

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

FLÁVIA CRISTINA BUSCH BOREGAS

**SUPORTE SOCIAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DE DESCENDÊNCIA NIPÔNICA**

MARINGÁ
2018

FLÁVIA CRISTINA BUSCH BOREGAS

**SUPORTE SOCIAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS DE DESCENDÊNCIA NIPÔNICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Promoção da Saúde no Envelhecimento.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rute Grossi Milani
Coorientadora: Prof.^a Dra. Mirian Ueda Yamaguch

MARINGÁ
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B731s Boregas, Flávia Cristina Busch.

Suporte social e condições de saúde dos idosos institucionalizados de descendência nipônica / Flávia Cristina Busch Boregas. Maringá-PR: UNICESUMAR, 2018.

79 f. ; 30 cm.

Orientadora: Rute Grossi Milani.

Coorientadora: Mirian Ueda Yamaguchi.

Dissertação (mestrado) – UNICESUMAR - Centro Universitário de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, 2018.

Leila Nascimento – Bibliotecária – CRB 9/1722
Biblioteca Central UniCesumar

Ficha catalográfica elaborada de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FLÁVIA CRISTINA BUSCH BOREGAS

**Suporte Social e Condições de Saúde dos Idosos Institucionalizados de
Descendência Nipônica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof.^a Dra. Rute Grossi Milani
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof. Dr. Leonardo de Oliveira Pestillo
Centro Universitário de Maringá

Prof.^a Dr.^a Solange Franci Raimundo Yaegashi
Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em 28 de fevereiro de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

A todos aqueles que contribuíram para sua realização. Em especial a minha filha, meu esposo, meus pais e toda minha família que sempre acreditaram, torceram e ofertaram suporte e amor incondicionais e ao Prof. Dr. Diógenes Aparício Garcia Cortez.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

À minha família, meu marido Flávio e minha filha Manuela pela compreensão e entendimento nos momentos de ausência e estudo.

Aos meus pais Luiz e Marley e demais familiares que auxiliavam em momentos decisivos, sendo prestativos, acolhedores e primordiais.

Às minhas colegas docentes no curso de Psicologia da UniCesumar pelo incentivo na realização desta conquista.

Às minhas gestoras Maria Estela Martins Silva e Rosane Rodrigues Pinto por viabilizarem o curso deste projeto.

Aos colegas do Mestrado em Promoção da Saúde, pela amizade, apoio e demonstração de companheirismo, fez toda diferença.

Ao Centro Universitário de Maringá, por ter-me possibilitado desenvolver este trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde/ UniCesumar pelos valiosos ensinamentos.

À todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

TREM - BALA

Não é sobre ter todas as pessoas do mundo pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a própria
voz

É sobre dançar na chuva de vida que cai sobre nós
É saber se sentir infinito
Num universo tão vasto e bonito é saber sonhar
Então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar

Não é sobre chegar
No topo do mundo e saber que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu
É sobre ser abrigo
E também ter morada em outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as situações
A gente não pode ter tudo
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim

Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz de
comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se compartilhar
Também não é sobre
Correr contra o tempo pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já ficou pra
trás

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá

Segura teu filho no colo
Sorria e abraça os teus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Ana Carolina Vilela da Costa.

SUPORTE SOCIAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS DE DESCENDÊNCIA NIPÔNICA

RESUMO

O suporte social compreende as relações que se estruturam no reconhecimento e acessibilidade a pessoas em quem se possa confiar, com evidência de afeto, carinho e cuidado. Este estudo pretendeu compreender a percepção das pessoas asiladas acerca do suporte social, analisando sua relação com as condições de saúde. A percepção de suporte social é construída com base na interação da pessoa com seu grupo e com os elementos culturais. Trata-se de pesquisa descritiva do tipo transversal, com abordagem mista, qualitativa e quantitativa, desenvolvida em uma instituição de longa permanência para idosos localizada no município de Maringá, no norte do Paraná – Brasil, destinada a acolher exclusivamente idosos de descendência nipônica. A escolha deste local aconteceu em decorrência do local ser uma instituição de longa permanência para idosos que propicia aos residentes acesso à comunidade externa, possibilitando que o idoso conviva em sociedade e participe de atividades sociais coletivas, como frequentar feiras livres, shoppings e parques da cidade e da região. Os dados foram obtidos em duas etapas visando maior completude de informações acerca da temática, a primeira etapa fez referência a uma pesquisa documental, foram consultados os prontuários dos 30 idosos residentes no local cujos dados serviram de base para a seleção dos idosos entrevistados, segunda etapa, em razão de terem amparado os critérios de exclusão. Foram entrevistados 12 idosos, descendentes de japoneses, sendo 10 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Procedeu-se, primeiramente, a consulta aos prontuários dos 30 idosos institucionalizados, para levantamento de informações sobre as condições gerais de saúde. Em seguida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro com 10 questões abertas e ênfase temática à compreensão e acesso a suportes sociais, tais como: relacionamentos familiar e social, apoio social e cuidado. Empregou-se a análise estatística descritiva para caracterizar o perfil sociodemográfico e as variáveis relativas às condições de saúde, sendo utilizado o software Microsoft Excel para organização, tabulação e sumarização dos dados coletados. Os dados coletados nas entrevistas foram tabulados com o uso do software IRAMUTEQ, que permitiu aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical, possibilitando o manejo dos dados, integridade, codificação, categorização, das informações coletadas. A análise de conteúdo possibilitou a identificação da composição da rede de suporte social acessível e as situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido, bem como a identificação tanto da composição da rede de suporte social acessível à população do estudo quanto das situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido. Os resultados do estudo dão luz à existência de relação entre suporte social e condições de saúde. Os dados sugeriram o reconhecimento, por parte dos idosos, da existência de uma rede de apoio assistencial, composta essencialmente pela equipe de cuidadores, sejam eles colaboradores da instituição ou não. Pode-se verificar a precariedade de redes ou contatos sociais fora da instituição, a falta de relação com familiares e amigos, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. Por outro lado, foi possível identificar a percepção pelos idosos de uma forte rede de suporte proveniente dos cuidadores e profissionais da saúde que trabalham na instituição, condição que demonstrou contribuir para a promoção da saúde do idoso. Constatou-se que o suporte social dá ao idoso

melhores condições para enfrentar dificuldades na condição de saúde, significando um importante fator protetor de saúde.

Palavras-chave: Apoio social, Envelhecimento, Promoção da Saúde.

SOCIAL SUPPORT AND HEALTH CONDITIONS OF INSTITUTIONALIZED IDENTITIES OF NIPONIC DESCENDANCE

ABSTRACT

Social support comprises the relationships that are structured in the recognition and accessibility to people that can be trusted, with evidence of affection, affection and care. This study aimed to understand the perception of asylum people about social support, analyzing their relationship with health conditions. The perception of social support is built based on the person's interaction with his or her group and with the cultural elements. It is a cross-sectional descriptive research, with a mixed, qualitative and quantitative approach, developed in a long-stay institution for elderly people located in the municipality of Maringá, in the north of Paraná - Brazil, intended to accommodate only elderly people of Japanese descent. The choice of this place happened because the place is a long-term institution for seniors that provides residents with access to the external community, enabling the elderly to live in society and participate in collective social activities, such as attending free fairs, shopping malls and city parks and the region. The data were obtained in two stages aiming at a greater completeness of information about the subject, the first step referred to a documentary survey, the medical records of the 30 elderly residents in the place whose data served as basis for the selection of the elderly interviewed were consulted, second stage, because they have met the exclusion criteria. We interviewed 12 elderly people, descendants of Japanese, 10 being female and 2 male. We first consulted the medical records of the 30 institutionalized elderly people, in order to gather information about the general health conditions. Then, semi-structured interviews were carried out, following a script with 10 open questions and a thematic emphasis on understanding and access to social supports, such as: family and social relationships, social support and care. The descriptive statistical analysis was used to characterize the sociodemographic profile and variables related to health conditions, using Microsoft Excel software for organizing, tabulating and summarizing the data collected. The data collected in the interviews were tabulated using the IRAMUTEQ, software that allowed the researchers to use different technical resources of lexical analysis, allowing data management, integrity, coding and categorization of the information collected. The analysis of content made it possible to identify the composition of the accessible social support network and the situations recognized by the elderly as social support received, as well as the identification of both the social support network accessible to the study population and the situations recognized by the elderly as received social support. The results of the study highlight the existence of a relationship between social support and health conditions. The data suggested the recognition by the elderly of the existence of an assistance support network, essentially composed of the caregivers' team, whether they are employees of the institution or not. One can verify the precariousness of networks or social contacts outside the institution, the lack of relationship with family and friends, as well as the lack of help from the family to solve everyday situations. On the other hand, it was possible to identify the perception by the elderly of a strong support network coming from caregivers and health professionals who work in the institution, a condition that has been shown to contribute to the health promotion of the elderly. It was verified that the social support gives the elderly better

conditions to face difficulties in the health condition, meaning an important protective factor of health.

Key words: Social support, Aging, Health promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Porcentagem das categorias de condição de saúde dos idosos que residem na ILPI (n=30), de acordo com a forma como foram encaminhados à instituição.....	49
Figura 2	Dendrograma da Análise de Classificação Hierárquica Descendente em relação, resultados obtidos a partir das entrevistas (n=12).....	51

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos participantes da pesquisa..... 47
- TABELA 2** - Distribuição de frequências das variáveis de condições de saúde dos idosos participantes da pesquisa..... 47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1. Objetivo Geral	16
1.2 Objetivos Específicos	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	17
2.2 SUPORTE SOCIAL AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E CONDIÇÕES DE SAÚDE...	21
2.2.1 APOIO FORMAL, INSTITUCIONAL E APOIO INFORMAL	24
2.3 SUPORTE SOCIAL, RELAÇÕES VINCULARES E PAPEL DA FAMÍLIA.....	28
2.4 SUPORTE SOCIAL E PAPEL DA CULTURA EM IDOSOS ORIENTAIS	32
3. METODOLOGIA.....	35
3.1 TIPO DE ESTUDO	35
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	35
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	36
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	36
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
4. ARTIGO 1	40
5 NORMAS DO ARTIGO 1	61
6. CONCLUSÃO.....	64
7 REFERÊNCIAS	66
8 ANEXOS	72
8.1 ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	73
9 APÊNDICES	75
9.1 APÊNDICE A – ROTEIRO DE CONSULTA A PRONTUÁRIO.....	76
.....	76
9.2 APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	77

INTRODUÇÃO

Pesquisas têm evidenciado que os indicadores de relações sociais na velhice encontram-se entre os principais determinantes de envelhecimento bem-sucedido, dentre eles, a qualidade de contato social é o fator protetor mais relevante, por ser subjetivo e acompanhado da percepção de que possíveis perdas podem ser compensadas nas redes sociais disponíveis, tornando-as satisfatórias (COSTA; DA COSTA LOPES, 2014).

No século passado foram denominados visionários os que ousaram afirmar que seria possível envelhecer satisfatoriamente, visto que em meados do século XX as doenças infectocontagiosas representavam cerca de metade das mortes registradas no Brasil. Na atualidade, estratégias para a conquista do envelhecimento ativo são elaboradas para garantir que a longevidade retrate um ganho no curso de vida humano, ressaltando a importância do cuidado, dos laços sociais e afetivos, da saúde física e psíquica, visando novas formas de vivenciar a velhice e o envelhecimento, considerando este em seu aspecto social (RIBEIRO, 2015; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2008).

Conforme conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde (1948), a saúde contempla uma condição que integra o bem-estar físico, mental e social, não se restringindo à ausência de patologias. Para a conquista de equilíbrio neuropsíquico, faz-se necessário que o homem esteja bem adaptado às condições de vida, especialmente no ambiente em que vive, acessando, assim, entendimento, equilíbrio, tolerância e compreensão mútuas essenciais à saúde. A saúde mental aponta-se como uma alternativa psíquica adaptada às relações interpessoais satisfatórias nos contextos sociais diversos, família, trabalho e comunidade em geral, sendo um bem-estar social, e o suporte social pode exercer um papel essencial promovendo e mantendo a saúde física e mental. A saúde valorizou-se enquanto social, tornando-se direito fundamental da pessoa humana, devendo ser garantida independente de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconômica, enquanto um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos (RAMOS, 2002; KALACHE; KELLER, 1999).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, garante direitos sociais à pessoa idosa, propiciando condições para prover sua autonomia, integração e

participação social, além de reafirmar o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (LEI nº 8.842/94 e DECRETO nº 1.948/96; BRASIL, 1996; BRASIL, 2006a).

Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso, tendo aplicação associada à conquista de direitos, do qual posteriormente, em 2006, foi publicado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, representando um avanço importante no que concerne ao Sistema Único de Saúde, cujo objetivo afunila-se na atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para a parte da população que apresenta um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos, os quais impõem sérias limitações ao bem-estar (BRASIL, 2006b).

Almejando levantamento de melhorias na qualidade de vida na idade avançada, nota-se dificuldades em atender às necessidades dos idosos, ou adultos mais velhos, terminologia referente a pessoas de 65 anos ou mais contida no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, OMS (2015), que refletem na crescente demanda pela institucionalização de idosos e que ocorre por vários motivos, tais como a diminuição da rede de apoio social, o afastamento dos filhos para constituição de suas famílias, a morte de parentes e amigos e outros possíveis fatores que possam contribuir com a gradativa diminuição da rede social destes, tornando-os mais vulneráveis ao desamparo. Destaca-se que em consequência da institucionalização, devido ao afastamento de amigos e membros familiares, a rede de apoio do idoso torna-se ainda mais fragilizada e insuficiente (RODRIGUES; DA SILVA, 2013).

É de conhecimento público que as relações sociais são mobilizadas de acordo com contextos específicos e alteram comportamentos cotidianos das pessoas, beneficiando suas integrações sociais. Os trabalhos pioneiros de Cassel e Cobb (1976) tiveram destaque ao demonstrar a influência das interações sociais sobre o bem-estar e a saúde das pessoas. Buscavam compreender como a inexistência ou a precariedade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, e como o suporte social protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse (TRÓCCOL, 2006).

Os registros iniciais do construto suporte social datam de meados de 1970, seu início está vinculado à literatura em Psicologia e em áreas correlatas. O apoio social foi definido por Cobb (1976) e Cohen e Wills (1985), (citados por CHEN et al., 2012), como uma interação na qual o provisor transmite ao recebedor que ele/ela é amado e cuidado e pertencente a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (TRÓCCOL, 2006; CHEN et al., 2012). As redes de apoio social para os idosos, quando bem estabelecidas, contribuem para que eles se sintam acolhidos, valorizados e com sentimento de pertencimento a um grupo, declinando, assim,

possíveis sentimentos de solidão, isolamento e anonimato frequentes, em idosos institucionalizados (MARTINS, 2005).

Com o intuito de compreender a percepção das pessoas asiladas acerca do suporte social, analisando sua relação com as condições de saúde, observa-se a presença de necessidades desenvolvimentais atuantes durante toda a vida, com diversas formas de manifestações, adaptações individuais e diferentes contribuições à cultura. Essas relações remetem à questão da subjetividade ou percepção, construída com base na interação da pessoa com seu grupo e com os elementos culturais. Na velhice, ela aparece como sendo de suma importância para a adaptação, por amenizar a interferência dos riscos e perdas físicas, psicológicas e sociais sobre a funcionalidade física e cognitiva e sobre o bem-estar subjetivo (NERI, 2009).

Assim, a escolha tanto da população quanto do local do estudo aconteceu em decorrência da caracterização do local enquanto instituição de longa permanência para idosos, que possibilita aos residentes acesso à comunidade externa, oportunizando que o idoso conviva em sociedade e participe de atividades sociais coletivas, como frequentar feiras livres, shoppings e parques da cidade e da região.

Nesse sentido, faz-se necessária a ampliação da perspectiva, visto que os idosos são indivíduos com subjetividade e não indivíduos a serem tutelados por profissionais, instituições assistenciais, pelo governo ou instituições de qualquer natureza, mesmo a familiar, pois são indivíduos donos de uma história, da sua própria história e da história de seu tempo. Possuem sensatez, competência de escolha e experiência, condições estas que devem ser respeitadas (NERI, 2009).

