no princípio de que a rede funciona como um

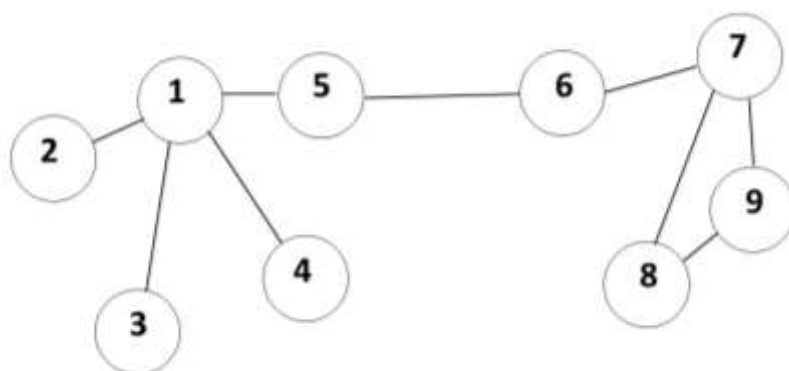
sistema *autopoiético*, ou seja, um sistema aberto que se auto reproduz. Isto significa que a rede que conecta grupos de um determinado movimento social fortaleça cada movimento em particular pelos intercâmbios que passam a ocorrer entre eles e que tal fortalecimento contribua para o surgimento de novos movimentos em outras localidades, aumentando a área de abrangência deste movimento social (MANCÉ, 2001).

GUZMÁN et al. (2003) definem a rede informal como um sistema de apoio primário integrado para dar e receber objetos, serviços, apoio social e emocional, considerados pelo receptor e pelo provedor como importantes. GRANOVETTER (1983) define rede social como o conjunto de laços relacionais através dos quais o indivíduo mantém sua identidade social e recebe apoio emocional, ajuda material, serviços e informações. GUZMÁN et al. (2003) também se referem às redes como “forças preventivas” que assistem aos indivíduos em caso de estresse, problemas físicos e emocionais. GRANOVETTER (1983) reforça, no entanto, que apesar da ideia de intercâmbio de apoio estar implícita no conceito de redes sociais, a extensão dos contatos, bem como a estrutura e composição da rede não são garantia de apoio.

Assim, a rede, compreendida como estrutura não linear, descentralizada, flexível, dinâmica, sem limites definidos e auto organizável, estabelece-se por relações horizontais de cooperação. A formação de redes nas organizações ocorre por meios e formas variados, desde uma conversa informal com um colega de trabalho na hora do café, em encontro com os amigos após o expediente, em reuniões, congressos, listas de discussões, portais corporativos, até situações formalmente criadas com a finalidade de alcançar resultados específicos (TOMAÉL et al., 2005).

A estrutura de uma rede de parceiros é mostrada esquematicamente na figura 1. Cada círculo com um número representa um nó ou indivíduo ou um parceiro (como uma empresa ou organização), dependendo do tipo de pesquisa sociométrica que está sendo estudado. Além dos nós, é possível visualizar diferentes segmentos de reta que os unem; tais segmentos são denominados laços relacionais.

Figura 1- Diagrama esquemático da estrutura de uma rede



Fonte: elaboração própria

Quanto às características da rede, SLUZKI (1997) as define de acordo com o *tamanho* (número de pessoas na rede), a *densidade* (conexão entre membros independentes do informante), a *composição ou distribuição* (localização de cada membro na rede), a *dispersão* (distância entre os membros), *homogeneidade ou heterogeneidade* demográfica e sociocultural; atributos de vínculos específicos (*intensidade ou tropismo*, ou seja, compromisso e intensidade da relação, durabilidade e história em comum); e os *tipos de funções* desempenhadas por cada vínculo e pelo conjunto (tipo predominante de intercâmbio entre os membros da rede).

Este mesmo autor também analisa o vínculo em termos de seus atributos, a saber: as *funções predominantes*, ou seja, qual função, ou combinações de funções caracterizam predominantemente esse vínculo; a *multidimensionalidade* ou versatilidade, ou seja, quantas dessas funções desempenha; a *reciprocidade*, que analisa o desempenho de funções equivalentes entre os membros daquela rede, atributo este também conhecido como “sistema-assimetria”; a *intensidade* ou compromisso da relação, ou seja, o tropismo ou atração entre os membros, também definido como “grau de intimidade”; a *frequência* dos contatos; e a *história da relação*, ou seja, desde quando os membros se conhecem e qual é a experiência prévia de ativação do vínculo.

Considerando a colaboração solidária proposta por MANCE (2002), uma rede capaz de conectar a diversidade será capaz de integrar, de modo fecundo e criativo, as ações realizadas para a prática da colaboração solidária, articulando seus recursos e consolidando a implantação de seus projetos, fortalecendo cada ator na medida em que ele mantém um fluxo constante com os demais. Já a ideia de realimentação (ou retroalimentação) significa que as ações desenvolvidas pela rede agenciam novas ações da própria rede, ampliando-a e expandindo o conjunto de suas ações em um círculo virtuoso capaz de envolver cada vez mais atores.

De acordo com MORENO (1934), a socionomia estuda as intrincadas interrelações de vários grupos e suas atividades e a forma como essas atividades afetam o bem estar da comunidade. A sociometria é uma parte da socionomia que trata do estudo matemático das propriedades psicológicas das populações, da técnica experimental e dos resultados obtidos pela aplicação de métodos quantitativos.

Uma das principais contribuições de Moreno foi a representação gráfica das configurações sociais por meio de sociogramas. Tratam-se de grafos que permitem a visualização das estruturas relacionais de um grupo e a posição ocupada por cada indivíduo. No sociograma, os indivíduos (ou atores) são representados por pontos (ou nós) e as relações entre eles são representadas por linhas. Deste modo, é possível visualizar os fluxos de informações e verificar como um ou mais indivíduos podem influenciar um outro (MORENO, 1934).

Uma pesquisa sociométrica busca, portanto, determinar a estrutura de uma rede por meio da caracterização dos parâmetros a partir de perguntas que são feitas para *um nó* sobre os *demais nós* de modo a se verificar como as propriedades estruturais afetam determinado comportamento. Esta é a razão da pesquisa ser denominada pesquisa de seção cruzada (*cross-sectional survey*). A estrutura da rede geralmente determina a velocidade na qual os recursos fluem através do sistema e como tais recursos penetrarão o sistema (WINCH, 2012).