1.1. Objetivo Geral

Compreender a percepção das pessoas idosas asiladas acerca do suporte social e analisar sua relação com as condições de saúde.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e o tempo de residência na instituição de longa permanência;
- Correlacionar dados relativos à condição de saúde dos idosos, à forma pela qual foram encaminhados à ILPI, à presença de vínculos familiares e ao recebimento de visitas.
- Identificar a composição da rede de suporte social acessível aos idosos institucionalizados, visando verificar sua existência;
- Identificar as situações reconhecidas pelos idosos como suporte social recebido;
- Verificar as percepções que os idosos asilados possuem sobre suporte social;
- Avaliar se há indicativos relacionais entre o tipo de suporte social percebido e as condições de saúde destes idosos asilados;

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O envelhecimento das populações é uma realidade no Brasil e no mundo e vem apresentando acelerado crescimento, caracterizando-se um fenômeno mundial. Pela primeira vez na história, as projeções indicam que grande parte da população tenderá a viver além dos 60 anos. As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e trabalhadores de saúde serão imensuráveis (OMS, 2015).

A amplitude da vida tornou-se uma realidade em nosso país devido à diminuição das taxas de mortalidade, redução das doenças infecciosas e progressos substanciais na assistência à saúde (VITÓRIO LINI; RODRIGUES PORTELLA; DORING, 2016). O número de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo está previsto para chegar a 2 bilhões em 2050, conforme dados da Organização Mundial de Saúde, e grandes mudanças sociais estão ocorrendo conjuntamente ao envelhecimento populacional, o que supõe que envelhecer no futuro será muito diferente das experiências de gerações anteriores (OMS, 2015).

O aumento da população de idosos com incapacidades e fragilizados, nas capitais brasileiras, associado ao declínio da disponibilidade de cuidado familiar, às transferências intergeracionais, à ausência de serviços de apoio social e de saúde, ao elevado custo do cuidado domiciliar, residências com espaço físico reduzido e estruturas pouco adaptadas que elevam o risco de quedas e a violência contra o idoso são considerados fatores potencializadores ao processo de asilamento e institucionalização de idosos em instituições de longa permanência (ILPI), tornando esta uma alternativa, uma opção voluntária e esperada que propicie a qualidade de vida das pessoas (CREUTZBERG et al., 2007).

Conhecer os fatores que levam à institucionalização faz-se primordial, essencialmente aos familiares e profissionais de saúde, possibilitando prevenção e identificação específica sobre reais necessidades da institucionalização, que pode ocorrer por fatores de ordem individual, social, econômica, de saúde, ou por uma combinação deles. Dentre as principais causas sociais estão a solidão, o abandono, a carência ou a desintegração da família, a falta de uma rede social de suporte, a impossibilidade da própria família em dar continuidade na providência dos cuidados, cabendo então, aos gestores, legisladores e órgãos fiscalizadores das ILPI, através do reconhecimento e identificação dos indicadores da institucionalização,

apontar assertivas no acolhimento e manejo dessa população (GAMBURGO; MONTEIRO, 2009; VITÓRIO LINI; RODRIGUES PORTELLA; DORING, 2016).

A legislação brasileira determina que o cuidado dos membros dependentes, neste caso os idosos, deva ser responsabilidade das famílias, porém esta prática tem se tornado insuficiente com o processo evolutivo tendendo à terceirização dos cuidados. Em consequência da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, elevou-se a demanda do Estado e do mercado privado no auxílio junto às famílias, essencialmente quanto às responsabilidades no cuidado com a população idosa (CAMARANO; KANSO, 2010; OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

A população brasileira, por ter sido considerada jovem durante muito tempo, não se atentou ao crescente aumento da população idosa. Diante desse fato, algumas famílias não planejaram o processo de envelhecimento e aspectos relativos à velhice, estando desamparadas ante as condições de suporte aos seus idosos, acabando por encaminhá-los à institucionalização, que se torna uma das opções de cuidados não familiares existentes, em principal às instituições públicas ou privadas de longa permanência para idosos (ILPIs) (CALDAS, 2002; FLORIANI; SCHRAMM, 2004; CAMARANO; KANSO, 2010; SCHURAMM, 2004 apud CARMO, 2013; OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

Essas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) caracterizam-se como residência coletiva que atende idosos, quer sejam independentes, desprovidos de renda e/ou de família, quer seja os que apresentam dificuldades na execução das atividades diárias e demandam cuidados prolongados. É comum associar ILPIs a instituições de saúde, isto em razão dos residentes receberem moradia, alimentação, vestuário, serviços médicos e medicamentosos. Assim, na ausência do suporte familiar, o asilamento aponta-se como uma alternativa promotora de cuidados aos idosos mais carentes, onde, em algumas situações, caracteriza-se como alternativa de baixo custo no acesso aos cuidados e abrigo para idosos que vivem sozinhos e não dispõem de apoio da rede familiar. Outro fator é a questão da dependência apresentada pelo idoso, fator significativo para a alternativa de viver institucionalizado, visto que nestes locais há auxílio nos cuidados às atividades básicas de vida diária, administração de medicações, suporte financeiro, atividades de lazer e contatos sociais (CAMARANO; KANSO, 2010; FERRETTI, 2014).

A institucionalização que, muitas vezes, é o único recurso para boa parte da população dos idosos é, também, um dos fatores agravantes na qualidade de vida dos mesmos. Isto pode ser notado no fato de as ILPIs assemelharem-se, muitas vezes, a ambientes associados a prisões ou depósitos de idosos, impossibilitando a inserção dos idosos na

sociedade, impedindo momentos de convívio com os familiares, para os que ainda os têm e manutenção de vínculo afetivo. O idoso fica isento de uma posição social no ambiente externo à instituição, as relações advindas dos ambientes sociais diversos são diminuídas ou cindidas, refletindo na identidade e subjetividade do idoso. Limitar a socialização do idoso nos contextos que propiciam sentimento de pertencimento social e reconhecimento subjetivo frente a outro indivíduo afasta gradativamente deste panorama (DE PAULA ROCHA; KLEIN; PASQUALITTI, 2014; DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015).

Estudos apontam que a institucionalização, na forma como é feita e vivenciada pelos idosos, reflete nos aspectos emocionais, gerando possíveis sentimentos de solidão, rejeição, desamparo familiar e social, podendo acarretar em casos mais graves a quadros patológicos. Há registros de idosos que percebem a ILPI como um lar, mas há também os que consideram apenas como um local de moradia destinado a cuidar de indivíduos enfermos. Mesmo considerando que as instituições atendem as necessidades básicas de moradia, alimentação e cuidados médicos, a escuta ao idoso em relação ao processo de vivência da velhice em uma ILPI aponta-se como um artifício para vislumbrar essa realidade, incentivando um olhar que fomenta o planejamento de ações de suporte às ILPIs no que tange ao cuidado ofertado e à melhoria nas condições de vida dos idosos que residem em instituições (VERAS; PARAHYBA, 2007; FERRETTI, 2014).

No Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são diretas à população que necessita de abrigo, sendo oriundas da benevolência cristã frente à ausência de políticas públicas, que expõe a penúria financeira e ausência de moradia entre os fatores primordiais para a busca destes locais como alternativa de moradia. Grande parte das instituições brasileiras são filantrópicas, aproximadamente 65% delas, fator agravante de preconceito com essa modalidade de atendimento e da diminuição de políticas voltadas para essa demanda por estarem associadas à assistência social e não em outras áreas assistenciais, como a saúde (CAMARANO; KANSO, 2010).

Nota-se a necessidade de estabelecimento de um modelo de atenção à saúde do idoso que contemple efetividade e eficiência, visando à inclusão, suporte e acolhimento de todos os níveis de prevenção e apresente ações educativas de promoção à saúde, prevenção de doenças evitáveis, de procrastinação de moléstia e de reparação de agravos, bem como a existência de um modelo que inclua alternativas de tratamento de patologias não geriátricas e com menção ao cuidado geriátrico mediante demanda de tratamento especializado (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Assim, o envelhecimento passa a ser entendido de forma integrativa, alguns o qualificam como uma diminuição geral das capacidades da vida diária, outros, como um período de crescente vulnerabilidade e dependência no âmbito familiar e há os que evidenciam a velhice como o ponto hierárquico da sabedoria, bom senso, serenidade e afins. Do ponto de vista biológico, remete aos planos molecular, celular, tecidual e orgânico, já na representação psíquica, simboliza a relação das dimensões cognitivas e psicoafetivas, interferindo na personalidade e afetividade. Essas variações associam-se a fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas, em que cada sentido associado ao envelhecimento corresponde a uma verdade parcial, porém nenhum simboliza uma verdade total e absoluta. Assim, estruturar o envelhecimento é vislumbrar o leque de significações que se entrelaçam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Portanto, o desafio ligado à promoção da saúde do idoso com qualidade de vida reside no rastreamento de soluções para a inserção social do idoso, com destaque às redes de suporte social que facilitem a convivência entre grupos, especificamente desta faixa etária, sendo a Política Nacional do Idoso (1994) representativa de garantia de direitos sociais, essencialmente no que tange à criação de condições para a promoção da autonomia dessa população, garantindo possibilidade de integração e participação na sociedade. Esta conjuntura faz-se requisito basilar para melhorar a qualidade de vida dos idosos, principalmente, dos institucionalizados que são privados desses direitos, e a situação potencializa este enredo (BRASIL, 2010; COSTA, 2010 apud ARAÚJO et al., 2012; DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015).

Um estudo longitudinal pioneiro realizado em instituições de longa permanência para idosos no Brasil, por Menezes et al. (2011), verificou o declínio da saúde, de forma estatisticamente significativa, mediante análise das variáveis relacionadas ao contexto da saúde e doença do idoso, assim como aumento no uso de antidepressivos e diminuição no nível de independência para execução de atividades de vida diária, incluindo higiene pessoal. Tal realidade aponta a necessidade da presença de uma equipe profissional de saúde interdisciplinar, com foco na promoção e manutenção da saúde.

Esta conjuntura aponta para o paradigma atual em saúde que potencializa a manutenção da capacidade funcional, da qualidade de vida, a prevenção e o controle das doenças crônicas não-transmissíveis, sendo estes desafios à atenção à saúde dos idosos que vivem em instituições de longa permanência. Para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde específicas para este grupo populacional, faz-se necessário o levantamento dos

múltiplos aspectos associados ao envelhecimento, englobando visões extensivas de saúde e a inter-relação entre aspectos multidimensionais (MENEZES et al., 2011).

Neste sentido, a Psicologia do Desenvolvimento tem contribuído ao caracterizar a velhice como uma etapa do ciclo vital onde também ocorre o desenvolvimento que inclui perdas e transformações dinâmicas, fato que tem despertado interesse dos pesquisadores. Estudos recentes têm reforçado esta perspectiva quando associam boa qualidade de vida a idosos participantes de centro de convivência, frequentadores de espaços sociais de convivência e atividades monitoradas por equipe multiprofissional (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; DOS SANTOS, 2013; DAGIOS; VASCONCELLOS; EVANGELISTA, 2015; SATUF; BERNARDO, 2015).

Então, promover condições da saúde satisfatórias aos indivíduos reporta em desenvolvimento pessoal e social por meio da informatização, educação para a saúde e estimulação das habilidades vitais. Com isso, elevam-se as opções de acesso sociais possibilitando às populações maior gerência sobre sua saúde e sobre o meio-ambiente. Para tanto, torna-se primordial, ao longo do processo de envelhecimento, estimular o idoso a praticar sua independência e autocuidado, de modo a prepará-los para as adversidades da existência, que englobam o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Além disto, torna-se de suma importância que o idoso seja consciente em relação à própria saúde, tornando-se empoderado e capaz de se cuidar. Neste sentido, a auto governança é primordial aos idosos e serve de subsídio à saúde e ao bem-estar, então torna-se responsabilidade das organizações educacionais, profissionais, comerciais e instituições governamentais propiciar o desenvolvimento de ações que possibilitem esta conquista (WHO, 1986; SANTOS et al., 2008; ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; DOS SANTOS, 2013).

2.2 SUPORTE SOCIAL AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E CONDIÇÕES DE SAÚDE

O suporte social, um dos principais conceitos em Psicologia da Saúde na atualidade, compreende as relações que se estruturam no reconhecimento e acessibilidade a pessoas em quem se possa confiar, com evidência de afeto, carinho e cuidado (SATUF; BERNARDO, 2015).

As relações sociais são destaque no que cerne à promoção da saúde física e mental dos idosos, assim como seu bem-estar emocional, visto que a progressão do envelhecimento

associa-se a um conjunto de perdas, sejam elas físicas, cognitivas, afetivas, que qualificam as pessoas idosas enquanto suas necessidades de suporte social e apoio, de modo a propiciar autonomia pessoal e segurança em atividades diárias (ROMÃO; PEREIRA; GERARDO, 2008).

O processo de envelhecimento tem aspectos sublinhados por influência de classe social, aspectos culturais, políticos, conjunturas socioeconômicas e sanitárias das coletividades. Neste contexto, os sistemas de suporte social são primordiais no atendimento às necessidades intrínsecas dos idosos (ALVARENGA, 2011).

As relações interpessoais são relevantes no modo como as pessoas reagem às situações da vida e associam-se à qualidade de vida e saúde mental, o que levou o suporte social a ganhar destaque em estudos de pesquisadores sociais. O conceito vincula-se, em geral, à quantidade de apoio emocional e ou instrumental recebido sumariamente no contexto familiar (DA SILVA GOTTARDO; FERREIRA, 2015). O âmbito social é visto, atualmente, como fator relevante à saúde e às doenças (RIBEIRO, 1999). Eventos sociais de grande escala, atitudes, preferências e ameaças ambientais externas atuam significativamente na personalidade, sendo utópico negar o impacto de divergentes forças ambientais e sociais sobre o ciclo de vida e a personalidade das pessoas (SCHULTZ; SCHULTZ, 2015).

A Política Nacional da Pessoa Idosa (2006) contempla a saúde da pessoa idosa como sendo uma interação entre a saúde física, mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2006a). Os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte emocional fornecidos pela família. Para tanto, Cockerham (1991) traz que as redes sociais formadas por familiares e amigos minimizam os efeitos do estresse nos indivíduos mais velhos, no quesito saúde, principalmente se o apoio for obtido por intermédio das relações que propiciam amor, afeição, preocupação e assistência tendo influência satisfatória no bem-estar psicológico (RAMOS, 2002).

No atendimento às demandas dos idosos, os sistemas de suporte social são primordiais, sendo classificados em formais e informais. Suporte social formal representa as organizações formais de apoio, do tipo institucional e profissional de saúde, já o suporte social informal reflete a rede de indivíduos com os quais o idoso se relaciona e que oferta amparo nas atividades cotidianas (ALVARENGA et al., 2011). Há, também, uma diferenciação entre suporte social recebido e percebido; no recebido, há efetivamente o recebimento de um suporte social, já no percebido há identificação do suporte que a pessoa reconhece estar disponível em caso de precisão (RIBEIRO, 1999).

Há evidência de que uma rede social estável, acessível, receptiva e confiável protege a pessoa contra doenças, funciona como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, auxilia nos processos de cura e eleva a sobrevivência, promovendo saúde (SLUZKI, 2003).

Os termos suporte e relação social representam estrutura e funções e são distintos, porém, complementares. Em termos estruturais referem-se à organização do vínculo entre pessoas e podem ser descritos de formas diversas, tais como, quantidade de relações ou papéis sociais que uma pessoa apresenta, frequência de contatos com membros de uma rede, densidade e multiplicidade (BOCCHI; ANGELO, 2008).

Em seu aspecto funcional engloba o nível de recursos fornecidos por outros e pode ser caracterizado nos aspectos relativos ao apoio emocional, que referem-se à existência de uma rede social que provenha recursos psicológicos e materiais destinados a beneficiar e auxiliar os indivíduos para lidar com situações diversas, abarca expressões de amor e afeição, incluindo comportamentos como escuta e atenção, convivência com pessoas, almejando que elas se sintam cuidadas e/ou apreciadas, envolve a expressão de empatia, carinho, reafirmação, confiança e oferece oportunidades para expressão. Já os aspectos relativos à categoria instrumental, referem-se ao fornecimento de informações destinadas a ajudar o indivíduo a lidar com as dificuldades e, por vezes, assume a forma de orientação para lidar com conflitos, ocupa-se em assegurar ajuda de uma a outra pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, especificamente assistência material e auxílio em trabalhos práticos do dia a dia, ajuda financeira, apoio no fornecimento de informações e orientações na resolução de problemas/conflitos e interação social positiva, entendida como disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar. Tais tipologias de apoio servem de base para o entendimento sobre a eficácia dos diferentes tipos de apoio ou pelas características das pessoas que necessitam de apoio (COHEN, 2004; TRÓCCOL, 2006; BOCCHI; ANGELO, 2008).