O conceito de capital social é largamente utilizado nas pesquisas sociométricas. NAHAPIET e GHOSHAL (1998) o definem como a soma dos recursos reais e potenciais incorporados, disponíveis e derivados da rede de relações de um indivíduo ou unidade social. O capital social compreende tanto a rede como os bens que podem ser mobilizados através dela. As redes de relações constituem um

recurso valioso para a condução de assuntos sociais, proporcionando aos seus membros a propriedade da coletividade.

A amplitude do conceito de capital social reflete uma característica primordial da vida social: os laços sociais de um tipo (como de amizade), muitas vezes podem ser usados para diferentes propósitos (suporte moral, material, profissional e aconselhamento). Este conceito tem sido aplicado em estudos das famílias, de problemas de comportamento dos jovens, de educação e escolaridade, de saúde pública, da comunidade, do desenvolvimento econômico, da democracia e governança (ADLER e KWON, 2002).

O apoio social pode ser definido como qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por pessoas e/ou grupo(s) que se conhecem e que conferem, como resultado dessa interação, efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. O apoio social em saúde pode ser classificado como material (ou instrumental), emocional e de informação (VALENTE, 2010; MESQUITA et al.; 2012).

FACHADO et al. (2007) classificam o apoio social em dois componentes: o primeiro focado no apoio social estrutural (rede social), que oferece informação sobre a quantidade de relações sociais ou o número de pessoas aos quais o indivíduo pode recorrer; e o segundo que avalia o apoio social funcional - um conceito subjetivo que diz respeito à percepção do indivíduo sobre a sua própria disponibilidade de suporte.

GUZMÁN et al. (2003) consideram quatro categorias de transferências ou apoio nas redes sociais de idosos, sendo: 1) apoio material, que implica em fluxo de recursos financeiros (dinheiro em espécie) e não financeiros, nas diversas formas de apoio material (alimentação, vestuário, pagamento de serviços etc); 2) apoio instrumental, como o transporte, auxílio com as tarefas domésticas e cuidados em geral; 3) apoio emocional, por meios de manifestações de afeto, confiança, empatia, sentimentos associados à família e preocupação com os outros. Eles podem assumir diferentes formas, tais como visitas regulares, transmissão física de afeto, escuta etc.; e 4) apoio cognitivo, referente à troca de experiências, transmissão de informações, conselhos, atividades educativas etc.

O estudo das redes de apoio de idosos é importante por constituir a base da ajuda requerida por estas pessoas, caracterizando-se por instâncias em que os papéis

fazem sentido e são ancorados por estímulos sociais que promovem um sentimento de pertença e de integração social, evitando o isolamento e retardando os efeitos das doenças incapacitantes e da depressão neste grupo populacional (RODRIGUES e SILVA, 2013).

Ao analisar as características estruturais da rede social de 16 idosos pneumopatas crônicos, os pesquisadores mapearam uma rede com 128 membros, distribuídos entre família, amigos e profissionais de saúde. Em média, cada idoso citou 10,37 indivíduos (variando entre 3 e 19 atores citados por cada idoso, alguns deles repetidos e, portanto, inseridos na rede apenas uma vez), com predomínio do apoio classificado como informação, fornecida em sua maioria pelos profissionais de saúde do programa de reabilitação pulmonar em que os idosos estavam ou estiveram inseridos. Deste modo, por serem citados por vários informantes, estes profissionais adquiriram posição central na rede de apoio. Os autores observaram uma baixa coesão na rede, restringindo-se à rede pessoal de cada um, o que concorre para diminuir o poder de resolubilidade das demandas diárias. Apesar disso, os idosos relataram que estão satisfeitos com o apoio social em saúde proporcionado pela rede (MESQUITA et al., 2012).

De acordo com ARANTES (2012), “na velhice, as redes de apoio mais efetivas se concentram nos cuidados (materiais, financeiros ou afetivos) aos idosos, em geral por transferências intergeracionais”. Este autor analisou as redes sociais de 51 idosos e observou que o fator socioeconômico se mostrou importante determinante das interações sociais e extensão da rede de apoio. Foram identificadas redes de alta densidade e baixa centralidade em alguns idosos com dependência, sugerindo menor efetividade das redes de apoio. Em alguns idosos com idade avançada e incapacidade funcional, as redes eram reduzidas, formadas estritamente por membros familiares, gerando baixa densidade e alta centralidade, pressupondo, segundo o autor, maior efetividade das redes de apoio. Verificou-se no grupo estudado que as redes sociais dos idosos convergem às redes de apoio, havendo necessidade de fortalecimento destas redes, seja por meio de políticas públicas ou de medidas preventivas, principalmente no caso de idosos com incapacidade funcional, situação esta que favorece a limitação e/ou a redução de sua rede social.

Para fins legais, a NOB/SUAS (BRASIL, 2005b) define rede socioassistencial como um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade. Um exemplo específico para o idoso é o benefício de prestação continuada (BPC), previsto na LOAS e no Estatuto do Idoso. Provido pelo Governo Federal, o BPC consiste no repasse de um salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) e à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios para suprir sua subsistência ou de tê-la suprida por sua família. Esse benefício compõe o nível de proteção social básica, sendo seu repasse efetuado diretamente ao beneficiário.

A proteção social especial opera por meio da oferta da rede de serviços de atendimento domiciliar, albergues, abrigos, moradias provisórias para adultos e idosos, garantindo a convivência familiar e comunitária; rede de serviços de acolhida para crianças e adolescentes como repúblicas, casas de acolhida e abrigos; serviços especiais de referência para pessoas com deficiência, abandono, vítimas de negligência, abusos e formas de violência; ações de apoio a situações de riscos circunstanciais, em decorrência de calamidades públicas e emergências (BRASIL, 2005b).

Para MARTELETO (2001), o estudo dos comportamentos ou das opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem. Nessa conformidade, a unidade de análise não são os atributos individuais, mas o conjunto de relações que os indivíduos estabelecem uns com os outros.

De acordo com SLUZKI (1997, p.44):

A rede pode ser avaliada em termos de suas características estruturais (propriedades das redes em seu conjunto), das funções dos vínculos (tipo predominante de intercâmbio interpessoal característico de vínculos específicos e da soma ou combinação do conjunto de vínculos) e dos atributos de cada vínculo (propriedades específicas de cada relação).