Dunst e Trivette (1990) apresentam algumas dimensões de suporte social, dentre as quais temos a rede social relacional (RIBEIRO, 1999). A análise de rede abarca o estudo das relações sociais entre um conjunto de atores, incluindo as conexões, ligações, entre os membros do grupo e as lacunas que estão faltando (FREEMAN, 2004). Uma rede compreende uma via mútua de retornos ou troca de informações, caracterizando-se como um dos principais ingredientes da aprendizagem e do comportamento imitativo. Apoiase em aspectos relativos ao estabelecimento de confiança, normas, contratos e outras relações colaborativas contínuas em que a dimensão temporal é crucial. Um dos aspectos mais

relevantes no contexto de uma rede é o fator social, pois os indivíduos conectam e interagem repetidamente uns com os outros, resultando o estabelecimento de um comportamento estratégico (DALL'ASTA; MARSILI; PIN, 2012).

Assim, o apoio social constitui uma ampla gama de significações, representações, arranjos, rearranjos e funções claras e definidas incorporadas a uma rede de apoio inter-relacional, seja ela formal ou informal relevantes aos contextos sociais, emocionais e de saúde.

2.2.1 APOIO FORMAL, INSTITUCIONAL E APOIO INFORMAL

Do latim *rete*, o termo rede é comumente usado para definir uma estrutura que apresenta um padrão característico. Existem diferentes tipos de rede, dentre elas a rede social, ou rede de apoio. O termo designa também um conjunto de pessoas, estabelecimentos ou organizações que trabalham comunicando entre si, sob uma direção central e uma conexão de nós (DICIONÁRIO INFOPÉDIA, 2003-2017; CÔRTE, 2008).

Segundo o Glossário Temático Promoção da Saúde (2012), a rede de atenção à saúde contempla arranjos organizativos de serviços e ações de saúde, em que os serviços que compõem o sistema devem estar capacitados, dentro dos parâmetros de sua complexidade e capacidade tecnológica, a sanar os problemas de saúde que levam os usuários a procurá-los e em cada nível de assistência, apoio e gestão, visam garantir a integralidade do cuidado à saúde de indivíduos e coletividades. As redes sociais qualificam-se, então, como organizações decorrentes da associação entre diversos atores sociais, sejam pessoas ou instituições, que se vinculam em prol de objetivos comuns no enfrentamento de adversidades (BRASIL, 2012).

Uma das principais funções de uma rede social é potencializar a emancipação de pessoas ou instituições que, a partir da adição em redes, encontram novas potencialidades de atuação, culminando na criação de relações niveladas entre os atores, de forma a favorecer a distribuição de poder e papéis (BRASIL, 2012).

As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais como os profissionais médicos, assistentes sociais, psicólogos, equipe de saúde, equipe de enfermagem, cuidadores, gestores e tecnólogos da área da saúde, que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas (RIBEIRO, 1999). Um sistema formal de serviços de atendimento ao idoso inclui hospitais, instituição de longa permanência (ILPI), atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população, a rede de apoio ambulatorial, médicos, casas geriátricas, asilos,

centros-dia, assistência material, ajuda para trabalhos práticos, limpeza de casa, preparação de refeição, medicalização, auxílio em trabalhos práticos e ajuda financeira, médicos, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros (RIBEIRO, 1999; BOCCHI; ANGELO, 2008; ASSIS; AMARAL, 2010).

Os suportes instrumentais e informativos direcionam-se na interpretação e resolução de possíveis fatores estressores, o foco está na resolução de problemas diversos e específicos a serem resolvidos, não envolvendo direta e especificamente fatores emocionais, sendo necessário traçar estratégias de atenção e inserção do idoso (CHEN et al., 2012; DE ARAÚJO REIS et al., 2014).

Na institucionalização, a rede de suporte formal é imprescindível, visto sua relevância no processo de auxiliar o idoso a adaptar-se a essa situação, vislumbrando melhoras em seu bem-estar subjetivo e a qualidade de sua vida. O grande desafio está em auxiliar o idoso institucionalizado a estabelecer sua rede de apoio social, principalmente com os demais idosos (RODRIGUES; DA SILVA, 2013).

Neste sentido, a maneira pela qual o fator institucional intervém no cuidado pode ser abordada de duas formas, do ponto de vista político e do ponto de vista fenomenológico. O ponto de vista político caracteriza a uniformidade, engloba os gestores, responsáveis pela governança e garantia de sobrevivência financeira de uma instituição e seus residentes, e o ponto de vista fenomenológico relaciona a competência profissional, o investimento do sujeito e o que ele espera da equipe de saúde e cuidadores (CHARAZAC, 2014).

Quando os idosos se tornam fragilizados, eles precisam de ajuda em uma gama de tarefas. Este aumento no escopo de assistência envolve tempo, maior compromisso de ajudantes cuidadores e aumento na complexidade da gestão (STOLLER; PUGLIESI, 1991).

E é nesse contexto que Rodrigues (2000) aponta para a necessidade de os programas de suporte social possibilitarem acesso a ambientes acolhedores e estimuladores, sendo elementos promotores de segurança e bem-estar visando estimular e potencializar a autonomia dos idosos refletindo no adiamento do envelhecimento do indivíduo (CAVALCANTE et al., 2015).

Então, as relações sociais de uma pessoa têm características de rede, envolvem relações onde se é possível incluir membros da família, amigos, cônjuge, colegas de trabalho e profissionais com os quais cada pessoa convive em momentos diferentes ao longo de sua vida. A rede de apoio informal ampara os idosos no curso do envelhecimento, certificando maior autonomia, independência, saúde e bem-estar (ALVARENGA, 2011; ASSIS; AMARAL, 2010; ARAÚJO et al., 2012; COSTA; DA COSTA LOPES, 2014).

Uma rede social pode ser definida como um conglomerado de ligações em um grupo determinado de pessoas, ligações que explicam de algum modo o comportamento social das pessoas envolvidas. Trata-se do conjunto de pessoas com quem se estabelecem laços sociais ou se tem algum tipo de contato, são os papéis e ligações que vinculam as pessoas por meios definidos de parentesco, amizade ou conhecimento (EIZIRIK, 2013). Podem ser definidas em termos de tamanho, integrantes, localização geográfica, homogeneidade, intensidade de vínculos, integração e densidade. Sua funcionalidade associa-se à rede de contatos pessoais através dos quais o indivíduo mantém a identidade social, acessa feedbacks que possibilitam a autoavaliação, suporte afetivo e novas relações sociais (ASSIS; AMARAL, 2010; ARAÚJO et al., 2012).

A primeira e mais importante rede de apoio para o idoso é a família, visto ser nestas relações que o idoso acessa a assistência necessária às suas dificuldades e necessidades. Outra oportunidade de suporte social disponível faz referência a grupos religiosos, pois a relação entre envelhecimento e religiosidade é encontrada em diferentes culturas e épocas, interações sociais com amigos e vizinhos também podem propiciar, no estado de espírito e no bem-estar emocional, maior qualidade de interação do que se comparados às relações familiares (SNYDER; LOPEZ, 2009; ASSIS; AMARAL, 2010; ARAÚJO et al., 2012; GOLDSTEIN, 1993 apud COSTA, DA COSTA LOPES, 2014).

Ambas são relevantes na sustentação da saúde emocional ao longo de todo o ciclo de vida, porém sofrem alterações decorrentes das necessidades dos indivíduos, representam a teia de relacionamentos sociais que cada indivíduo mantém. Criar novos contatos sociais, ofertar e acessar apoio emocional, receber garantia de respeito e valorização, preservar sentimentos de pertencimento a uma rede de inter-relações comum e oferecer suporte aos idosos que passaram por perdas físicas e sociais são algumas das funções mais significativas das redes de apoio social (NERI, 2009; ARAÚJO et al., 2012).

A existência de uma rede de relações sociais propicia auxílio na obtenção de sentido em suas experiências de desenvolvimento, especialmente em casos de situações adversas como doenças, desemprego, exílio e imigração. Pertencer a um grupo ajuda pessoas, independente de idade, a reconhecerem expectativas pessoais e grupais e a examinar as próprias realizações e competências, a partir de comparação social e temporal. Ele assiste na melhora da autoestima, no estabelecimento de objetivos para desenvolvimento e promove elementos para o autoconhecimento. Os idosos precisam das redes de relações sociais para entender que são amados, cuidados e valorizados, assim, a presença de afetos positivos resultantes dessas interações está associada à longevidade, a resoluções mais adaptativas dos

sistemas cardiovascular e imunológico, à presença de maior quantidade de recursos cognitivos, incluindo o senso de autoeficácia, elevação da aptidão de eliciar suporte social, a comportamentos de autocuidado em saúde e à saúde física. Além disso, há equivalência entre o acesso a afetos positivos e a capacidade dos idosos de acionar recursos psicológicos para enfrentar emoções negativas e minimizar a intensidade das respostas fisiológicas automáticas associadas a afetos negativos, de modo que quando há elevação da complexidade emocional, há também tendência à preservação das emoções positivas em situações difíceis de dor e de estresse (NERI, 2009).

Assim sendo, em ambientes estáveis, seguros e previsíveis, o idoso torna-se mais capaz de expressar emoções positivas e negativas, sendo o acesso aos afetos positivos potencializadores no processo de fortalecimento, possibilitando capacidade de enfrentamento ao estresse, dor física e ansiedade, tornando-os melhor adaptados. Assim, idosos mais resilientes estão propensos a ser felizes e esperançosos pela vida, sendo estes mecanismos protetores (NERI, 2009).

Os cuidados destinados às pessoas idosas ultrapassam a força de vontade de um indivíduo ou da estrutura familiar, que de modo idealístico e cultural é reconhecida como responsável pela promoção de saúde e bem-estar dos idosos pertencentes ao núcleo familiar de origem, devendo promover a inclusão do indivíduo em uma rede social e assistencial que possibilite ao idoso acesso a recursos apropriados no processo de suporte e apoio ao idoso. Quando percebido, o suporte social torna-se poderosamente associado a uma significação por parte do indivíduo que o vivencia, sendo uma medida confiável e um dos critérios mais relevantes para a avaliação do papel e da importância da rede de apoio de recursos sociais, assim como das operações de apoio de forma mais geral (DOS SANTOS ROCHA; DE SOUZA; ROZENDO, 2013).

No que cerne aos idosos, o reconhecimento dos direitos da pessoa idosa vem sendo evidenciado pelas organizações internacionais e a qualidade do apoio ofertado possui reflexo direto no processo de procrastinação à institucionalização, além de ser relevante a qualidade de vida desta população (ROMÃO; PEREIRA; GERARDO, 2008).

Portanto, a representação da epidemiologia do apoio social se concentra principalmente na percepção do apoio social, porque se associa tanto à saúde e bem-estar como representa um critério significativo pelo qual se identificam ações sociais e circunstâncias que podem constituir políticas de intervenção, de modo que o equilíbrio entre autonomia e dependência seja o fator crucial que alimenta o apoio social bem sucedido (TURNER; MARINO, 1994; CHEN et al., 2012).

2.3 SUPORTE SOCIAL, RELAÇÕES VINCULARES E PAPEL DA FAMÍLIA

A abordagem socioecológica da saúde entende as sociedades como complexas, inter-relacionadas e compõem-se por emaranhadas relações entre a população e seu meio-ambiente. O estado de saúde e o estilo de vida do indivíduo são influenciados pelo ambiente, em um domínio interdisciplinar, constituinte para diferentes campos e áreas de conhecimento. Nessa perspectiva, o princípio geral norteador para as nações, regiões e comunidades encontra-se na promulgação de estímulo constituintes à ajuda recíproca e inclui as relações em que cada indivíduo cuida de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural, adquirindo novos modos de vida, de trabalho e de lazer que refletem em uma interdependência entre o indivíduo e o seu ecossistema, família, comunidade, cultura, ambiente físico e social repercutindo sobre a saúde (WHO, 1986; FRAGELLI; DE ARAÚJO GÜNTHER, 2008).

A primeira necessidade afetiva dos seres humanos é o amor. A intimidade agrega o cuidado, que se transpõe em três conjuntos de ações: educar e proteger a descendência; produzir ideias, valores, bens materiais e bens espirituais; sustentar esses componentes. Essas ações eclodem na meia-idade e na velhice, Erick Erikson (1998) considerou como generatividade, o que na vida adulta expõe-se com a procriação, a proteção e a educação da filiação, descendência. A sabedoria é função egóica que origina-se da resolução da crise psicossocial presente no conflito entre a complementaridade, a generatividade e a estagnação, estando a generatividade ligada à perpetuação do indivíduo para além de sua existência material (ERIKSON, 1998; NERI, 2009).

A generatividade relaciona-se ao ato de gerar, seja gerar novos seres, produtos ou ideias, estando ligada à questão do cuidado, que contempla, por sua vez, uma responsabilidade generalista de cuidar das pessoas, dos produtos e ideias das quais descobrimos essenciais à função geracional de cultivar e transmitir à geração seguinte, tendendo à perpetuação da vida humana. Há, porém, outros fenômenos com consequências cruciais para a vida em grupo, onde na velhice encontramos a rejeição, simbolizando neste caso, uma evitação em incluir pessoas ou grupos específicos em nossa preocupação generativa, visto não ser possível ser generativo e cuidadoso sem a presença de uma avaliação distinta ao ponto de certa rejeição (ERIKSON, 1998).

Os seres humanos são indivíduos constituídos de subjetividade e individualidade (NERI, 2009). O senso de EU, consciência primordial do indivíduo enquanto ser sensorial e

pensante, possuidor de linguagem, capaz de estruturar um ego inconsciente, supera um sentimento de inativado, dividido, fragmentado e ofuscado (MARKUS; KITAYAMA, 1991; ERIKSON, 1998).

É primordial ao ser humano a experiência de vivências e convivências em grupos, em diversas modalidades. Este processo tem início na inclusão do recém-nascido ao seu meio familiar, primeiro grupo de sua vida, fator que acarreta em um processo ativo de transformações no núcleo familiar e prossegue em grupos escolares, recreativos, sociais, esportivos, universitários e outros, desempenhando papéis específicos em cada conjunção grupal e sofrendo influências pelos modos funcionais dos grupos que, por vezes, originam-se em expectativas dos primitivos pais e educadores em geral (ZIMERMAN, 2010).

Assim, os vínculos que os idosos constroem ao longo de suas vidas iniciam sempre nas relações familiares grupais e relações sociais de amizade na comunidade em que residem ou têm convívio. Essas relações permitem que o idoso tenha acesso a sensações de pertencimento, fator fundamental no processo de envelhecimento saudável (ARAÚJO et al., 2012).

Pelos vínculos, os movimentos de comunicação em evolução numa rede social podem se tornar contínuos, uma vez que seus membros sociais geralmente sentem-se recompensados em partilhar padrões inter-relacionais (DE FRANÇA; DE PINHO NETO; DIAS, 2015). Para tanto, as relações interpessoais de maior relevância pessoal e afetiva são as sociais informais, compostas por vínculos em uma rede de indivíduos, incluindo a família, os amigos, vizinhos e sociedade, têm como características marcantes a familiaridade e a proximidade, com envolvimento afetivo (ROSA; BENÍCIO, 2009). A necessidade de ofertar e receber cuidados, por motivos objetivos ou subjetivos, é intrínseco aos indivíduos e pode aproximar ou conflitar as relações emocionais entre as pessoas envolvidas (ROMÃO; PEREIRA; GERARDO, 2008).

A necessidade de reconhecimento pelo outro como um ser muito significativo torna-se vital para um desenvolvimento sadio, tamanha a importância do convívio grupal na evolução humana. Portanto, o vínculo do reconhecimento torna-se crucial em relação à inserção social do indivíduo nos diversos contextos sociais como a família, a escola, instituições e afins, pois o que de fato é esperado pelas pessoas em seus grupos sociais relaciona-se ao reconhecimento, por parte dos demais, de onde esperam demonstrações que atestem seu pertencimento ao grupo, bem como o aceite de convívio em espaços e valores comuns aos membros do grupo (ZIMERMAN, 2010).

A etiologia da palavra vínculo é oriunda de *vinculum*, do latim, e representa uma união, uma ligadura, atadura de especificidades e características duradouras. Provém da raiz da palavra *vinco*, que remete a uma ligação entre partes, unida e inseparável, mas definidas entre si. Sendo assim, o vínculo pode ser compreendido como um estado mental que pode ser conclusivo a diferentes modelos e possibilidades de abordagem (ZIMERMAN, 2010).

Esta terminologia apresenta sua relevância no desenvolvimento da personalidade infantil, principalmente no que cerne ao fato de as relações humanas formarem-se a partir do contato com outro indivíduo. Winnicott (1971), psicanalista, pediatra e autor, ao longo de sua obra faz referência ao fato de a mãe ser o primeiro espelho do bebê humano, de modo que este é o reflexo de olhar de sua mãe, de suas expressões faciais e de sua tonalidade de voz, desenhando com clareza a profunda ligação afetiva entre mãe e filho (ZIMERMAN, 2010).

Em sua obra, Winnicott (1979/1983; 1988/2002) explana sobre a diferenciação entre a natureza vincular, distinguindo os vínculos em intersubjetivos, isto é, entre duas ou mais pessoas; intrasubjetivos, isto é, partes diversas internas a uma mesma pessoa ou transubjetivos, que ultrapassam fronteiras e alcançam dimensões mais amplas, deixando claro que a qualidade dos vínculos em todas as situações de relacionamentos é que determinará a qualidade de vida de cada pessoa em particular. Isto torna possível a compreensão do modo como são estruturadas as relações interpessoais e, conseqüentemente, as vinculações no âmbito social (ZIMERMAN, 2010).

Há consenso no reconhecimento do grupo familiar exercendo profunda e decisiva importância na estruturação do psiquismo e formação da personalidade do adulto. O termo grupo familiar reporta a gama de influências relacionais de indivíduos que interagem, inicialmente, como a criança abarcando reflexos em inter-relações futuras da pessoa em seu ciclo de desenvolvimento. Assim, Erik Erikson (1998) destaca que as pessoas idosas necessitam permanecerem ativas, constituintes e vitais, buscando incitação no seu ambiente, visando o desenvolvimento de novas habilidades e interesses (ZIMERMAN, 2010; SCHULTZ; SCHULTZ, 2015).

Nesse contexto tem destaque o papel da família no desenvolvimento de relações vinculares estruturadas, a família compreende uma unidade sistêmica que apresenta identidade característica, que posteriormente adere o perfil transgeracional dos pais, ou seja, pode sofrer inevitáveis transformações frente a vivências, e ao despertar de novas necessidades e conflitos contrai modificações em sua estrutura e obtenção de novos valores, normas e condutas (ZIMERMAN, 2010).

O modo pelo qual se organiza uma família reflete na prática o que é nossa cultura. A família nunca deixa de ser importante, os indivíduos escapam, emigram, buscam independência e liberdade e posteriormente tendem a retornar e renovar o contato com a família, sendo que, em momentos de conflito e tensão grande parte das pessoas permanece leal às suas famílias e desconfiadas dos estranhos. Portanto, considerando o desenvolvimento emocional, é papel de cada indivíduo experimentar e adaptar-se ao estado de unidade, identificado como família tendo nos pais suas principais e iniciais referências estruturais (WINNICOTT, 2001).

A família protege a criança do mundo externo ao mesmo tempo que permite a entrada deste no contexto familiar, como as relações com tios, vizinhos, primeiros grupos de crianças até a entrada na escola, possibilitando uma introdução gradual do ambiente externo apresentando a criança à esta realidade externa por intermédio das relações inter-relacionais com um grupo social. Assim sendo, é função da família a construção de um ambiente familiar estável que possibilitará e embasará futuramente um crescimento pessoal satisfatório ao indivíduo (WINNICOTT, 2001).

O processo de construção vincular está presente ao longo do ciclo de vida humano, sendo de extrema importância na velhice, principalmente quando o idoso passa a fazer parte do ambiente institucional onde se depara com a necessidade de enlutar-se, lidar com perdas diversas tais como a de status e de papéis sociais, tendo de enfrentar problemas de saúde, de ordem econômica, isolamento, rejeição e marginalização social, entre outras questões (TAVARES, 2007 apud CARMO, 2013).

O envelhecimento é incooperante, mas a velhice é imponderável. Este é o debate do movimento e do desenvolvimento ao longo da vida que não representa uma linearidade de crescimento e posteriores perdas, podemos envelhecer em desenvolvimento. A velhice não finda o processo de relações e autodesenvolvimento e não cessa o ciclo da vida, ela representa um momento, uma dualidade instável entre ganhos e perdas. Para tanto, tem que se ter clareza nas compreensões sobre envelhecimento individual e envelhecer socialmente, de modo a buscar um caminho para enfrentar essa fase da vida que se apresenta como um desafio singular, visto que cada sujeito tem suas características, logo, atender as demandas e novos paradigmas acerca do envelhecer faz-se fundamental no processo assistencial à saúde que contemple a promoção e prevenção de agravos à saúde do idoso, mediante um olhar de totalidade, compreendendo os contextos biológico, psicológico, familiar, social e espiritual (FALEIROS, 2008; AMTHAUER; FALK, 2014).

2.4 SUPORTE SOCIAL E PAPEL DA CULTURA EM IDOSOS ORIENTAIS

A cultura apresenta papel relevante nas motivações subjacentes à provisão de apoio social, por conseguinte, torna-se crucial entendê-la para ampliar a compreensão das relações humanas. Pessoas de culturas coletivistas, como os Asiáticos por exemplo, direcionam suas preocupações à manutenção de relações de interdependência, estando em segundo plano aspectos relativos à autonomia individual. Como a provisão de suporte pode ser passível de solicitação ou não, o estudo da cultura e suporte oferecem lacunas relativas à compreensão de aspectos culturais e busca de apoio social (CHEN et al., 2012).

As migrações constituem um modelo clássico para os processos globais de interação entre as várias regiões mundiais, geralmente relaciona-se à busca continuada de melhores condições de vida, satisfação, expansividade consequente, às vezes, da fuga de guerras, fome e epidemias e intensificaram-se a partir do século XIX. Robertson (1992) destaca o aumento do comércio mundial e da globalização refletidos nos novos meios de comunicação e transporte, com a presença da circulação de ideias políticas, científicas e culturais, repercutindo nos aspectos culturais (SCHULZE, 2014). Assim, o processo migratório é entendido como um princípio constitutivo de processos de globalização e que acarreta em mudanças consequentes de novos processos de interação (PRUTSCH, 2014; DESMET, 2015).

No continente americano, muitos países se intitulavam como uma “nação de imigrantes”, sendo que, nos Estados Unidos, por exemplo, a lenda da famosa “terra prometida” fazia menção à prosperidade dos estrangeiros que ali chegassem consequente da nação ser por si só extraordinária (LESSER, 2014).

No Brasil, no início do século XIX, o cenário era outro, a relação entre imigração e identidade nacional distinguia os imigrantes como agentes transformadores de uma nação imperfeita marcada por anos de colonialismo português e escravidão africana. Os imigrantes representavam a possibilidade de mudanças e melhorias ao país e tal expectativa por progresso contemplou a absorção, miscigenação e o uso de categorias raciais e étnicas cada vez mais flexíveis. Estatísticas oficiais mostram que 98,8% dos imigrantes japoneses que se deslocaram ao Brasil, antes da Segunda Guerra Mundial, eram proprietários de pequenas fazendas e trabalhadores rurais abalados por uma profunda crise que dificultou o sustento na terra natal (LESSER, 2014; USARSKI; SHOJI, 2017).

Vinculados à família tradicional japonesa e engajados com grupos empresariais locais, baseados em alianças familiares, eles haviam se socializado de acordo com suas condições ideológicas, fator que reforçou sentimentos nacionalistas. Diante do contexto de grupo social separado e da ideia de viver em uma situação artificial de deslocação temporária, os imigrantes investiram em sua visão de mundo tradicional, rotinas culturais e hábitos espirituais da melhor maneira diante do processo de aculturação gradual às condições da sociedade majoritária (USARSKI; SHOJI, 2017).

Na civilização oriental, a posição do adulto mais velho possui condição privilegiada desde a antiguidade. Esta visão associa-se aos conceitos dos filósofos Lao-Tsé e Confúcio. Lao-Tsé ou Lao-Tzy (604-531 a.C.), traduzido por ancião, foi o fundador do Taoísmo, sistema filosófico que considera a totalidade do ser e que introduziu conhecimentos e concepções sobre o sentido da vida, entendendo a velhice como um momento sublime, de alcance espiritual máximo. Nessa perspectiva, aos 60 anos de idade o ser humano atinge o ponto de libertar-se de seu corpo através do êxtase de se tornar um santo, em que o dono do corpo que envelhece se reconhece a cada momento de forma renovada e galgando novos limites, muitas vezes, priorizando a dimensão espiritual (SANTOS, 2001).

O filósofo Confúcio (551-479 a.C.) destacava a importância da moral e sabedoria. Pontuava uma organização nacionalista da sociedade, baseando-se no princípio da simpatia universal, atingida através da educação, e lealdade do ser humano à família e da família ao Estado, considerando este último a grande família. Este filósofo retratava o papel fundamental da família, onde todos devem obediência ao ser humano masculino mais velho. A representatividade do patriarca mantém-se elevada com a idade, e a mulher idosa, mesmo submissa, passa a ter reconhecimento e influência na educação dos netos. Segundo sua doutrina, é papel dos filhos proporcionar felicidade aos pais, direcionando cuidados, carinho e atenção. Assim, o amor dos filhos aos pais envelhecidos retrata uma das mais supremas ações do ser humano para consigo mesmo e para com a sua espécie, mantendo-a, perpetuando o amor intenso e especial entre pais e filhos (SANTOS, 2001).

Assim, os brasileiros habitualmente atribuem ao imigrante um prestígio que é ancestral ou herdado podendo perdurar também nas pessoas nascidas aqui. Os descendentes de imigrantes ocasionalmente usam intitulações como nipo-brasileiro ou ítalo-brasileiro, muitos optam em salientar a pátria de seus antepassados e designá-los e/ou ser identificados de “japoneses” ou “italianos” (LESSER, 2014).

Em todo o Brasil, as migrações efetuadas maciçamente pelas populações mais jovens, em direção aos grandes centros urbanos, penderam a agravar a situação social dos idosos ao

afetar a configuração etária da população remanescente. De modo que, a emigração de jovens reflete no enfraquecimento do papel da família como promotora de suporte aos idosos, especialmente aos familiares de idosos que desprovidos de suporte dos filhos agora distantes em decorrência do processo emigratório. Esta conjuntura se complica se considerarmos que o envelhecimento apresenta repercussão no estado de saúde e elevação de doenças e dependência (RAMOS; SAAD, 1990; CHAIMOWICZ, 1997).

Portanto, as pessoas em diferentes culturas têm interpretações surpreendentemente diferentes do eu, dos outros e da interdependência desta dualidade. Isto influi, e por vezes determina a natureza da experiência individual, incluindo aspectos cognitivos, motivacionais, emocionais refletidos na sociedade. Por exemplo, a visão interdependente é identificada na cultura japonesa e em outras culturas asiáticas, sendo característica também em culturas africanas, latino-americanas e do sul da Europa, expondo como as visões relacionais e interdependente podem influir sistematicamente sobre vários aspectos (MARKUS; KITAYAMA, 1991; CHEN et al., 2012).

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório, de natureza mista, com abordagens qualitativa e quantitativa, na perspectiva de complementaridade. Possui recorte temporal transversal, fundamentado em dados primários, desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O estudo foi realizado em uma instituição de acolhimento a idosos, instituição de longa permanência, sendo uma entidade filantrópica sem fins lucrativos que se qualifica como uma associação de âmbito estadual que acolhe idosos orientais, asilo japonês. Sua formação inicial data de 5 de março de 1975, tendo como meta abrigar idosos nikkeis, isto é, descendentes de japoneses, proporcionando-lhes alimentação, saúde e conforto, objetivando acolher idosos de descendência nipônica que não dispunham de condições que propiciam autossuficiência, tanto financeira, quanto amparo familiar no Brasil. A instituição abriga no momento 30 idosos de descendência oriental, já tendo abrigado mais de 200 residentes desde sua criação.

A associação se sustenta mediante doações ofertadas pela comunidade nipônica regional e entidades comerciais. Os idosos possuem um cronograma de atividades diárias de segunda-feira à sábado que inclui artesanato, musicoterapia, cultos budistas, atividades em grupo e/ou individual, passeios externos à instituição, atividades de lazer, assistência social, psicológica, fisioterapêutica, nutricional, terapeutas holísticos, grupos acadêmicos de estagiários de cursos das áreas da Saúde e Educação da UniCesumar - Centro Universitário de Maringá e outras instituições de ensino, além de acompanhamento médico ambulatorial e recebimento de visitas de familiares, amigos e comunidade em geral.

A escolha deste local aconteceu em decorrência do local ser uma instituição de longa permanência para idosos que propicia aos residentes acesso à comunidade externa, possibilitando que o idoso conviva em sociedade e participe de atividades sociais coletivas, como frequentar feiras livres, shoppings e parques da cidade e da região. Houve, também,

interesse da mestranda mediante acompanhamento do trabalho dos alunos estagiários do curso de Psicologia da UniCesumar - Centro Universitário de Maringá na realização de atividades práticas supervisionadas em estágio curricular obrigatório na modalidade de Saúde Mental e em razão da instituição destinar-se a abrigar e assistir uma população exclusiva de orientais e descendentes asiáticos, sendo esta etnia reconhecida nos aspectos relativos à longevidade.

Os dados do estudo foram coletados entre os meses de fevereiro e julho do ano de 2017, sendo realizadas 2 entrevistas com a assistente social colaboradora da instituição, reuniões com a enfermeira e a psicóloga técnica responsável, além de consulta aos prontuários e entrevistas com idosos residentes.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo compreendeu 30 idosos, de ambos os sexos. O delineamento amostral foi homogêneo, composto por idosos descendentes de japoneses, do tipo não probabilístico, intencional, e centrou-se sumariamente na opinião, percepção e relatos de determinados elementos associativos a suporte/apoio social e condições de saúde da população do estudo, ficando estabelecidos como critério de exclusão amostral os idosos que apresentaram dificuldades de comunicação, consequente da ausência de domínio do idioma português e a presença de comprometimentos ou patologias mentais, cognitivas e/ou neurológicas.

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o número do parecer 1.999.419, (ANEXO A), os idosos foram orientados sobre o questionário de avaliação das condições de saúde, sobre as entrevistas e sobre os objetivos da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos em duas etapas, visando maior completude de informações acerca da temática. A etapa inicial fez referência a uma pesquisa documental, sobre a temática das condições gerais de saúde, em que foram consultados os prontuários dos 30 idosos residentes no local da pesquisa e cujos dados serviram de base para a seleção dos idosos que foram entrevistados na segunda etapa e ampararam os critérios de exclusão. Deste modo, foram entrevistados 12 idosos, descendentes de japoneses, sendo 10 do sexo feminino e 2 do

sexo masculino. As entrevistas foram semiestruturadas, baseadas em um roteiro de 10 questões abertas e ênfase temática à compreensão e acesso a suportes sociais, tais como: relacionamentos familiar e social, apoio social e cuidado.

A instrumentalização utilizada para coleta iniciou-se com uma pesquisa documental realizada no mês de junho, ano 2017, por intermédio de consulta, supervisionada pela enfermeira responsável do local, aos prontuários dos idosos residentes na ILPI para fins de completude de dados contidos em um questionário intitulado Ficha de Avaliação Clínica do Idoso (APÊNDICE A), embasado nas principais temáticas contidas na caderneta de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2017) que trata-se de um instrumento proposto pelo Ministério da Saúde para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, seus familiares e cuidadores e que contempla os quesitos: dados pessoais, sociodemográficos e avaliação das condições de saúde/diagnósticos da pessoa idosa. A etapa seguinte fez referência à aplicação do método de entrevista que ocorreu no final do mês seguinte, julho de 2017, mediante utilização de roteiro elaborado com 10 questões abertas e ênfase temática à compreensão e acesso a suportes sociais, tais como: relacionamentos (familiar e social), auxílio e cuidado e condições de saúde (APÊNDICE B).

Foram selecionados 20 idosos após a coleta de dados obtidos por intermédio de pesquisa documental. Respeitando os critérios de exclusão que apontaram a ausência de comprometimentos ou patologias mentais, cognitivas e/ou neurológicas destes 20 idosos, porém 3 deles não dominavam a língua portuguesa, perfazendo 17 idosos à serem representados na segunda etapa, as entrevistas. Dentre os 17 idosos, 5 não participaram desta etapa do estudo justificando recusa pessoal, totalizando, assim, um número de 12 idosos. As entrevistas foram efetuadas no período vespertino entre 14h00 e 16h30, considerando a rotina de atividades diárias e semanais dos asilados. Cada entrevista teve em média 20 minutos de duração, foram gravadas em áudio por meio de gravador e reproduzidor digital de voz Powerpack, modelo Dvr-2072, 8gb, 2000h, cor cinza.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A princípio, foi realizada uma análise descritiva dos resultados para a obtenção de gráficos e tabelas de frequência, com o intuito de caracterizar os indivíduos. Para descrição dos resultados foram utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem para as variáveis categóricas. A frequência absoluta (n_i) é dada pelo número de vezes em que uma determinada

variável assume um determinado valor/categoria em questão. A porcentagem (p_i) é o resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 100, isto é, $100 \cdot \frac{n_i}{n} \%$.