O estudo das redes evidencia que os indivíduos, dotados de recursos e capacidades propositivas, organizam suas ações nos próprios espaços políticos em função de mobilizações e socializações suscitadas pelo próprio desenvolvimento das

redes. A autora ressalta que mesmo originando-se em uma esfera informal de relações sociais, os efeitos das redes podem ser percebidos fora de seu espaço, nas intervenções com o Estado, com a sociedade e/ou outras instituições representativas MARTELETO (2001).

Conforme ressalta AYRES (2002, p.3):

Participar de uma rede organizacional envolve algo mais do que apenas trocar informações a respeito dos trabalhos que um grupo de organizações realiza isoladamente. Estar em rede significa realizar conjuntamente ações concretas que modificam as organizações para melhor e as ajudam a chegar mais rapidamente a seus objetivos.

1.3.1 - Rede e ILPI

A rede de apoio social de idosos institucionalizados ainda é pouco estudada, assim como a rede de apoio das ILPI, fato que justifica a realização da presente pesquisa. Geralmente os estudos abordam a rede social pessoal do idoso vivendo na comunidade, por meio de instrumentos validados ou não, direcionados aos arranjos pessoais da rede social. São detalhados a seguir alguns resultados dos estudos encontrados sobre o tema, com descrições ora a respeito da rede pessoal de idosos, ora das parcerias estabelecidas pelas ILPI, sem necessariamente o emprego de técnicas de análise de redes sociais.

FIGUEIREDO et al. (2012) analisaram e compararam a rede social pessoal de 99 cuidadores familiares, sendo que 52 cuidavam de idosos demenciados e 47 cuidavam de idosos sem demência. Utilizaram o Instrumento de Análise da Rede Social Pessoal, que considera áreas de apoio emocional, financeiro, instrumental, aconselhamento, técnico, acesso a novos contatos, e companhia social. As autoras não encontraram diferenças significativas entre as redes dos dois grupos e verificaram que de forma geral, os familiares que cuidam de uma pessoa idosa dependente tendem a apresentar redes sociais muito reduzidas, muito concentradas nas relações familiares e informais (constituindo relações de amizade e vizinhança), sendo pouco eficazes em situações de sobrecarga ou tensão prolongada.

DOMINGUES et al. (2013) realizaram um estudo com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e a rede social de 382 idosos residentes na comunidade de Ermelino Matarazzo, na zona leste do município de São Paulo, por meio de questionário e do Mapa Mínimo de Relações do Idoso. A maioria dos participantes apresentou redes de tamanho pequeno, que podem auxiliá-los ao longo do ano por meio de atividades como visitas, companhia, auxílio para atividades domésticas, para cuidados pessoais e auxílio financeiro. Verificou-se que idosos viúvos possuíam uma rede social com contatos frequentes maiores do que a de indivíduos divorciados ou solteiros. Os idosos aposentados, apesar de possuírem níveis elevados de contatos esporádicos, possuíam uma rede social maior do que a dos idosos que ainda não estavam aposentados. Houve correlação positiva entre a renda familiar e maior prevalência de suportes esporádicos e frequentes.

RODRIGUES (2010) analisou as relações com a estrutura da rede social e o tipo de apoio recebido de 30 idosos institucionalizados e verificou que em média, os idosos possuíam 6,2 pessoas em sua rede social, composta mais por mulheres, entre familiares, amigos e profissionais da própria ILPI, sendo estes últimos aqueles em que os idosos possuíam mais contato. Os principais tipos de apoio prestado aos idosos foram “confidenciar coisas importantes”, “ser cuidado em situação de doença”, “conversar quando está triste, nervoso ou deprimido”, “ser estimulado e/ou tranquilizado em momentos de incerteza”, “ser respeitado” e “conversar sobre sua própria saúde”. A autora reforça que a presença de boas habilidades comunicativas, mensuradas por comportamentos verbais e não verbais entre os idosos estudados estava relacionada à maior quantidade de pessoas na rede, mais apoio afetivo e de interação positiva, ocorrendo o contrário em idosos com poucas habilidades.

RODRIGUES e SILVA (2013) realizaram um estudo para identificar a composição da rede de apoio social de 30 idosos institucionalizados, bem como os tipos e as quantidades de apoios recebidos por eles, por meio de entrevistas e da escala de apoio social. Os autores verificaram que a rede social desses idosos era composta, em ordem decrescente de quantidade, por familiares, amigos, internos e funcionários da instituição. Os idosos recebiam apoio material, afetivo e emocional quase sempre e apoios de informação e de interação social positiva, às vezes. Embora esses idosos possuíssem familiares vivos, 29 deles recebiam mais apoio social dos

amigos do que de seus familiares. Somente 13 recebiam apoio de poucos familiares (em média 1,8 membros da família ofereciam apoio aos idosos), sugerindo a existência de comprometimentos na relação desses idosos com os familiares.

CHRISTOPHE (2009) analisou o perfil das ILPI das regiões Nordeste e Sul do Brasil, diferenciadas sob o ponto de vista socioeconômico, a partir da pesquisa nacional iniciada pelo IPEA em 2006. A autora observou, dentre vários outros aspectos que o poder público mantém poucas instituições de residência para idosos, em ambas as regiões. No Nordeste, das 301 instituições respondentes (correspondendo a 99,7% das ILPI identificadas no período de 2006 a 2009), 18 eram públicas e nenhuma se declarou mista. No Sul, das 663 instituições que responderam à pesquisa (correspondendo a 95,7% do total de ILPI desta região), 26 eram públicas e 20 se declararam mistas.

De acordo com a autora, a presença do Estado se faz sentir por meio de convênios para financiamentos, diversas formas de parcerias de serviços e suporte e isenção de taxas e impostos. Em ambas as regiões analisadas, Nordeste e Sul, é mais frequente a parceria realizada com a municipalidade (as prefeituras) - 74,4% e 81,2%, respectivamente - das instituições destas regiões. No Nordeste, o segundo parceiro mais frequente é o governo do estado (21,1%), enquanto no Sul esta parceria ocorre em 8,2% das instituições. Embora muito distante da frequência de parcerias com a prefeitura, é de se notar a presença de parcerias com associações leigas filantrópicas, como Rotary, Lions Club, Maçonaria. Estas são mais frequentes no Sul (25,5%) que no Nordeste (10,6%).