A análise quantitativa estatística inferencial classificatória do tipo correlacional verificou o perfil sociodemográfico e as variáveis relativas às condições de saúde da população do estudo, de modo a realizar uma análise relacional entre variáveis escalares através da associação de informações verificando se há correlação entre as condições de saúde dos idosos asilados e a forma pelo qual foram encaminhados à ILPI, considerando as variáveis vínculo familiar e recebimento de visitas para fins de análise relacional destes dados na rede material assistencial de suporte social disponível aos idosos. Este tipo de avaliação refere-se à aplicação e apreensão da estatística para análise da distribuição normal de uma variável em uma amostra específica (ULBRICHT, BERALDO, RIPKA, 2016). Foi utilizado o software Microsoft Excel, mediante uso de planilhas, para organização, tabulação e sumarização dos dados coletados. A análise dos resultados foi realizada por meio da estatística descritiva, construindo-se gráficos, tabelas de frequências e medidas descritivas.

A metodologia qualitativa possui como um de seus pressupostos a captura de uma realidade social sob uma ótica teórica compreendendo que as técnicas são métodos necessários para a operacionalização, representando pensamentos, ideias e descrição de um contexto (VERMELHO, 2016). Assim, a análise de conteúdo visou contribuir com a manutenção de um rigor metodológico, englobando uma organização propícia à compreensão aprofundada do método pesquisa, sendo um concreto e operacional método de investigação (BARDIN, 2009).

Os discursos orais foram redigidos por um digitador neutro, vislumbrando a ausência de possíveis contaminações à pesquisa, com reprodução na íntegra e posteriormente organizados seguindo um processo de codificação e definição das categorias de análise de conteúdo onde o processo de análise do material permitiu a identificação e seleção das unidades de análise, sua categorização, análise interpretativa e discussão sobre a percepção dos idosos institucionalizados acerca do suporte social. A técnica de análise de conteúdo de Bardin possibilitou ainda a identificação tanto da composição da rede de suporte social acessível à população do estudo quanto às situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido.

Os dados coletados foram tabulados com o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), criado por Pierre

Ratinaud (2009), sendo um programa informático gratuito, que se ancora no *software* R e possibilita diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Devido ao seu rigor estatístico, permite aos pesquisadores a utilização de diferentes recursos técnicos de análise lexical, possui interface simples e é do tipo *open source*, trazendo muitas contribuições ao campo de estudo das ciências humanas e sociais, em diversos países do mundo, e em especial nos de língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O uso do software IRAMUTEQ possibilitou o manejo dos dados, integridade, codificação, categorização das informações coletadas auxiliando no processo de análise dos resultados. A partir da análise textual relativa à Classificação Hierárquica Descendente (CHD), obtida com o uso do software IRAMUTEQ, foi possível descrever o material produzido nas entrevistas pela população do estudo, os 12 idosos entrevistados, tanto de modo individual quanto coletivamente, assim como relacionar, comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descreveu quem participou da entrevista. Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos de Marchand e Ratinaud (2012) que estuda objetos combinatórios, os grafos, em vários ramos da matemática e que possibilitou a identificação das palavras e ocorrências entre as palavras, seu resultado traz indicações da conexão entre as palavras auxiliando na identificação da estrutura da representação.

4. ARTIGO 1

SUPORTE SOCIAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS NIPÔNICOS INSTITUCIONALIZADOS

SOCIAL SUPPORT AND HEALTH CONDITIONS OF INSTITUTIONALIZED NIPPONIANS

RESUMO: O estudo científico das relações sociais contribuiu de forma efetiva e significativa para a compreensão do envelhecimento, considerando a relevância das questões relacionadas ao envelhecimento saudável e ao suporte social. **Objetivo:** compreender a percepção das pessoas idosas asiladas acerca do suporte social e analisar sua relação com as condições de saúde. **Método:** estudo descritivo-exploratório, de natureza mista, abordagens qualitativa e quantitativa, com abordagem teórica e recorte temporal transversal, desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos de descendência nipônica, localizada no município de Maringá, no norte do Paraná – Brasil. A coleta de dados foi realizada em duas etapas, por meio de pesquisa documental, cuja instrumentalização foi a consulta aos prontuários, e entrevistas com ênfase temática à compreensão e acesso a suportes sociais e condições de saúde. **Resultados:** constatou-se a precariedade de redes ou contatos sociais externos à instituição, a fragilidade presente no vínculo e contato com familiares e amigos, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. **Conclusão:** a atuação da equipe de saúde mostrou-se um importante fator protetor na manutenção das condições de saúde e promoção do suporte social ao idoso institucionalizado.

Palavras-chave: Apoio Social, Envelhecimento, Institucionalização, Promoção da Saúde.

ABSTRACT: The scientific study of social relations has contributed in an effective and meaningful way to the understanding of aging, considering the relevance of issues related to healthy aging and social support. **Objective:** to understand the perception of elderly people about social support and to analyze their relationship with health conditions. **Method:** a descriptive-exploratory study, of mixed nature, qualitative and quantitative approaches, with a theoretical approach and transverse temporal cut, developed in a long-stay institution for elderly people of Japanese descent, located in the municipality of Maringá, northern Paraná - Brazil. The data collection was carried out in two stages, through documentary research, whose instrumentalization was the consultation of medical records, and interviews with thematic emphasis on understanding and access to social supports and health conditions. **Results:** the precariousness of networks or social contacts external to the institution, the fragility present in the bond and contact with family and friends, as well as the lack of help from the family to solve daily situations. **Conclusion:** the performance of the health team proved to be an important protective factor in maintaining health conditions and promoting social support to the institutionalized elderly.

Keywords: Social Support, Aging, Institutionalization, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

O estudo científico das relações sociais contribuiu de forma significativa para a compreensão do envelhecimento, última fase do ciclo de desenvolvimento humano. As relações sociais são reconhecidas como um elemento singular ao bem-estar e como tendo efeitos cumulativos sobre a saúde ao longo da vida, além de apresentar raízes interdisciplinares buscando associar conteúdos das ciências médicas, sociais e da Psicologia em face aos saberes de conhecimento, fatores que contribuem satisfatoriamente para a compreensão da importância das relações sociais. Como consequência, nota-se um olhar reducionista que desvaloriza a importância de intervenções integradas aos aspectos psicossomáticos, sociais, médicos e culturais. Assim, tem-se no suporte social um aliado importante da atenção integral à saúde do idoso, principalmente por auxiliar os indivíduos a lidar com as conflitivas do dia a dia (SILVA et al., 2012; AREOSA et al., 2012; MELCHIORRE, 2013; ANTONUCCI; JROUCH; BIRDITT, 2013; GUEDES, 2017).

Ao investigar aspectos ambientais, sociais e de saúde, visando identificar modelos relacionais benéficos à saúde, verifica-se como as experiências e relações sociais refletem na saúde física e mental, sendo possível intervir no ambiente social para promover e proteger a saúde. A partir da busca por uma vida socialmente saudável temos a sobreposição do suporte social, conceito destaque em Psicologia da Saúde que remete às relações construídas no reconhecimento e suporte a pessoas em quem se possa confiar, com evidência de afeto e cuidado. Trata-se de um conceito multidimensional, relativo aos processos materiais e psicológicos aos quais os indivíduos têm acesso através de suas redes sociais (SATUF; BERNARDO, 2015).

Determinantes relacionados à habitação e bem-estar em adultos mais velhos apontam que o cuidado institucional se tornou uma tendência crescente para esta população, os valores sociais também mudaram, incluindo uma relutância da família imediata em prestar cuidados informais, elevando a tendência ao isolamento social, essencialmente entre os idosos. Idosos institucionalizados apresentam maior vulnerabilidade em relação à saúde física e desenvolvimento funcional de modo que os residentes em lares de idosos não podem ser ignorados. Outro aspecto relevante entre as instituições para idosos refere-se à dificuldade no estabelecimento e manutenção de laços e vínculos sociais, seja com familiares e/ou amigos. Estudos indicam que nesses lares, idosos tendem a sentirem-se solitários e sem apoio social devido a uma diminuição da rede social e ao isolamento de amigos e familiares. Assim, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) atuam, atual e historicamente, no

experimento de sanar a problemática das doenças, da pobreza e mendicância, estabelecendo-se como organizações sociais regulamentadas pelo governo que englobam atividades governadas por regimento, assumindo um papel de tutelar os idosos (XIMENES; CÔRTE, 2006; GEIB, 2012; RODRIGUES; DA SILVA, 2013; KIM et al., 2018; ZHANG et al., 2018).

Neste contexto, a vinculação social torna-se uma variável positiva no processo de atuação em sociedade, tanto em relação à necessidade de convivência, quanto ao bem-estar que tais vínculos podem proporcionar. Os vínculos auxiliam as pessoas na obtenção de acesso a diferentes formas de apoio social, fator que influi nos aspectos relativos à saúde, desempenhando um importante papel nos resultados de saúde, particularmente no que tange às populações estigmatizadas. Porém, o estudo contemporâneo das relações sociais dos idosos relata a presença de modificações em seu meio social consequentes de múltiplos fatores, embora as pessoas com idade avançada possam enfrentar problemas de saúde e autonomia e redução da mobilidade, seu envolvimento com uma rede social possui relevância no bem-estar, havendo constatação de que a presença de maior contato com amigos e familiares, associam-se a longevidade, isto, se comparados a idosos que se abstêm destes contatos. (AREOSA et al., 2012; WUTICH et al., 2014; CARDOSO; BAPTISTA, 2015).

Destaca-se o fato de o Brasil possuir na atualidade a maior população japonesa fora do Japão com uma tradição cultural expressiva, sendo um fator de destaque a saúde em termos de longevidade, fazendo-se necessário o reconhecimento de similaridades, especificidades e diferenças em relação a diferentes nacionalidades. Paralelo a isto, o Japão apresenta a maior proporção de adultos com idade avançada em todo o mundo, pressupondo que a contemporaneidade caracteriza mudanças significativas em relação ao processo demográfico, tendo uma elevação expressiva de pessoas com idade avançada em todo o mundo. O envelhecimento, em sua diversidade e no alcance da longevidade, representa tanto uma etapa de desenvolvimento, quanto uma conquista da sociedade onde tradicionalmente, a atenção à saúde, no Brasil, tem focado na elaboração, implementação e efetivação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010; DE OLIVEIRA et al., 2016; JIN et al., 2018).

Pautando-se nos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), que visa à promoção da qualidade de vida e contração de riscos à saúde relacionados e considerando a relevância das questões relacionadas ao envelhecimento saudável e ao suporte social, este estudo pretendeu compreender a percepção das pessoas idosas asiladas acerca do suporte social e analisar sua relação com as condições de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, qualitativo, de abordagem teórica e recorte temporal transversal fundamentado em dados primários, desenvolvido em uma instituição de longa permanência para idosos de descendência nipônica, localizada no município de Maringá, no norte do Paraná – Brasil. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), sob o número do parecer 1.999.419.

O delineamento amostral foi homogêneo, composto por 30 idosos, de ambos os sexos, descendência oriental, do tipo não probabilístico, intencional e centrou-se sumariamente na opinião, percepção e relatos de determinados elementos associativos a suporte/apoio social e condições de saúde da população do estudo.

O critério de exclusão amostral incluiu as pessoas com idade avançada que apresentaram dificuldades de comunicação, conseqüentes da ausência de domínio do idioma português (n=3), e comprometimentos ou patologias mentais, cognitivas e/ou neurológicas (n=10). Após a pesquisa documental, foram selecionados 17 idosos para a entrevista, dentre os quais 5 deles não quiseram participar justificando recusa pessoal, totalizando 12 idosos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pela população do estudo.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas, iniciou por meio de pesquisa documental cuja instrumentalização foi a consulta aos prontuários dos idosos residentes na ILPI para fins de completude de dados contidos em um questionário intitulado Ficha de Avaliação Clínica do Idoso, embasado na caderneta de saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2017) para a caracterização das condições de saúde dos participantes (n=30), os dados foram preenchidos com o auxílio da equipe de enfermagem embasados nos relatos da enfermeira e dados descritos nos prontuários. Posteriormente, houve a aplicação do método de entrevista mediante utilização de roteiro elaborado com 10 questões abertas e ênfase temática à compreensão e acesso a suportes sociais, tais como: relacionamentos (familiar e social), auxílio e cuidado, e condições de saúde (n=12).

Tendo em vista o objetivo proposto, a análise quantitativa estatística inferencial classificatória do tipo correlacional e a técnica de análise de conteúdo se mostraram adequadas ao propósito de analisar, interpretar e correlacionar os dados, transformando as informações obtidas em categorias de análise.

A análise quantitativa estatística inferencial classificatória do tipo correlacional, verificou o perfil sociodemográfico e as variáveis relativas às condições de saúde da

população do estudo, de modo a realizar uma análise relacional entre variáveis escalares por meio da associação de informações, verificando se há correlação entre as condições de saúde dos idosos asilados e a forma pela qual foram encaminhados à ILPI, considerando as variáveis vínculo familiar e recebimento de visitas para fins de análise relacional destes dados na rede material assistencial de suporte social disponível aos idosos. Foi utilizado o software Microsoft Excel para tabulação e sumarização dos dados coletados. A análise dos resultados foi realizada por meio da estatística descritiva, construindo-se gráficos, tabelas de frequências e medidas descritivas.

A análise de conteúdo de Bardin possibilitou a organização dos dados e definição das categorias de análise de conteúdo, permitindo análise interpretativa e discussão. Os dados coletados foram tabulados com o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), criado por Pierre Ratinaud (2009), sendo um programa informático gratuito, ancorado no *software* R que possibilita diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas de indivíduos por palavras. Devido ao seu rigor estatístico, permite aos pesquisadores utilizarem diferentes recursos técnicos de análise lexical, possui interface simples e é do tipo *open source*, trazendo muitas contribuições ao campo de estudo das ciências humanas e sociais, em diversos países do mundo, e em especial nos de língua portuguesa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O uso do software IRAMUTEQ possibilitou o manejo dos dados, integridade, codificação, categorização e das informações coletadas auxiliando no processo de análise dos resultados. Dentre as vantagens está a de ser gratuito na lógica de *open source* - código aberto. A partir da análise textual relativa à Classificação Hierárquica Descendente (CHD) foi possível descrever o material produzido nas entrevistas pela população do estudo tanto de modo individual quanto coletivamente, assim como relacionar comparando produções diferentes em função de variáveis específicas que descreveu quem participou da entrevista. Esse tipo de análise baseia-se na teoria dos grafos de Marchand & Ratinaud (2012), que possibilitou a identificação das palavras e ocorrências entre as palavras, seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras auxiliando na identificação da estrutura da representação (MARCHAND; RATINAUD, 2012).

Os resultados obtidos a partir das entrevistas (n=12) permitiram clarificar as situações reconhecidas pelos idosos como apoio social, as palavras foram agrupadas e organizadas de acordo com a sua frequência, possibilitando sua identificação, a partir de um único arquivo, denominado *corpus*, que reúne os textos originados pelas entrevistas a serem interpretadas pela pesquisadora. Cada entrevista caracterizou um texto, e o conjunto dos 12 textos

constituiu o *corpus* de análise desta pesquisa. A análise lexical viabilizou o uso dos cálculos estatísticos sobre os dados qualitativos transcritos (LAHLOU, 2001; CAMARGO; JUSTO, 2013).

O *corpus* geral foi constituído por 12 textos (entrevistas), separados em 404 seguimentos de texto (ST), com aproveitamento de 292 STs (72,28%). Emergiram 13.981 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.689 palavras distintas e 834 (49,38%) que aparecem uma única vez (5,97% de ocorrência).

O conteúdo analisado mediante classificação hierárquica descendente (CHD) foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 62 ST (21,23%), Classe 2, com 42 ST (14,38%), Classe 3, com 44 ST (15,07%), Classe 4, com 43 ST (14,73%), Classe 5, com 56 ST (21,18%) e Classe 6, com 45 ST (15,41%). As 6 classes encontram-se divididas em duas ramificações, chamadas aqui de subcorpus A e B, intitulados Rede de apoio formal e Condições de saúde e rede de apoio formal e informal respectivamente, do corpus total em análise, onde o subcorpus A inclui a classe 1, Participação em atividades grupais e o subcorpus B, contempla as demais subclasses, são elas: classe 2, Proteção e suporte social informal, classe 3, Suporte formal e condições de saúde, classe 4, Composição da rede de suporte social, classe 5 Relações vinculares e classe 6 Receber cuidado. Destaca-se, no entanto, que todas as classes contidas no subcorpus B estão concatenadas ao subcorpus A, classe 1 Participação em atividades grupais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados levantados da consulta aos prontuários apontaram um perfil sociodemográfico que inclui idosos medianos e idosos muito idosos, faixa etária com idade superior a 70 anos, predominância do sexo feminino e totalidade de idosos com etnia asiática, demonstrados na Tabela 01.

Variáveis sociodemográficas	Frequência (n=30)	%
Idade		
70 anos ou menos	5	16,67
De 71 a 80 anos	4	13,33
De 81 a 90 anos	18	60,00
Mais de 90 anos	3	10,00
Sexo		
Feminino	20	66,67
Masculino	10	33,33
Nacionalidade		
Brasileiro (a)	19	63,33
Estrangeiro (a)	11	36,67
País		
Brasil	20	66,67
Japão	10	33,33
Etnia		
Amarelo	30	100,00
Situação conjugal		
Casado (a) / convívio com parceiro	3	10,00
Divorciado (a) / separado (a)	4	13,33
Solteiro (a)	13	43,33
Viúvo (a)	10	33,33

Tabela 1 - Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas dos idosos residentes na ILPI (n=30).

Com relação às condições de saúde, notou-se que a maior parte dos idosos apresentam boas condições de saúde, enquanto um terço apresentou condição de saúde regular ou ruim e uma pequena parcela apresentou condição de saúde muito boa ou excelente. A deficiência intelectual/cognitiva foi referida em 30% do total de idosos e 16,67% foram diagnosticados com depressão, enquanto 10% não apresentou nenhuma condição clínica, dados relatados pela equipe de enfermagem do local mediante verificação em prontuários e avaliação da técnica responsável, conforme Tabela 2.

Variável condição de saúde	Frequência (n=30)	%
Condição de saúde		
Excelente	1	3,33
Muito boa	1	3,33
Boa	18	60,00
Regular	7	23,33
Ruim	3	10,00
Tem deficiência *		
Intelectual/cognitiva	9	30,00
Condições clínicas *		
Insuficiência cognitiva /Demência / Esclerose	8	26,67
Mentais	8	26,67
Neurológicas	5	16,67
Outras condições (diagnósticos) *		
Alzheimer	3	10,00
Depressão	5	16,67
Esquizofrenia	3	10,00

* A questão admite mais de uma resposta.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis de condições de saúde dos idosos residentes na IPLI (n=30).

A saúde é um conceito complexo demais para ser definido e medido, segundo a OMS, embora a idade avançada seja comumente associada à elevação nas necessidades relacionadas à saúde, as pessoas estão chegando cada vez mais a idades avançadas. Complicações nos estados de saúde e funcional apresentadas por pessoas mais velhas apontam a necessidade de novos conceitos e parâmetros norteadores sobre a presença ou ausência de doença, essencialmente no reflexo destes sobre o impacto que podem apresentar nas condições e funcionamento da saúde, além do bem-estar geral (OMS, 2015).

As pessoas que vivem em ILPI apresentam com frequência comprometimento cognitivo e funcional avançado, além de comorbidades médicas, sendo a depressão um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns que afetam os adultos mais velhos, associando-se diretamente ao declínio cognitivo e funcional e demência, bem como aumento da morbidade e mortalidade. Neste sentido, a promoção do Envelhecimento Saudável demandará uma compreensão complexa de roteiros comuns da capacidade intrínseca e funcional, seus determinantes e a efetividade das intervenções para modificá-las. A saúde e a doença da população idosa vêm passando por uma transição epidemiológica, sendo um dos grandes desafios à questão da diferença de sexo. Os homens possuem uma taxa significativa sobre mortalidade em relação às mulheres, considerando condições de vida que incluem: alcoolismo, tabagismo e outros. Nas mulheres a elevação das comorbidades são oriundas de mortes por câncer de mama, com um diagnóstico já em estágio avançado, além de uma elevação no número de quedas. No entanto, há possibilidade de redução aos anos vividos com incapacidade se houver investimentos em políticas de saúde, uma vez que de modo geral a avaliação das condições de saúde varia muito e as internações por causas externas precisam ser colocadas na agenda pública, política e social (ROBERT et al, 2009; OMS, 2015; DWYER et al., 2014; PARK et al., 2018; FALEIROS, 2008).

Nesta perspectiva constatou-se a percepção de uma forte rede de suporte proveniente dos cuidadores e profissionais da saúde que trabalham e assistem a instituição como um todo. Destaca-se que o olhar direcionado a este contexto remete à compreensão do acesso ao suporte social reconhecido pelos idosos entrevistados como disponíveis ao acesso deles em caso de precisão, auxílio e apoio. Isto é notório, por exemplo, no relato da Pessoa 06, que relata identificar sentimentos de pertencimento às pessoas do ambiente institucional, sentindo-se pertencente a uma rede de apoio que certamente reflete na manutenção das condições de saúde, visto ser o único idoso do local a ter autonomia e liberdade para deixar a instituição desacompanhado, convivendo em sociedade e participando de grupos de atividade física em praças de lazer, conseqüente de seus aspectos saudáveis no que tange o envelhecimento.

[...] aqui eu participo em grupo e vou no ... é ... na praça fazer atividade física em grupo ... na cidade não tem participação em grupo [...] (Pessoa 06).

Porém, como a maioria dos residentes da ILPI apresentou boas condições de saúde (Tabela 2), segundo avaliação da equipe de enfermagem, é válido compreender os motivos da institucionalização destes idosos. Para tanto, a Figura 1 apresenta a distribuição da condição de saúde em função da forma como o idoso foi encaminhado a ILPI.

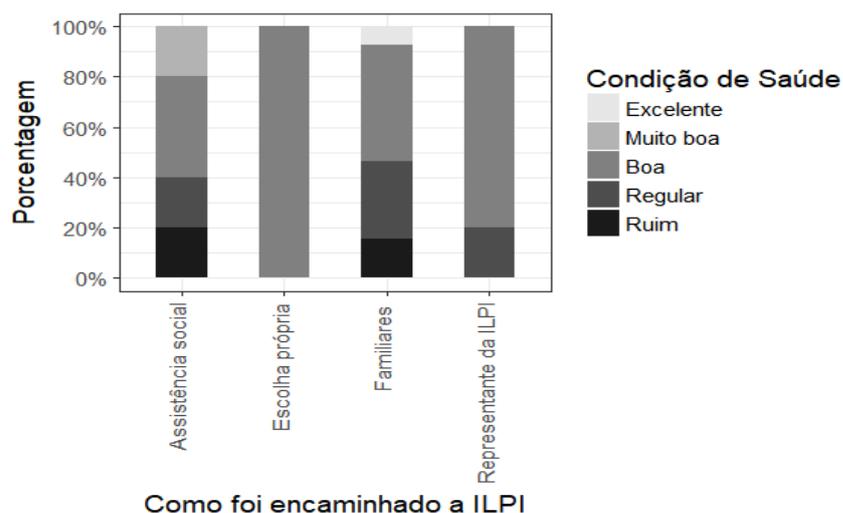


Figura 1 – Porcentagem das categorias de condição de saúde dos idosos que residem na ILPI (n=30), de acordo com a forma como foram encaminhados à instituição.

Os dados da Figura 1 revelam que há dificuldades dos familiares para cuidar de seus idosos, sendo identificada a ausência de motivos reais relativos a doenças, comprometimentos físicos e mentais que justificam a institucionalização dos idosos, discriminando os problemas inter-relacionais familiares como importante causa para institucionalização. Não se trata de um processo de mão única, sendo só a família responsável pelo comprometimento do vínculo com o idoso.

Porém, é necessário levar em conta também características comportamentais e de personalidade do idoso, visto que estes fatores podem influir insatisfatoriamente no estabelecimento e/ou no fortalecimento dos vínculos afetivos com os familiares e comprometer a relação entre eles. O cuidado dos idosos tem sido um desafio para a sociedade e, a longo prazo, os cuidados institucionais representarão padrões de cuidados criados para mudar o estilo de atendimento institucional em um ambiente vincular familiar para adultos mais velhos. Estudos têm sugerido a necessidade de estilos mais acolhedores de lares de

cuidados, relacionando a ideia de que isso geraria um ambiente familiar adequado para sua população ou grupo, generalizando que isto se aplicaria a todas as instituições de cuidado, incluindo os países em desenvolvimento ou onde houver um crescimento rápido do setor doméstico de cuidados (POPHAM; ORRELL, 2012; RODRIGUES; DA SILVA, 2013; GUO; MU, 2015; FLEMING; KYDD; STEWART, 2017).

Verificou-se também, tanto na consulta aos prontuários quanto nos relatos dos idosos, que mais da metade dos indivíduos que possuem vínculo com filhos (as) e irmãos (ãs) apresentam condição de saúde regular ou ruim, enquanto que para aqueles que não apresentam vínculo, ou apresentam com amigos (as), netos (as) ou parentes próximos, a condição de saúde boa é predominante. Em contrapartida, notou-se que a condição de saúde dos idosos que recebem visita de amigos apresenta-se melhor do que a dos que recebem visita de familiares, sendo eles filhos, netos ou cônjuges.

Evidencia-se, diante do exposto, a precariedade nos contatos sociais externos à instituição, destacando-se a fragilidade no vínculo e relação com familiares e amigos, bem como a inexistência e/ou precariedade de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano.

O processo de construção vincular está presente ao longo do ciclo de vida humano sendo de extrema importância na velhice, principalmente quando o idoso passa a fazer parte do ambiente institucional, onde se depara com a necessidade de enlutar-se, lidar com perdas diversas, tais como a de status e de papéis sociais, tendo de enfrentar problemas de saúde, de ordem econômica, isolamento, rejeição, marginalização social, entre outras questões (TAVARES, 2007 apud CARMO, 2013).

A cultura apresenta papel relevante nas motivações subjacentes à provisão de apoio social sendo crucial entendê-la para ampliar a compreensão das relações humanas. No caso de pessoas de culturas coletivistas, como os Asiáticos, há uma tendência a direcionar suas preocupações a manutenção de relações de interdependência, estando em segundo plano aspectos relativos à autonomia individual (CHEN et al., 2012).

Imigrantes japoneses que se deslocaram ao Brasil, no processo imigratório vincularam-se à família tradicional japonesa baseada em alianças familiares, fator que reforçou sentimentos nacionalistas, diante do contexto de grupo social tradicional, rotinas culturais e hábitos espirituais da melhor maneira diante do processo de aculturação gradual às condições da sociedade majoritária, onde a posição do adulto mais velho possui condição privilegiada nesta etnia (LESSER, 2014; USARSKI; SHOJI, 2017). Apegados ao papel fundamental da família, onde todos devem obediência ao ser humano masculino mais velho, a

representatividade do patriarca mantém-se elevada com a idade, e a mulher idosa, mesmo submissa, passa a ter reconhecimento e influência na educação dos netos (SANTOS, 2001). Isto esteve retratado neste estudo, que apontou correlação entre melhores condições de saúde e relação vincular de proximidade com netos ou parente próximo.

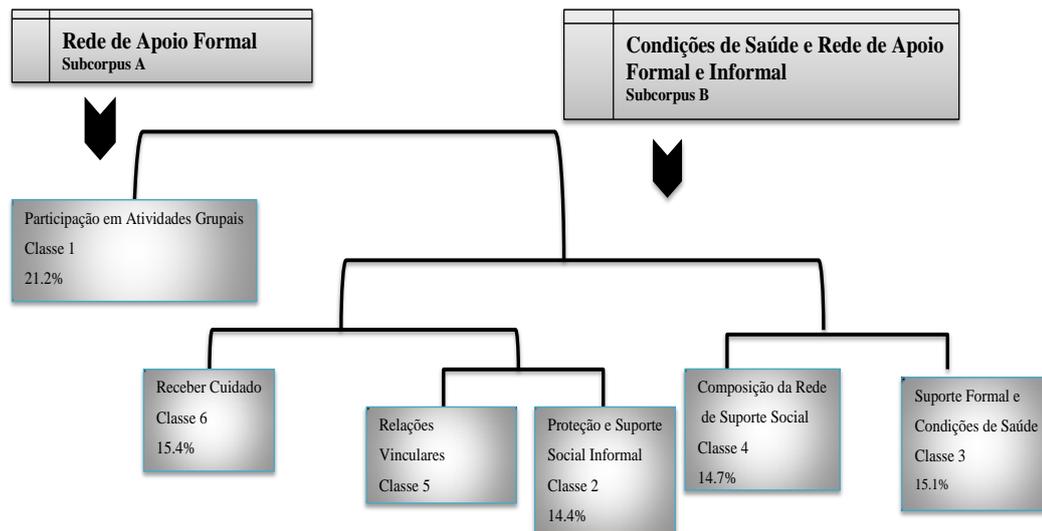


Figura 2 – Dendrograma da Análise de Classificação Hierárquica Descendente em relação, resultados obtidos a partir das entrevistas (n=12).

O subcorpus A, Rede de apoio formal, composto pela classe Participação em atividades grupais, se refere à presença de suporte instrumental através do reconhecimento da existência de grupos operativos e de terapia ocupacional, manejados tanto por estagiários e responsáveis técnicos de instituições de ensino, em diferentes especialidades, quanto por colaboradores da ILPI.

O subcorpus Condições de saúde e rede de apoio formal e informal mantém uma concatenação com o subcorpus Rede de apoio formal no que se tange à temática rede de suporte social, porém, ramifica-se em duas subclasses e contém os discursos correspondentes às Classes 3 (Suporte formal e condições de saúde) e 4 (Composição da rede de suporte social), que incluem aspectos relativos a percepção das pessoas de idade avançada sobre pessoas a quem podem recorrer diante à necessidade de auxílio e consciência de suas reais condições de saúde e o reconhecimento de quem os assiste em relação a este quesito. Por fim, identificou-se a ramificação da subclasse que inclui a Classe 6 (Receber cuidado) e as Classes 5 (Relações vinculares) e 2 (Proteção e suporte social informal), que se agregam tematicamente em um último subgrupo cujo teor inclui aspectos protetivos diante do

sentimento de desamparo e fragilidade, enaltecendo a sensação de pertencimento, por parte dos idosos, a uma rede assistencial formal, reconhecendo na equipe assistencial sentimentos de pertença, suporte e acolhimento.

Assim, pode-se verificar que a família ou a falta que ela faz refletem no sentimento protetivo do idoso, notou-se uma precariedade de redes ou contatos sociais fora da instituição e a falta de relação com familiares, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. A classe Composição da rede de suporte social, identificou o reconhecimento por parte dos idosos de quem os assiste em situações problema e com exceção das Pessoa 01 e 09 que relataram recorrer a uma amiga e sobrinha respectivamente, todos os demais entrevistados relataram solicitar auxílio à equipe de saúde que os assiste ou disseram tentar resolver sozinhos suas questões conflitivas.

[...] pobrema mesmo só Deus que me ajuda [...] (Pessoa 03).

[...] a dona L. [...] (Pessoa 11 - referindo-se a uma cuidadora da ILPI).

[...] agora não posso fala [...] (Pessoa 06).

[...] eu procuro a psicóloga ... sempre procuro a enfermeira [...] (Pessoa 04).

[...] tem uma enfermera né, que toma conta [...] (Pessoa 02).

[...] minha família é minha sobrinha, toma conta de mim, ela vem aí [...] (Pessoa 09).

Nessa situação, Minayo, Figueiredo e Mangas (2017) apontaram, em um estudo sobre suicídio de idosos institucionalizados, que a forma como grande parte das pessoas de idade avançada é deixada e esquecida numa ILPI potencializa nelas a ideia de representarem um peso social, de serem descartáveis e com pouco valor, levando a pensar que a perda dos laços afetivos e a solidão pela ausência ou perda dos seres mais queridos são os principais disparadores do extremo sofrimento. Tais fatores podem propiciar sentimentos de solidão, que envolve um sentimento penoso e angustiante, que conduz a sensação de a pessoa se sentir só, ainda que rodeada de pessoas, por pensar que lhe falta suporte, sobretudo de natureza afetiva, visto que mudanças operadas na família aumentam o sentimento de solidão.

Já em um estudo sobre solidão na percepção dos idosos institucionalizados De Aguiar, Sá Azeredo e Neto Afonso (2016), mostraram uma ressignificação passível desse processo do desenvolvimento, proporcionando que a velhice seja vista como um processo peculiar ao indivíduo, em consonância com sua história de vida e com a representação da velhice presente na sociedade, de forma que se considerem também as experiências adquiridas pelos mesmos, suas potencialidades, contribuições e acréscimos ao longo da vida. Assim, notou-se que os idosos reconhecem a equipe multiprofissional como sendo uma rede assistencial provedora de

suporte social. Porém, uma ILPI caracteriza um ambiente artificial e regulado quando comparado com a casa onde a pessoa passou sua vida (;).

[...] aqui eu to sempre protegido, é, posso comunicar, pedir e tenho toda liberdade [...] (Pessoa 03).