De acordo com CHRISTOPHE (2009), as instituições filantrópicas no Nordeste estabelecem um leque de parcerias mais amplo do que as públicas e privadas, incluindo farmácias (para medicamentos e fraldas geriátricas, por exemplo), SESI, SENAI, SENAC para pequenos serviços para os residentes, como cabeleireiro, manicure, barbeiro, dentre outros. Também é comum a associação com comerciantes locais. Seria possível supor que isso ocorre porque elas não podem ter fins lucrativos e devem atender o público carente. No entanto, os resultados encontrados no Sul não validam esta suposição, já que também as instituições públicas e privadas contam com parcerias com o mesmo tipo de estabelecimentos. As diferenças, portanto, devem ser explicadas por condições socioeconômicas locais.

CREUTZBERG et al. (2007a) analisaram acoplamentos estruturais de ILPI que abrigavam idosos pobres da região sul do Brasil com o sistema econômico, a partir do referencial teórico de Niklas Luhmann. Os acoplamentos estruturais podem ser entendidos como as relações entre o sistema sócio-organizacional (no caso, a ILPI) e o ambiente, e a ressonância das informações do ambiente no sistema. Considerando que este é um dos poucos estudos referentes ao tipo de apoio prestado às ILPI, serão descritos nos próximos cinco parágrafos, os principais resultados obtidos pela pesquisa.

Os autores observaram que os recursos provêm dos próprios residentes, de verbas públicas (somente para ILPI públicas ou privadas sem fins lucrativos, conforme as autoras) e da comunidade. Estas ILPI recebem parte do benefício mensal dos residentes (geralmente entre meio e um salário mínimo), tendo que buscar elas próprias outras formas de suprir as carências financeiras. As ILPI expressam, com lamentação, que além de escassos, os recursos públicos são recebidos, frequentemente, com atraso. Em algumas situações as verbas públicas são repassadas para projetos específicos, voltados à ampliação ou reforma de instalações, aquisição de equipamentos, dentre outros, aprovados em órgãos governamentais.

Assim como em todas as ILPI, o maior gasto origina-se do pagamento de recursos humanos (mesmo com isenção de taxas patronais, obtida por algumas ILPI), sendo este um dos motivos pelos quais os dirigentes justificam a escassez/ausência de equipes multiprofissionais ou o diminuto número de profissionais de categorias imprescindíveis para a provisão dos cuidados. As ILPI ainda elencam gastos com materiais de higiene pessoal e limpeza, medicamentos, alimentação, manutenção da instituição e oportunidades de lazer (muitas vezes deixadas em segundo plano).

As doações da comunidade provêm tanto de indivíduos ou grupos (pessoa física) como de pessoas jurídicas, em geral sem constância e/ou continuidade, pautadas no princípio da solidariedade. Os doadores na forma de pessoa física ou de grupos de origem diversa são importantes na manutenção das instituições, sendo frequentemente motivados e chamados a colaborar. As parcerias ou os convênios com pessoa jurídica exigem agilidade no encaminhamento de projetos que, nem sempre, são aprovados. Destacam-se as parcerias com as empresas estatais e não

estatais dos mais diversos setores da economia, da indústria, comércio e serviços, bem como organizações pertencentes ao terceiro setor.

A opção por determinada ILPI por parte de uma empresa vai depender dos estímulos da instituição e as respectivas ressonâncias no ambiente, com base nos interesses de mercado e de *marketing* da empresa, sendo que as ILPI públicas e sem fins lucrativos conseguem mais facilmente estes acoplamentos em relação às privadas com fins lucrativos. Os dirigentes mencionaram projetos de notas fiscais (ressaltando o custo-benefício dos procedimentos executados); pagamento mensal de salário de funcionários das ILPI efetuados por empresas; voluntariado de grupos de funcionários de empresas, que realizam ações específicas e periódicas; parcerias com empresas prestadoras de serviços, em ações eventuais; bem como criação e manutenção de programas internos para garantir recursos (confeção de produtos para venda, bazares, festas, participação em eventos, shows etc).

Os dirigentes ressaltaram que é necessário divulgar à comunidade, de forma específica e detalhada, as necessidades das ILPI, por meio de *folders*, *sites* institucionais, matérias jornalísticas. Divulgam, igualmente, as formas de contribuição. Geralmente os doadores querem saber de que forma os recursos foram aplicados e em alguns casos cobram planejamento da aplicação das verbas, metas e resultados (às vezes até por meio de relatórios), porém os dirigentes entendem que estas ações são imprescindíveis para fidelizar doadores e angariar novos recursos.

Para PICCOLI e GODOI (2012, p.401):

“O voluntariado consiste no conjunto de ações práticas realizadas por pessoas, normalmente através de organizações, em benefício de outras pessoas”.

GUZMÁN et al. (2003) identificam como componentes das redes de apoio comunitárias as organizações não governamentais, relacionadas ao voluntariado, sem fins lucrativos, religiosas ou não; instituições públicas ou ligadas ao setor público, vinculadas às atividades comunitárias e aos projetos e organizações e instituições públicas de grande alcance, vinculadas às políticas nacionais. A configuração em rede pode melhorar a capacidade de um grupo social de mobilizar recursos, por meio da capacitação e do fortalecimento de lideranças e da ajuda mútua.

Para RAMDIANEE (2013), a motivação para o voluntariado pode derivar da necessidade do sentimento de pertencimento, de aumentar a autoestima ou o nível de autorrealização. É possível que as pessoas se tornem voluntárias em organizações sem fins lucrativos como forma de pertencer a um grupo ou a uma comunidade. Outros podem ser voluntários para ganhar autorrespeito, ou para obter o respeito dos outros, aumentando sua autoestima. E outros podem buscar no voluntariado um meio para utilizar sua criatividade e seus talentos inatos, alcançando então a autorrealização.

PICCOLI e GODOI (2012) realizaram entrevistas em profundidade com 12 voluntários de uma organização espírita no sul do Brasil com o objetivo de analisar fatores de motivação para o voluntariado contínuo. Os resultados mostraram a influência das crenças e valores pessoais, principalmente voltados à religiosidade; da empatia e do senso de utilidade; da possibilidade de aprendizado; e da estima ou gratificação. Os atributos e as estratégias organizacionais, tais como a reputação, os valores e as práticas foram preponderantes na tomada de decisão ao tornar-se voluntário e para a continuidade deste papel.

De acordo com CNAAN e GOLDBERG-GLEN (1991), o propósito da organização voluntária pode ser suficiente para inspirar e motivar os voluntários a dedicar tempo e esforço para alcançá-lo, constituindo o poder da causa.

Para MANCE (2012), a concepção de rede pressupõe o entendimento dos fluxos organizacionais e relacionais, aflorando singularidades e abrindo espaço para as transformações sociais, individuais e coletivas. Favorece o enfraquecimento da imposição política, econômica e cultural, permitindo a expressão das liberdades públicas e privadas e a geração de novos arranjos organizacionais. A estruturação horizontal da articulação em rede contribui para a convergência e complementariedade das ações dos vários atores sociais, potencializando a concretização de objetivos em comum.

FERNANDES (2004) afirma que “participar de uma rede organizacional envolve, portanto, algo mais do que apenas trocar informações a respeito dos trabalhos que um grupo de organizações realiza isoladamente. Estar em rede significa comprometer-se a realizar conjuntamente ações concretas, compartilhando

valores e atuando de forma flexível, transpondo assim, fronteiras geográficas, hierárquicas, sociais ou políticas”.

Destarte, o presente estudo pode contribuir com a disseminação do uso da Análise de Rede Social para “tecer” a rede de apoio de ILPI, explorar as configurações e as estruturas relacionais derivadas das interações entre os diferentes atores envolvidos. Vislumbra, ainda, despertar o interesse para as inúmeras possibilidades de aplicação desta ferramenta na análise da rede de cuidados de longa duração no Brasil, nas diferentes esferas de governo e em suas articulações.

5- CONCLUSÕES

São apontadas aqui as principais conclusões, priorizando os objetivos do estudo:

1-O mapeamento da rede da ILPI permitiu a descoberta da rede invisível, com seus atores e conexões. A rede em questão pode ser considerada o capital social da ILPI, constituído principalmente por pessoas físicas, com potencialidades para ampliar a extensão da rede, a densidade das conexões e a captação de recursos.

2-A rede de apoio da ILPI é composta por pessoas físicas, jurídicas, organizações não governamentais e órgãos públicos, que provêm recursos materiais, humanos, cognitivos e informativos, imprescindíveis à sobrevivência econômica da ILPI, sendo inclusive, membro integrante da rede individual de apoio de moradoras com reduzido suporte social, que contam com a atuação e a colaboração dos atores da rede de apoio da ILPI para suprir suas necessidades materiais, afetivas, espirituais e sociais.

3-A análise de rede social mostrou correlações lineares positivas fortes entre as medidas de centralidade de grau e de proximidade da rede, sendo possível concluir que o aumento das conexões entre os membros da rede, seja por relações recíprocas ou não, aumentará a proximidade entre os atores, melhorando o fluxo das trocas e

informações. Entre o grupo de pessoas físicas houve forte correlação linear entre as medidas de centralidade de grau, de proximidade e de intermediação.

4-Os elementos motivacionais são precursores do envolvimento de um ator na rede e no caso da maior parte da rede da ILPI - o grupo de pessoas físicas - estão atrelados à finalidade da entidade, e à busca por gratificações não remuneradas, como a autorrealização, a oportunidade de obter proximidade social ou ainda de dar continuidade às experiências positivas, e à prática de valores e ideais pessoais.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler PS, Kwon SW. Social Capital: Prospects for a New Concept. *The Academy of Management Review*. 2002; 27(1):17-40.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro. ANS, 2011.44 p.

Alix Y. Les bibliothèques et l'accès des seniors et des personnes âgées à la lecture. Ministère de l'éducation et de la communication. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2012.

Álvarez AOV, Aguilar NG. Manual Introductorio al Análisis de Redes Sociales: Medidas de Centralidad. 2005. Disponível em: http://revista-redes.rediris.es/webredes/talleres/Manual_ARC.pdf

Alves CA, Santos SBS. Uma Abordagem Estrutural em Redes: expondo padrões, possibilidades e armadilhas. *Revista de Ciências da Administração*. 2010; 12(26), 72-91.

Arantes RC. Uai sô, e agora? As relações entre fatores sociodemográficos e incapacidades funcionais nas redes sociais de idosos em Belo Horizonte/MG [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Araújo CLO, Souza LA, Faro ACM. Trajetória das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. *História da Enfermagem*. 2009; 1(2):250-262. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf>

Association des Bibliothécaires de France. Le Service Civique. Un engagement dans la bibliothèque, et pour les publics. 2015. Disponível em: <http://www.culturecommunication.gouv.fr/Aides-demarches/Service-civique/Missions-types-et-exemples-de-missions/Missions-par-grands-domaines-culturels>

Ayres B. Redes Organizacionais no terceiro setor: um olhar sobre suas articulações. 2002. Disponível em <http://www.rits.org.br>

Azevedo TB, Rodriguez MVR. Softwares para análise de redes sociais – ARS. In: VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 5 a 7 de agosto de 2010. Niterói: Brasil; 19p.

Barbieri CV. Cuidados de longa duração no Brasil: as possibilidades do seguro-dependência. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Políticas de Previdência Social. Brasília-DF. 2013.

Batista AS, Jaccoud L, Aquino L, El-Moor PD. Proteção das pessoas idosas dependentes: análise comparativa da experiência internacional. Texto para Discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). n.º. 1403., 2009. 41p. Disponível em <http://hdl.handle.net/10419/91167>

Bauer MW, Gaskell G (editores). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – uma manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 2ª. edição. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

Bloom DE, Chatterji S, Kowal P, Lloyd-Sherlock P, McKee M, Rechel B, Rosenberg L, Smith JP. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. The Lancet. 2015;385(9968), 649-657.

Borba RDCF. Um estudo sobre a estruturação da rede de proteção social voltada à população idosa no município de Vitória [dissertação de mestrado]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2011.

Borgatti SP. NetDraw[®]: Graph Visualization Software. Harvard: Analytic Technologies; 2002.

Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. Ucinet[®] 6 for Windows: Software for Social Network Analysis. Harvard, MA: Analytic Technologies; 2002.

Boschetti I. Assistência social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília, DF: Grupo de Estudos e Pesquisas em Seguridade Social e Trabalho, Serviço Social. Universidade de Brasília; 2001.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 5 jan 1994; Seção 1, p. 77

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 3 out. 2003; Seção 1:1.

Brasil. Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 30 nov. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada n. 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União, Brasília, 2005a.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social. Resolução do CNAS nº. 130, 2005b.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social – PNAS, Brasília: (MDS), 2004.

Braz CLR, Cardoso OO. Economia solidária e redes sociais: antigos fenômenos, novas feições. Organizações em contexto. 2013; 9(17):59-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/1982-8756/roc.v9n17p59-77>

Breen GM, Matusitz J, Wan TTH. The Use of Public Policy Analysis to Enhance the Nursing Home Reform Act of 1987. Soc Work Health Care. 2009; 48(5): 505–518.