[...] eles troca fralda, enfermeira vai lá, tudo vem, se tiver molhado já troca e arruma tudo e é assim que eu tenho amiga e todo mundo gosta de nós [...] (Pessoa 08).

[...] amigo é esse que fica aqui, quem mora aqui [...] (Pessoa 09).

Análogo a isto, sobressaiu-se a existência de uma rede de suporte formal consistente que ampara e oferece suporte adequando aos residentes e é reconhecida por eles, isto pode ser notado também a partir das palavras mais frequentes fornecidas nos segmentos de texto citados abaixo.

[...] aqui é uma instituição onde ... é ... vê os idosos né, eu to sendo muito bem tratada, eu to feliz [...] (Pessoa 04).

[...] tem enfermeira cuidadora [...] (Pessoa 01)

[...] aqui ta tudo muito bom, eu gostei aqui [...] (Pessoa 10)

Em relatos sobre como chegaram à ILPI notou-se o quão frágil eram as relações afetivas das pessoas de idade avançada principalmente com seus filhos e irmãos, inclusive pelo fato de que mais da metade dos idosos que mantém contato com esta classe de parentes apresentou condições de saúde regular e ruim. Porém, quase metade dos idosos que apresentaram boa condição de saúde apresentou, também, certa fragilidade em relação aos vínculos familiares, mesmo recebendo a visita de familiares não relatam a percepção e o reconhecimento de apoio vincular nesta rede assistencial, fator confirmado em relatos sobre como se dá sua relação com seus familiares, isto ficou evidente nos relatos abaixo.

[...] relação com meus familiares dá nem pra conta...eu fico triste [...] (Pessoa 07).

[...] é cada um por si e Deus para todos porque todos tem compromissos, tem seus afazeres, é muito difícil encontrar. É cada um pra si e Deus para todos, é assim que é [...] (Pessoa 04).

[...] eu não converso com meus familiares, quase não converso né, se converso é muito pouco [...] (Pessoa 03).

[...] minha família é minha sobrinha, toma conta de mim, ela vem aqui me visita [...] (Pessoa 09).

[...] relação é mais ou menos, não é tão ruim mais também não é tão bom [...] (Pessoa 06).

A exemplo disto, pressupondo que a vida é fundamentada pelas relações sociais e que estas comumente se constroem dentro de uma família, o outro é para o idoso muito importante, sendo o isolamento social algo muito temido. Em qualquer fase da vida a pessoa necessita de algum apoio, nestes momentos recorre à família e à comunidade, referências de proteção e inserção social que possibilitam suporte para ampliar vínculos relacionais benéficos à qualidade de vida. Os resultados obtidos vão ao encontro das contribuições de Assis e Amaral (2010) relativas à noção de que a ausência de parentes mais próximos, como filhos, associa-se à doenças e mortalidade na terceira idade, visto que o suporte familiar produz efeitos benéficos sobre a saúde, essencialmente no que tange à educação em saúde voltada às necessidades de cada idoso. Portanto, a saúde, o fortalecimento dos vínculos dos idosos institucionalizados em conjunto com a família e demais integrantes da rede social, complementam-se de modo a proporcionar e facilitar a promoção de apoio, objetivando munir as necessidades vivenciadas por eles, onde estratégias de intervenções psicológicas auxiliariam no sentido de fortalecer a fonte de suporte social aos idosos, possível identificar a percepção pelos idosos de uma forte rede de suporte proveniente dos cuidadores e profissionais da saúde que trabalham e assistem a instituição como um todo (ASSIS; AMARAL, 2010; ARAÚJO ET AL., 2012; DE PAULA ROCHA; KLEIN; PASQUALOTTI, 2014; SATUF; BERNARDO, 2015).

As condições de saúde dos idosos da pesquisa estão associadas ao acesso à rede de apoio, neste caso, muito mais formal do que informal. Evidenciou-se a presença do suporte formal como sendo reconhecidamente acessível para eles, pois nota-se nos relatos dos idosos a percepção e reconhecimento sobre possuírem tal apoio, conforme consta nas classes Participação em atividades, Suporte formal e condições de saúde e Receber cuidados em que os idosos relatam notadamente reconhecer a existência de uma rede formal reconhecida pelo grupo de idosos seja no que tange ao suporte ofertado pela equipe de saúde seja na participação em atividades grupais. Em termos relacionais, verificou-se que grande parte dos idosos institucionalizados considera os demais residentes e equipe de colaboradores como conhecidos e, apenas em poucos casos, como amigos e família, ficando evidente a relevância e conseqüente ausência de relações vinculares significativas no que tange ao suporte informal (CARMO, 2013).

[...] tava difícil cuidar de mim ... aqui tem pessoas que cuidam de mim ... aqui eu acho melhor [...] (Pessoa 11).

[...] acho bom morar aqui porque amizade pessoa né, eu gosto de todo mundo né [...] (Pessoa 12).

[...] eu gosto porque não precisa fazer nada, a gente come, bebe ... a gente vevi aqui. [...] (Pessoa 09).

[...] aqui todo mundo ajuda, enfermeira amiga ... e foi sempre amiga, sempre junto [...] (Pessoa 08).

Sobre participar de atividades em grupo, constatou-se os seguintes relatos:

[...] nós fazemos quando vem o pessoal do Cesumar, da UEM, da...da...da... algumas atividades da coordenação motora ... essa quarta-fera vai vim um pessoal do Cesumar, geralmente eles dão coisa pra gente fazer, colagem, pintar, quem quiser desenhar também pode desenhar [...] (Pessoa 01).

[...] quando vem o pessoal da faculdade a gente faz em grupo... eu me sinto bem [...] (Pessoa 04).

[...] é, de vez em quando a Cesumar faz alguma coisinha, eu faço em grupo ... jogo xadrez, cuido da horta, ajudo pessoal de vez em quando faz alguma coisa, carregar o carrinho, lava loça que eles pede [...] (Pessoa 03).

[...] sinto melhor [...] (Pessoa 11).

[...] é ... fora não, agora domingo, segunda-fera , segunda-fera tem bordado [...] (Pessoa 02).

Tais relatos contribuem para a percepção da existência relacional entre saúde e suporte social de forma clara. O apoio social tem sido associado a níveis reduzidos de doenças físicas, mentais e mortalidade. Um estudo sobre depressão e suporte social realizado com idosos de Missouri mostrou que o aumento dos níveis de apoio social levou a uma maior incidência de dias associados à sentimentos de vitalidade. A pesquisa mostrou que o suporte social melhora a vida física e mental das pessoas idosas (FULBRIGHT, 2010).

[...] já faz tempo que num vo no médico [...] (Pessoa 07).

[...] acho que uma vez a cada três meis vai ao médico, mais não vai só eu, vai outras pessoas daqui ... as cuidadoras do asilo acompanha [...] (Pessoa 01).

[...] eu to bem de saúde [...] (Pessoa 09).

Na instituição do estudo é notório um esforço dos gestores na busca de promoção continuada de saúde, investindo em parcerias para a ampliação de rede de contato dos residentes, buscando minimizar os impactos negativos que o processo de asilamento possa desencadear na saúde dos idosos. Sugere-se que tais resultados possam agregar a interdisciplinaridade necessária no entendimento das questões de saúde, o que se reforça por esta ILPI possuir uma filosofia que busca preservar os aspectos culturais e tradicionais dos

orientais. A abordagem humanista destaca a importância do investimento de cuidados do residente, o que, sob um olhar psicanalítico, permite reunir desejos e sentimentos que a pessoa sente em relação ao outro e reproduzir o que este esperava ou temia das pessoas que fizeram parte de sua história de vida, tais como, familiares, pais, filhos, sobrinhos, primos ou pessoas às quais se vincularam ao longo de suas vidas, em especial na primeira infância, possibilitando novos investimentos afetivos.

Portanto, salienta-se que todos os resultados do estudo induziram a existência de relação entre suporte social e condições de saúde. Os dados sugeriram o reconhecimento, por parte dos idosos, da existência de uma rede de apoio assistencial, composta essencialmente pela equipe de cuidadores, sejam eles colaboradores da instituição ou não. Diante disto, e ressaltando a significância do fator saúde no processo de envelhecimento, constatou-se que o diferencial representativo ao processo de adoecimento são os vínculos e acesso a fatores protetores, tendo destaque o suporte social enquanto condição protetora ao idoso, refletindo, deste modo, na diminuição de condições adversas de perda da saúde.

CONCLUSÃO

A partir dos relatos dos idosos e sabendo da proteção que o suporte social pode proporcionar ao contexto da institucionalização, constatou-se que estes reconhecem na equipe assistencial um importante fator de acesso ao suporte social, o que reflete positivamente em suas condições de saúde, configurando um fator protetivo.

A análise de conteúdo possibilitou a identificação da composição da rede de suporte social acessível e as situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido, bem como a identificação tanto da composição da rede de suporte social acessível à população do estudo quanto das situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido.

Ao identificar a percepção pelos idosos de uma forte rede de suporte proveniente dos cuidadores e profissionais da saúde que trabalham na instituição, nota-se condição relevante para a promoção da saúde do idoso; visto que o suporte social dá ao idoso melhores condições para enfrentar dificuldades na condição de saúde.

O estudo sinaliza a relevância do desenvolvimento de pesquisas na área da Saúde e da Psicologia, que resultem em progressos e evolução na aplicação e implementação de políticas voltadas à ampliação de redes de suporte social formal disponíveis ao idoso, principalmente os que residem em ILP, asilos e instituições assistenciais, visto que os centros de atenção ao

idoso têm potencial para serem ponto de serviço para gestores e profissionais da área da saúde avaliarem, planejarem e implementarem cuidados à pessoa mais velha enquanto a ajuda a permanecer independente.

Apesar do estudo ter sido direcionado a uma etnia específica, asiáticos, sugere-se que estes achados possam auxiliar na compreensão do papel das ILP à idosos de outras etnias no que tange ao suporte social e condições de saúde.

Entretanto, pode-se verificar a precariedade de redes ou contatos sociais fora da instituição, a falta de relação com familiares e amigos, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. Deste modo, sugere-se a realização de novas pesquisas que explorem fatores de risco e de proteção associados ao suporte familiar no cuidado com o idoso institucionalizado.

REFERÊNCIAS

- 1 ANTONUCCI, Toni C.; AJROUCH, Kristine J.; BIRDITT, Kira S. The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. **The Gerontologist**, v. 54, n. 1, p. 82-92, 2013.
- 2 ARAÚJO, Cíntia Kroth et al. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, n. 1, 2012.
- 3 AREOSA, Silvia Virginia Coutinho et al. ENVELHECIMENTO: RELAÇÕES PESSOAIS E FAMILIARES. **Barbarói**, n. 36, p. 120, 2012.
- 4 ASSIS, LPP; AMARAL, MLN do. Envelhecimento e suporte social. **Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde. Uberlândia: EDUFU**, p. 207-217, 2010.
- 5 BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Política nacional de promoção da saúde. Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2010.
- 6 CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.
- 7 CARDOSO, Hugo Ferrari; BAPTISTA, Makilim Nunes. Evidência de validade para a escala de percepção do suporte social (Versão Adulta) - EPSUS-A: Um estudo correlacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 946-958, 2015.
- 8 CARMO, Hercules Oliveira et al. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 3, 2013.
- 9 CHEN, Jacqueline M. et al. Culture and social support provision: Who gives what and why. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 38, n. 1, p. 3-13, 2012.

- 10 DE AGUIAR SÁ AZEREDO, Zaida; NETO AFONSO, Maria Alcina. Solidão na perspectiva do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, 2016.
- 11 DE OLIVEIRA, Daniel Vicentini et al. COMPARAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL AUTO RELATADA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS E JAPONESES INSTITUCIONALIZADOS. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 6, n. 3, 2016.
- 12 DE PAULA ROCHA, Josemara; KLEIN, Otavio José; PASQUALOTTI, Adriano. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014.
- 13 DWYER, Rosamond et al. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. **Age and ageing**, v. 43, n. 6, p. 759-766, 2014.
- 14 FLEMING, Anne; KYDD, Angela; STEWART, Sally. Care homes: The developing ideology of a homelike place to live. **Maturitas**, v. 99, p. 92-97, 2017.
- 15 FALEIROS, Vicente. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. **Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**, p. 63-77, 2008.
- 16 FULBRIGHT, Sydney Ann. Rates of depression and participation in senior centre activities in community-dwelling older persons. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 17, n. 5, p. 385-391, 2010.
- 17 GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- 18 GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1185-1204, 2017.
- 19 GUO, Jing; MU, Lu. Residential care for elders in China: the private sector as a solution?. **Social Development Issues**, v. 37, n. 1, p. 11-24, 2015.
- 20 JIN, Xueying et al. Resident and facility characteristics associated with care-need level deterioration in long-term care welfare facilities in Japan. **Geriatrics & gerontology international**, 2018.
- 21 KIM, Jeung-Im et al. Korean translation and validation of the Community Commitment Scale for preventing social isolation in older adults. **Geriatrics & gerontology international**, 2018.
- 22 LAHLOU, Saadi. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2001.
- 23 LESSER, Jeffrey. Um Brasil melhor. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014.

- 24 MARCHAND, Pascal; RATINAUD, Pierre. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT**, v. 2012, p. 687-699, 2012.
- 25 MELCHIORRE, Maria Gabriella et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. **PloS one**, v. 8, n. 1, p. e54856, 2013.
- 26 MINAYO, Maria Cecília de Souza; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 981-1002, 2017.
- 27 OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra (SWI): OMS; 2015.
- 28 PARK, S.H., et al. Sintomas depressivos e mortalidade por todas as causas em adultos idosos coreanos: um estudo prospectivo baseado em população de 3 anos. **Geriatr Gerontol Int**, 2018 Feb 2.
- 29 POPHAM, Carolyn; ORRELL, Martin. What matters for people with dementia in care homes?. **Aging & mental health**, v. 16, n. 2, p. 181-188, 2012.
- 30 RODRIGUES, Adriana Guimarães; DA SILVA, Ailton Amélio. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.
- 31 ROBERT, Stephanie A. et al. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the national health measurement study. **Journals of Gerontology: Series B**, v. 64, n. 3, p. 378-389, 2009.
- 32 SANTOS, Silvana Sidney Costa. Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade oriental e ocidental. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 2, n. 1, 2001.
- 33 SATUF, Cibele Ventura Vieira; BERNARDO, Natália Sofia Capela Oliveira. Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Mudanças–Psicologia da Saúde**, **23 (1)**, p. 11-19, 2015.
- 34 SILVA, Lorenna Cláudia Carvalho et al. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 119-140, 2012.
- 35 USARSKI, Frank; SHOJI, Rafael. Perspectiva sociológica sobre a expansão do Budismo e das religiões japonesas no Brasil. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**, v. 17, n. 2, p. 99-118, 2017.
- 36 WUTICH, Amber et al. Stigmatized neighborhoods, social bonding, and health. **Medical anthropology quarterly**, v. 28, n. 4, p. 556-577, 2014.

- 37 XIMENES, Maria Amélia; CÔRTE, Beltrina. A INSTITUIÇÃO ASILAR E SEUS FAZERES COTIDIANOS: um estudo de caso1. **Gerontologia**, v. 9, n. 2, p. 135-145, 2006.
- 38 ZHANG, Dan et al. The moderating effect of social support on the relationship between physical health and suicidal thoughts among Chinese rural elderly: A nursing home sample. **International journal of mental health nursing**, 2018.

5 NORMAS DO ARTIGO 1

5.1 Revista

Physis é uma revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cujo objetivo geral é divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Sua linha editorial enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

Atualmente, *Physis* está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A *Physis* publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais não solicitados (até 7.000 palavras, incluindo notas finais e referências): documentos não publicados resultantes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial decide sobre a publicação de quaisquer trabalhos submetidos, com base na avaliação anônima dos revisores - revisão por pares duplo-cego - e de acordo com a disponibilidade de espaço.

Artigos originais no convite do editor (até 8.000 palavras, incluindo notas finais e referências): artigos não publicados resultantes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem pedir aos autores experientes que encaminhem documentos originais sobre temas previamente decididos, de acordo com o planejamento do jornal, ou decidam sobre a aceitação, com base na avaliação anônima de dois revisores (revisão dupla em ambos os lados). Comentários e comentários geralmente recebem o convite dos autores pelos editores. Artigos que, devido à sua característica autoral, não podem ser avaliados de forma anônima, serão analisados por um revisor anônimo (*revisão por pares unicamente cega*). O número de autores será limitado a um máximo de dois por manuscrito, e cada autor poderá aparecer apenas em um artigo por questão.

Comentários (até 4.000 palavras, incluindo notas finais e referências): a *Physis* congratula-se com avaliações não solicitadas e convida os autores a enviá-las também. O

Conselho Editorial deliberará sobre a publicação, considerando o tema, a qualidade do manuscrito e a disponibilidade espacial. Os comentários só serão aceitos com um único autor.