Brush CG, Greene PG, Hart. Empreendedorismo e construção da base de recursos. Revista de Administração de Empresas. 2002;42(1):20-35.

Callegari-Jacques SM. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003. 255p.

Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC (organizadores). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

Camarano AA, Ghaouri SK. Família de idosos: Ninhos vazios? Ipea, 2003. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>.

Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010.

Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Pp. 67-91

Camarano AA, Scharfstein EA. Instituições de longa permanência para idosos: abrigo ou retiro? In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Pp. 163-186.

Campos MS, Miotto RCT. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. *Revista SER Social*. 2010; (12):165-190.

Cnaan, RA, Goldberg-Glen RS. Measuring motivation to volunteer in human services. *The journal of applied behavioral science*. 1991; 27(3), 269-284.

Capra F. As conexões ocultas: ciência para uma vida sustentável. São Paulo: Cultrix, 2002.

Carneiro R, Chau F, Soares C, Fialho J, Sacadura M. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa, 2012. 363p. Disponível em: http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf

Carretero S, Stewart J, Centeno C, Barbabella F, Schmidt A, Lamontagne-Godwin F, Lamura G. Can technology-based services support long-term care challenges in

home care? JRC Scientific and Policy Reports. 2012. 112p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1362165623_41923.pdf

Castel R. As metamorfoses na questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

Castells M. A sociedade em rede. 7ª. Edição. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

Chevreur K, Brigham KB. Financing long-term care for frail elderly in France: the ghost reform. *Health Policy*. 2013;111:213–220. DOI:10.1016/j.healthpol.2013.05.013

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12(6): 1–291.

Christophe M. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas; 2009.

Christophe M, Camarano AA. Dos asilos às instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos. In: Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Pp.145-162.

Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social), DRSP (Departamento da Rede Socioassistencial Privada do Suas), SNAS (Secretaria Nacional de Assistência Social). Orientação Conjunta MDS/CNAS. Brasília, 2012. Disponível em

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/entidades-de-assistencia-social/certificacao-de-entidades-beneficentes-de-assistencia-social>

Creutzberg M. A Instituição de Longa Permanência para Idosos e sua relação com o Sistema Societal: uma análise na perspectiva da Teoria de Sistemas de Niklas Luhmann. [Tese de Doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Santos BL, Santos SSC, Pelzer MT, Portella MR, Scortegagna HM, Rodrigues RAP, Marques S, Sales ZN, Souza AS, Alvarez AM, Schier J, Sena ELS, Meira EC. Acoplamento estrutural das instituições de longa permanência para idosos com sistemas sociais do entorno. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(2):219-225.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA. A sobrevivência econômica de instituições de longa permanência para idosos empobrecidos. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007a; 15(número especial): 748-754. Disponível em www.eerp.usp.br/rlae.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Santos BRL. A comunicação entre a família e a Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007b; 10(2): 147-60.

Cross R, Parker A, Borgatti SP. A bird's-eye view: using social network analysis to improve knowledge creation and sharing. *Knowledge Directions.* 2000; 2(1): 48-61. Disponível em: <http://www.analytictech.com/borgatti/publications.htm>.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. *Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade.* 21ª. Edição. Petrópolis: Vozes; 2002.

Debert GG. A Reinvenção da Velhice: socialização e processo de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da USP/FAPESP; 2004.

Derntl AM. Quem administra as instituições de longa permanência para idosos? Portal do envelhecimento. 2005. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/ILPI5.htm>.

Domingues MA, Ordonez TN, Lima-Silva TB, Torres MJ, Barros TC, Florindo AA. Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013; 16(1): 49-59.

Draibe SM. Uma nova institucionalidade das políticas sociais? Reflexões a propósito da experiência latino-americana recente de reformas dos programas sociais. São Paulo em Perspectiva. 1997; 11(4): 3-15.

Elliott S, Golds S, Sissons I, Wilson H. Long-Term Care – A Review of Global Funding Models. Institute and Faculty of Actuaries in Edinburgh. 2014. Disponível em: <http://www.actuaries.org.uk/documents/long-term-care-review-global-funding-models>.

Fachado AA, Martinez AM, Villalva CM, Pereira MG. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa – Questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOSS-SSS). Acta Med Port. 2007; 20:525-533.

Farina MC, Silva RS, Silva Filho JRT, Silveira MAP, Ozaki MT, Benevides G. Uma investigação da centralidade e da densidade de uma rede de empresas que atuam na realização de festas e casamentos. Revista Alcance. 2013; 20(2): 170-185.

Federal Ministry of Health. Responsibilities for LTCI. 2015a. 3p. Disponível em: <http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care/responsibilities-for-ltc-i.html>

Federal Ministry of Health. The German Bundestag adopted the First Act to Strengthen Long-term Care. 2015b. 6p. Disponível em: <http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care/the-german-bundestag-adopted-the-first-act-to-strengthen-long-term-care.html>

Federal Ministry of Labour and Social Affairs. Social Security at a Glance 2015. 2015. 133p. Disponível em: <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a998-social-security-at-a-glance-total-summary.pdf? blob=publicationFile>

Fernandes KR. A Constituição de Redes Organizacionais como nova forma de Gestão das Organizações do Terceiro Setor. Revista IntegrAção. 2004; 7(39):1-11.

Fernández JL, Forder J, Trukeschitz B, Rokosová M, McDaid D. How can European states designed efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? World Health Organization. Health Systems and Policy Analysis. Policy Brief 11. 2009.

Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2011; Brasília, DF. 144p.

Figueiredo D, Lima MP, Sousa L. Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social pessoal e satisfação com a vida. Psicologia, Saúde & Doenças. 2012; 13(1): 117-129.

Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). Revista Política Hoje. 2009; 18(1):115-146.

Frank EM, Serafim MC. Captação de recursos não reembolsáveis: dificuldades e limitações das entidades assistenciais de Criciúma-SC. Cadernos Gestão Pública e

Cidadania. 2008;13(53):83-106. Disponível em:
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cgpc/article/view/44179>

Freeman LC. The Development of Social Network Analysis – with emphasis on recent events. In: Scott J, Carrington PJ (editors). The SAGE Handbook of Social Network Analysis. London: SAGE Publications. 2011.

Garson GD. Statnotes: Topics in Multivariate Analysis. 2009. Disponível em:
<http://faculty.chass.ncsu.edu/garson/PA765/statnote.htm>

Généralions Mouvement. Réforme des retraites. Communiqué de presse. 2013. Disponível em: http://www.finistere.generations-mouvement.org/medias_29/la_boite_aux_letters/CP_REFORME_02_09_2013_VF.pdf

Généralions Seniors. Guide Pratique des aînés. Lyon citoyen. Hors Série. Avril 2013. Disponível em: <http://www.gpvlyonduchere.org/wp-content/uploads/2015/05/doc-lyon-pa.pdf>

Giacomin KC, Couto EC. O caráter simbólico dos direitos referentes à velhice na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso. Revista Kairós Gerontologia. 2013; 16(3):141-160.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. Tradução: Dante Moreira Leite. 1ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.

Granovetter M. The strength of weak ties: a network theory revisited. Sociological Theory. 1983; v.1: 201-233. Disponível em: <http://www.soc.ucsb.edu/faculty/friedkin/Syllabi/Soc148/Granovetter%201983.pdf>

Granovetter MS. The Strength of Weak Ties. American Journal of Sociology. 1973; 78(6):1360-1380.

Groisman D. Asilos de Velhos: passado e presente. *Estud. interdiscip. envelhec.* 1999; 2: 67-87.

Guimarães FJZ, Melo ES. Diagnóstico Utilizando Análise de Redes Sociais [Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Engenharia de Produção]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.

Guimarães NA, Hirata HS, Sugita K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de *care* no Brasil, França e Japão. *Soc Antrop.* 2011;1(1):151-180.

Guzmán JM, Huenchuan S, Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población.* 2003; 77: 35-70. Disponível em: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf

Hanneman RA, Riddle M. Introduction to social network methods. Riverside, CA: University of California, Riverside, 2005. Disponível em: <http://faculty.ucr.edu/hanneman>.

Hayashi M. Dementia: Japan's experience. Dementia Awareness Week Conference. Glasgow. 2015a. Disponível em: <http://daw.dementiascotland.org/wp-content/uploads/2015/06/Mayumi-Hayashi-Japans-Policy.pdf>

Hayashi M. Japan: where grassroots support initiatives are growing in empty houses. Housing Learning and Improvement Network. London. 2015b. 6p.

Hayashi M. O Bem Estar do Idoso no Japão: Primeiras aproximações do trabalho realizado pelo Assistente Social na atenção ao idoso. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009, 97p.

Hikichi H, Kondo N, Kondo K, Aida J, Takeda T, Kawachi I. Effect of a community intervention programme promoting social interactions on functional disability

prevention for older adults: propensity score matching and instrumental variable analyses, JAGES Taketoyo study. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(9):905-910. DOI: 10.1136/jech-2014-205345

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comissão Nacional de Classificação (CONCLA). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000: documentação dos microdados da amostra. Rio de Janeiro. 2002.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354880>

Inkpen AC, Tsang EWK. Social capital networks, and knowledge transfer. *Academy of Management Review*. 2005;30(1):146-165.

International Labour Organization (ILO). International Experience with Social Assistance Schemes. Five Country Case Studies. Moscow, 2004.113p. Disponível em: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-moscow/documents/publication/wcms_344665.pdf

IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: *Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas*. Comunicados do IPEA. Série Eixos do Desenvolvimento Brasileiro. 2011; 93.

Jariego IM, Ramos DH. Lazos fuertes y proveedores múltiples de apoyo: comparación de dos formas de representación gráfica de las redes personales. *Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales*. 2005;10:107-128.

Jaccoud L. Proteção Social no Brasil debates e desafios. In: Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/UNESCO, 2009. P. 57-86.

Kadushin C. Introduction to Social Network Theory. 2004, Boston.

Kofahl C, Dahl K, Döhner H. Projekt Synopse innovativer Ansätze zur vernetzten Versorgung älterer Menschen in Deutschland – ProNETZ. Universität Hamburg. 2002

Krackhardt D, Hanson JR. Informal Networks: the company behind the chart. Harvard Business Review. 1993;71(4): 104-111.

Lara ML, Lima VMA. Termos e conceitos sobre redes sociais. In: Población DA; Mugnaini R, Ramos LMSV. Redes sociais e colaborativas em informação científica. São Paulo. Ed. Angellara, 2009.

Lazega E, Snijders TAB (eds.). Multilevel Network Analysis for the Social Sciences – Theory, Methods and Applications. Methodos Series 12. Switzerland. Ed. Springer. 2016. 373 p.

Le Bihan B, Martin C. Reforming long-term care policy in France: private-public complementarities. *Soc Policy Admin.* 2010;44(4):392-410. DOI:10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x

Liao J, Welsch H. Social capital and entrepreneurial growth aspiration: a comparison of technology- and non-technology-based nascent entrepreneurs. *The Journal of high technology management research.* 2003;14(1):149-170.

Lira SA. Análise de correlação: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2004.

Lloyd-Sherlock P. Population ageing and international development – from generalization to evidence. United Kingdom: Policy Press, 2010.

Mance EA. A revolução das redes – a colaboração solidária como uma alternativa pós-capitalista à globalização atual. 2ª. Edição. Petrópolis: Vozes; 2001.

Mance EA. Redes de Colaboração Solidária. Petrópolis: Vozes; 2002.

Mance EA. Teorias de Rede - Introdução Conceitual e Elementos Organizativos. Rede Escola de Governo do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 27 a 29 de junho de 2012. Disponível em: http://redeescoladegoverno.fdrh.rs.gov.br/upload/1367354901_ARTIGO%20REDE.pdf

Marteleteo RM. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. Ci. Inf., Brasília. 2001; 30(1): 71-81.

Matheus RF, Silva ABO. Fundamentação Básica para a análise de redes sociais: conceitos, metodologia e modelagem matemática. In: Poblacion DA, Mugnaini R, Ramos LMSVC. Redes sociais e colaborativas em informação científica. São Paulo: Angellara, 2009.

Mesquita RB, Morano MTAP, Landim FLP, Collares PMC, Pinto JMS. Rede de apoio social e saúde de idosos pneumopatas crônicos. Ciência & Saúde Coletiva. 2012; 17(5):1125-1133.

Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciência e Saúde Coletiva. 2012; 17(3): 621-626.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1992.

Molina JL. La ciência de las redes. *Apuntes de Ciencia y Tecnología*. 2004; 11: 36-42

Moore DS, Notz WI, Fligner MA. *The Basic Practice of Statistics*. 6ª. edição. New York: W. H. Freeman and Company; 2013.