Entrevistas (até 4.000 palavras): esta seção congratula-se com testemunhos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais são relevantes para o escopo da revista.

Letras (até 1.500 palavras): esta seção agradece comentários sobre artigos publicados na revista ou notas e opiniões sobre questões de interesse para os leitores.

Comentários (até 1.500 palavras): esta seção recebe pequenos ensaios, notas e opiniões sobre questões de interesse para a Saúde Coletiva.

5.2 Formatação geral do manuscrito

Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende o corpo do texto, as notas e as referências. Resumos são considerados separadamente.

O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão.

Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item Agradecimentos, ao final do artigo ou em nota de fim.

Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações e/ou cortes nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão (primeira e segunda, respectivamente). Resumo e

palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Contendo, cada um até 200 palavras, devem destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, tamanho máximo 12x15 cm, em tons de cinza, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas e gráficos-torre podem ser produzidos em *Word* ou similar. Outros tipos de gráficos devem ser produzidos em *Photoshop* ou *Corel Draw* ou similar. Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados e serão inseridas no sistema no sexto passo do processo de submissão, indicadas como "image", "figure" ou "table", com respectivas legendas e numeração. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

As referências devem seguir a NBR 6023 da ABNT (de agosto de 2002). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto.

Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Attribution CC-BY*. A submissão do trabalho e a aceitação em publicá-lo implicam cessão dos direitos de publicação para a Revista *Physis*. Quando da reprodução dos textos publicados em *Physis*, mesmo que parcial e para uso não comercial, deverá ser feita referência à primeira publicação na revista. A declaração de autoria deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sexto passo do processo de submissão, e indicada como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não tenham como identificar o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante

rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a remoção de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo a seguir), conforme o *International Committee of Medical Journal Editors*. Essa declaração também deverá ser assinada pelos autores, digitalizada e encaminhada como documento suplementar no sexto passo do processo de submissão. Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de coautoria. Em atendimento às normas da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país.

6. CONCLUSÃO

A análise de conteúdo possibilitou a identificação da composição da rede de suporte social acessível e as situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido, bem como a identificação tanto da composição da rede de suporte social acessível à população do estudo quanto das situações reconhecidas pelos idosos como apoio social recebido. Os resultados do estudo dão luz à existência de relação entre suporte social e condições de saúde. Os dados sugeriram o reconhecimento, por parte dos idosos, da existência de uma rede de apoio assistencial, composta essencialmente pela equipe de cuidadores, sejam eles colaboradores da instituição ou não. Pode-se verificar a precariedade de redes ou contatos sociais fora da instituição, a falta de relação com familiares e amigos, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. Por outro lado, foi possível identificar a percepção pelos idosos de uma forte rede de suporte proveniente dos cuidadores e profissionais da saúde que trabalham na instituição, condição que demonstrou contribuir para a promoção da saúde do idoso.

Constatou-se, através dos relatos dos idosos, a precariedade de redes ou contatos sociais externos a instituição, à falta de relação com familiares e amigos, bem como a inexistência de auxílio da família para resolução de situações do cotidiano. Assim como evidenciou-se também que os idosos reconhecem na equipe assistencial uma importante rede de apoio formal promotora de suporte social acessível aos idosos. Averiguou-se que o suporte

social dá ao idoso melhores condições para enfrentar dificuldades na condição de saúde, significando um importante fator protetor de saúde, que o suporte social dá ao idoso melhores condições para enfrentar dificuldades na condição de saúde, significando um importante fator protetor de saúde.

Sugere-se a ampliação e manutenção dos ambientes institucionais que captem e estimulem a capacidade do idoso de se expressar, buscando compreender o significado da sua expressão enquanto sujeito empoderado de sua subjetividade. Desta forma, amplia-se a possibilidade do acesso ao suporte social aos idosos, sejam eles institucionalizados ou não.

7 REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Márcia Regina Martins et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2603-2611, 2011.

ALVES-SILVA, Júnia Denise; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 26, n. 4, 2013.

AMTHAUER, Camila; FALK, João Werner. A compreensão da velhice e do envelhecer na voz dos profissionais de saúde da família. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre. Vol. 19, n. 3 (2014), p. 813-824**, 2014.

ARAÚJO, Cíntia Kroth et al. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Revista Jovens Pesquisadores**, n. 1, 2012.

ASSIS, L. P. P; AMARAL, M. L. N. do. Envelhecimento e suporte social. In: COSTA, Geni de Araújo (Org.). **Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde**. Uberlândia: EDUFU, 2010.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo (Edição revista e actualizada). **Lisboa: Edições**, v. 70, 2009.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1996;

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário oficial da União**, v. 1, 2006a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Normas e manuais técnicos**, 2006b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Política nacional de promoção da saúde. Saúde. Brasília : **Ministério da Saúde**, 2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; ANGELO, Margareth. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2008.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, Dina; DE FREITAS, Carlos Machado. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2009. p. 19-42.

CALDAS, CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos EA. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Editora Fiocruz, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CARMO, Hercules Oliveira et al. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 3, 2013.

CAVALCANTE, Rejane Maria Ferreira et al. Contribuições de um Grupo da Terceira Idade para a saúde das Idosas Participantes. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2015.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 184-200, 1997.

CHARAZAC, Pierre-Marie. L'apport de la psychanalyse aux soins en institution gériatrique. **Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement**, v. 12, n. 2, p. 193-198, 2014.

CHEN, Jacqueline . et al. Provide culture and social support: who gives what and why. **Personality and Social Psychology bulletin**, v. 38, no. 1, p. 3-13, 2012.

COHEN, Sheldon. Social relationships and health. **American psychologist**, v. 59, n. 8, p. 676, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2008.

CÔRTE, Beltrina. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. **Comunicação: instrumento de formação para a longevidade**. In, 2008.

COSTA, Amarilis Maria Muscari Riani; DA COSTA LOPES, Ruth Gelehrter. Rede de Suporte Social na Velhice: para além da família e dos amigos. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, 2014.

CREUTZBERG, Marion et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

DAGIOS, Paulo; VASCONCELLOS, Cidia; EVANGELISTA, Dilson Henrique Ramos. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um Centro de Convivência e idosos institucionalizados em JI-Paraná/RO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 2, 2015.

DALL'ASTA, Luca; MARSILI, Matteo; PIN, Paolo. Collaboration in social networks. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 109, n. 12, p. 4395-4400, 2012.

DA SILVA GOTTARDO, Luziene Francisca; FERREIRA, Maria Cristina. Suporte social, avaliações autorreferentes e bem-estar de profissionais de saúde. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 67, n. 1, 2015.

DEARAÚJO REIS, Luciana et al. Suporte familiar, social, condições de saúde e sociodemográficas em idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 2, 2014.

DE FRANÇA, André Luiz Dias; DE PINHO NETO, Júlio Afonso Sá; DIAS, Guilherme Ataíde. A Ciência da Informação e o pensamento de Bruno Latour: implicações para a análise de redes sociais. **Informação & Sociedade: Estudos**, v. 25, n. 1, p. 144, 2015.

DE PAULA ROCHA, Josemara; KLEIN, Otavio José; PASQUALOTTI, Adriano. Qualidade de vida, depressão e cognição a partir da educação gerontológica mediada por uma rádio-poste em instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 115-128, 2014.

DESMET, Luísa.M. **Envelhecer no Estrangeiro: Retalhos de Vida**. Lisboa: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, 2015.

DICIONÁRIO INFOPÉDIA da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto: Porto Editora, 2003-2017.

DOS SANTOS ROCHA, Luanna; DE SOUZA, Elizabeth Moura Soares; ROZENDO, Célia Alves. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 720-8, 2013.

EIZIRIK, Cláudio L.; BASSOLS, Ana Margareth S. **O Ciclo da Vida Humana:- Uma Perspectiva Psicodinâmica**. Artmed, 2013.

ERIKSON, Erik Homburger. **O ciclo de vida completo**. Artes Médicas, 1998.

FALEIROS, V. O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas. **Comunicação: instrumento de formação para a longevidade**. In, 2008.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FERRETTI, Fátima et al. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 19, n. 2, 2014.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? Home care for the elderly: problem or solution?. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 986-994, 2004.

FRAGELLI, Thaís Branquinho Oliveira; DE ARAÚJO GÜNTHER, Isolda. A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 2, p. 151-158, 2012.

FREEMAN, Linton. The development of social network analysis. **A Study in the Sociology of Science**, v. 1, 2004.

GAMBURGO, Lilian Juana Levenbach de; MONTEIRO, Maria Inês Bacellar. Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 28, p. 31-41, 2009.

KALACHE, Alexandre; KELLER, Ingrid. The WHO perspective on active ageing. **Promotion & education**, v. 6, n. 4, p. 20-23, 1999.

LESSER, Jeffrey. Um Brasil melhor. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014.

MARCHAND, Pascal; RATINAUD, Pierre. L'analyse de similitude appliquée aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française (septembre-octobre 2011). **Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT**, v. 2012, p. 687-699, 2012.

MARKUS, Hazel R.; KITAYAMA, Shinobu. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. **Psychological review**, v. 98, n. 2, p. 224, 1991.

MARTINS, Rosa Maria. A relevância do apoio social na velhice. **Millenium**, p. 128-134, 2005.

MENEZES, Ruth Losada de et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. 2011.

NERI, Anita Liberalesso. Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção: As necessidades afetivas dos idosos. **Conselho Federal de Psicologia. Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília: Conselho Federal de Psicologia**, p. 103-110, 2009.

OLIVEIRA, Janine Melo de; ROZENDO, Célia Alves. Long-stay institutions for the elderly: a place of care for those who have no choice?. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 773-779, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.

PRUTSCH, Ursula. Migrantes na periferia: indígenas, europeus e japoneses no Paraná durante as primeiras décadas do século XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 1-17, 2014.

RAMOS, Luiz Roberto; SAAD, Paulo Murad. Morbidade da população idosa. In: **O idoso na grande São Paulo**. 1990. p. 161-72.

RAMOS, Marília P. Social support and health among seniors. **Sociologias**, n. 7, p. 156-175, 2002.

RIBEIRO, José Luis Pais. Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). 1999.

RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 269-283, 2015.

RODRIGUES, Adriana Guimarães; DA SILVA, Ailton Amélio. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

ROMÃO, A.; PEREIRA, A.; GERARDO, F. **As Necessidades dos Cuidadores Informais**. SCML – Lisboa, 2008.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BENÍCIO, Maria Helena D.'Aquino. As redes sociais e de apoio: o conviver e a sua influência sobre a saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, n. 47, p. 80-83, 2009.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. Envelhecimento: visão de filósofos da antigüidade oriental e ocidental. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 2, n. 1, 2001.

SANTOS, Silvana Sidney Costa et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. 2008.

SATUF, Cibele Ventura Vieira; BERNARDO, Natália Sofia Capela Oliveira. Percepção do suporte social a idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Mudanças–Psicologia da Saúde**, 23 (1), p. 11-19, 2015.

SCHULTZ, D. P.; SCHULTZ, S. E. Teorias da personalidade (E. Kanner, Trad.). **São Paulo: Thomson.(Trabalho original publicado em 1994)**, 2015.

SCHULZE, Frederik. A constituição global da nação brasileira: questões de imigração nos anos 1930 e 1940. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, 2014.

SLUZKI, CE. **A rede social na prática sistêmica**. 2th ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SNYDER, Charles R.; LOPEZ, Shane J. **Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas**. Artmed, 2009.

STOLLER, Eleanor Palo; PUGLIESI, Karen L. Size and effectiveness of informal helping networks: A panel study of older people in the community. **Journal of Health and Social Behavior**, p. 180-191, 1991.

TRÓCCOL, Bartholomeu T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-326, 2006.

TURNER, R. Jay; MARINO, Franco. Social support and social structure: A descriptive epidemiology. **Journal of health and social behavior**, p. 193-212, 1994.

ULBRICHT, L.; BERALDO, L.M.; RIPKA, W.L. Análise de Dados Quantitativos In **Pesquisa científica: do planejamento a divulgação**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

USARSKI, Frank; SHOJI, Rafael. Perspectiva sociológica sobre a expansão do Budismo e das religiões japonesas no Brasil. **Revista de Estudos da Religião (REVER)**, v. 17, n. 2, p. 99-118, 2017.

VARGAS MARTÍNEZ, Gabriela et al. Factores del vínculo temprano madre-hijo asociados a la obesidad infantil. **Nutrición Hospitalaria**, v. 32, n. 5, 2015.

VERAS, Renato; PARAHYBA, Maria Isabel. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2479-2489, 2007.

VERMELHO, S.C.S.D. Pesquisa Qualitativa e análise qualitativa de dados qualitativos. In **Pesquisa científica: do planejamento a divulgação**. Jundiaí: Paco Editorial, 2016.

VITÓRIO LINI, Ezequiel; RODRIGUES PORTELLA, Marilene; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, 201

WINNICOTT, D. W. **A família e o Desenvolvimento Individual**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. The Ottawa charter for health promotion: first international conference on health promotion, Ottawa, 21 November 1986. **Geneva: WHO**, 1986.

ZIMERMAN, David E. **Os Quatro Vínculos: Amor, ódio, conhecimento e reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**. Artmed Editora, 2010.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SUPORTE SOCIAL E MEDICALIZAÇÃO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Pesquisador: Flávia Cristina Busch Boregas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65898317.8.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.999.419

Apresentação do Projeto:

O presente estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo com abordagens qualitativa e quantitativa, será realizado no contexto das Instituições de acolhimento a idosos, asilos, localizados no município de Maringá, no norte do Paraná – Brasil, sendo os dados coletados no período de fevereiro a julho de 2017.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a representação dos idosos institucionalizados sobre suporte social e medicalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não são observados riscos nesta pesquisa

Benefícios: Espera-se com esta pesquisa reconhecer a composição da rede de suporte social acessível aos idosos residentes nas instituições de longa permanência localizadas no município de Maringá, no norte do Paraná - Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Todos os procedimentos metodológicos estão descritos no projeto e representam elementos específicos de uma pesquisa científica

Considerações sobre os Termos de Apresentação Obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados e estão em conformidade com o que se

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE
MARINGÁ - UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 1.899.419

exige.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se com parecer APROVADO para que os pesquisadores realizem a coleta dos dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto encontra-se com parecer APROVADO para que os pesquisadores realizem a coleta dos dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DÓ_P ROJETO_846802.pdf	10/03/2017 12:55:43		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Investigador.docx	10/03/2017 12:54:18	Flávia Cristina Busch Boregas	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	03/03/2017 17:10:04	Flávia Cristina Busch Boregas	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/02/2017 10:37:33	Flávia Cristina Busch Boregas	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 04 de Abril de 2017

Assinado por:
Nícea Marzolla Iderlha
(Coordenador)

9 APÊNDICES

9.2 APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro:

- 1) Como é para você morar aqui no asilo? Você sabe há quanto tempo está aqui? Poderia me contar a história sobre como você chegou aqui?
- 2) Aqui no asilo existem pessoas que cuidam de você? Quem são essas pessoas? De que forma cuidam de você? Como você se sente recebendo estes cuidados?
- 3) Você tem amigos? Você encontra seus amigos? Onde? O que fazem juntos? Quanto tempo passam juntos? Como você se sente quando está com seus amigos?
- 4) Você tem contato com a sua família? Com quem? Eles te visitam? Quando? Como é sua relação com seus familiares? Como você se sente quando estão juntos?
- 5) Você faz algum tipo de atividade aqui na ILPI? Quais atividades? Como são estas atividades? Quando você faz estas atividades? Com quem você faz estas atividades? Como você sente quando está fazendo estas atividades?
- 6) Você faz algum tipo de atividade fora do asilo? Quais atividades? Como são estas atividades? Quando você faz estas atividades? Com quem você faz estas atividades? Como você sente quando está fazendo estas atividades?
- 7) Costuma realizar atividades externas à instituição em que reside? Quais? Com que frequência e em que local?
- 8) Você participa de atividades em grupo? Você gosta de participar de atividades em grupo? De quais atividades você participa? Quando estas atividades acontecem? Como se sente quando está fazendo estas atividades?
- 9) Como está sua saúde? Você vai ao médico? Em que situações você vai ao médico? Com que frequência isto acontece? Alguém te acompanha? Quem te acompanha? Você toma remédios? Sabe para que servem estes remédios? Algum médico vem até aqui?
- 10) Quando você tem algum problema, ou situação difícil, quem você procura? Quem geralmente te ajuda aqui? Por que você procura esta(s) pessoa(s)? Esta pessoa te ajuda? De que forma isto acontece?