Moreno JL. Who Shall Survive – A new approach to the problem of human interrelations. 1934. *Nervous and Mental Disease Monograph Series N° 58*. Nervous and Mental Disease Publishing Co. Washington D.C. 452p.

Nahapiet J, Ghoshal S. Social capital, intellectual capital, and the organizational advantage. *Academy of Management Review*. 1998;23(2), 242-266.

Nakanishi M, Nakashima T. Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health – and social – care systems? *Alzheimers Dement*. 2014;10(4):468-476. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2013.06.005>

National Institute of Population and Social Security Research. *Social Security in Japan*. 2014. 71p. Disponível em: <http://www.ipss.go.jp/s-info/e/ssj2014/PDF/ssj2014.pdf>

Neri AL (organizadora). *Qualidade de vida e idade madura*. 7ª. edição. Campinas: Papirus Editora. 1993

Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, Santos GA, Moura JGA. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad. Saúde Pública*, 2013, 29(4):778-792. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>

Nogueira-Martins MCF, Bógus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3): 44-57.

Novaes RHL. Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro – repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos [Dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Addressing Dementia: The OECD Response, OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing, Paris. 2015a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264231726-en>

Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. OECD Publishing, Paris. 2015b. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Pascotto SMP, Farina MC, Rodrigues THPT, Dugo JC. Análise de rede social para mensuração das estruturas formais e informais. *Revista de Administração da UFSM*. 2013; 6 (ed. Especial):179-194.

Paulilo MAS. A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*. 1999; 2(1): s/p. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v2n1_pesquisa.htm

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. FJP – Fundação João Pinheiro. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>

Piccoli P, Godoi CK. Motivação para o trabalho voluntário contínuo: uma pesquisa etnográfica em uma organização espírita. *Organizações & Sociedade*. 2012;19(62): 399-415.

Qualls SH. Caregiving families within the long-term services and support system for older adults. *Am Psychol* 2016; 71(4): 283-293.

Rabelo DF, Neri AL. Arranjos domiciliares, condições de saúde física e psicológica dos idosos e sua satisfação com as relações familiares. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015; 18(3):507-519. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n3/1809-9823-rbgg-18-03-00507.pdf>

Ramdianee MM. Motivation of volunteers in not-for-profit organisations supporting children with life-threatening illnesses in Western Australia. Ph.D. Curtin University, Graduate School of Business. 2013.

Rezende RC. Programa de atendimento ao idoso: a intersetorialidade em ação. *Pensar BH/Política Social*. 2012; 31:5-9.

Rocha AS. Custos com benefícios para o financiamento de cuidados de longa duração para idosos com dependência: estimativas e projeções para o Brasil. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2015. 273p. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUBD-9VTFQZ/tese_demografia_alane_rocha_2015.pdf?sequence=1

Rodrigues AG. Habilidades comunicativas e a rede social de apoio de idosos institucionalizados [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

Rodrigues AG, Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013; 16(1):159-170.

Rodrigues R, Huber M, Lamura G. (eds.). Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Vienna. 2012; 122p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/LTC_Final.pdf

Rodriguez TM. La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Documentos de Bienestar Social. Eusko Jaurlaritzaren (Ed.). Vitoria-Gasteiz, 2011.

Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão, ML (organizadora). SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde. 2003

Sartini CM, Correia AM. Programa Maior Cuidado - Qualificando e humanizando o cuidado. Pensar BH/Política Social. 2012; 31:10-13.

Schmidt A, Chiatti C, Fry G, Hanson E, Magnusson L, Socci M, Stückler A, Széman Z, Barbabella F, Hoffmann F, Lamura G. The CARICT project - ICT-based solutions for caregivers: Assessing their impact on the sustainability of long-term care in an ageing Europe. European Centre for Social Welfare Policy and Research. 2011; 112p. Disponível em: http://www.euro.centre.org/data/1362165623_41923.pdf

Shimizutani S. The future of long-term care in Japan. Research Institute of Economy, Trade and Industry. Discussion Paper Series. 2013. Disponível em: <http://www.rieti.go.jp/jp/publications/dp/13e064.pdf>

Silva IC; Garcia JCR. Rede colaborativa de descritores de responsabilidade social no PPGCI/UFPB. Biblionline. 2012; 8(Esp.): 184-197

Silva MCM. Redes sociais intraorganizacionais informais e gestão: um estudo nas áreas de manutenção e operação da planta hyco-8, Camaçari, BA. [Dissertação de mestrado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2003.

Silva RR; Fonseca TMA. Proteção social: notas críticas sobre a interface entre Estado e família na contemporaneidade. In: Anais da Jornada Internacional em Políticas Públicas; 2007; Maranhão, BR.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica – Alternativas Terapêuticas. Casa do Psicólogo. São Paulo. 1997. 145p.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) - Seção São Paulo – Instituição de Longa Permanência para Idosos: manual de funcionamento. São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Seção São Paulo, 2003:39 p.

Stegmüller K. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):889-897. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/csc/v14n3/24.pdf>

Strauss A, Corbin J. Pesquisa Qualitativa – Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Tamiya N, Noguchi H, Nishi A, Reich MR, Ikegami N, Hashimoto H, Shibuya K, Kawachi I, Campbell JC. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *Lancet*. 2011;378(9797):1183-1192. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61176-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61176-8)

Teixeira SM. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. *Revista Kairós*. 2008; 11(2): 59-80

Tokyo Metropolitan Government. Social Welfare and Public Health in Tokyo. 2015; 26p. Disponível em: http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/joho/koho/tokyo_fukuho_e15.files/2015fukusi_eigo_1.pdf

Tomaél MI; Alcará AR; Chiara IGD. Das redes sociais à inovação. Ci. Inf., Brasília, 2005; 34(2): 93-104

Ude W. Redes Sociais - Possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In: Carvalho A. et al. (orgs). Políticas Públicas. 2003. 1ª. reimpressão. Belo Horizonte: Editora UFMG. p.127-139

Valente TW. Social Networks and Health – Models, Methods, and Applications. Oxford: University Press, 2010.

Wasserman S, Faust K. Social Network Analysis: methods and applications. Cambridge: University Press, 1999.

Winch P. Social Networks – Diffusion of Innovations. School of Public Health. The Johns Hopkins University, 2012, 80p.

Yeung, AB. The octagon model of volunteer motivation: Results of a phenomenological analysis. Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations. 2004;15(1), 21-46.