

**O VOLUNTARIADO ENTRE IDOSOS NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

HEATHER ANTOINETTE BARKER DUTRA DA SILVA

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Departamento de Epidemiologia da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. MARIA LÚCIA LEBRÃO

São Paulo

2003

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, com muito amor, a minha eterna gratidão por abdicarem de seus sonhos a favor da minha formação.

Aos meus amores, André e Pedro.

Aos meus irmãos, minha família.

À minha família: Áurea, Márcia e Fredie.

Ao meu avô, exemplo do “melhor envelhecer”.

À minha avó, “exemplo de mulher e o amorzinho” do meu avô.

Aos meus tios Salete e Teije, mais que tios, “exemplos de vida”.

AGRADECIMENTOS

À Dra. Maria Lúcia Lebrão pela oportunidade, pela orientação prestada e, principalmente, pelo encontro com o tema Envelhecer, um presente que a vida nos concede.

À Associação Congregação de Santa Catarina pelo suporte no desenvolvimento de minhas atividades acadêmicas. Em especial à Irmã Maria da Penha Fiorido e ao Sr. Fábio Tadeo Teixeira.

À equipe do Ambulatório de Especialidades Jardim dos Prados e Hospital Geral de Pedreira, parceiros em todos os momentos de alegrias e tristezas. Meu agradecimento especial a todos.

A todos os funcionários da Faculdade de Saúde Pública envolvidos com as atividades dos Mestrandos, bem como à Biblioteca e às Áreas de Apoio, sempre tão atenciosos e pacientes. Em especial, à Bete e ao Fernão do Departamento de Epidemiologia.

À Judite, pelo apoio logístico e carinho.

Aos meus queridos amigos, do Céu e da Terra, pela proteção e força;

E a Deus que iluminou cada palavra e pensamento aqui presentes...

RESUMO

Com o objetivo de caracterizar as pessoas com 60 anos e mais quanto à prestação de trabalho voluntário ou gratuito, residentes na área urbana do Município de São Paulo/SP, no ano de 2000, foram realizadas 2.143 entrevistas sob a forma de inquérito domiciliar analisadas segundo os dados sócio-econômicos e de saúde dos idosos. Classificaram-se os tipos de voluntariado em participação direta (prestação de serviços) e indireta (doações), bem como os idosos que não realizaram nenhuma atividade voluntária. Dentre os entrevistados, 27% praticaram alguma forma de voluntariado. A participação indireta respondeu por 22,6% das atividades voluntárias e a direta por 4,4%. Os idosos declararam-se brasileiros (91%), casados (57,5%), católicos (71%), alfabetizados (79%) e possuir algum tipo de plano/seguro de saúde privado (41%). Quanto à condição no domicílio, 62% eram chefes de família e possuíam em média 68,68 anos de idade. Cerca de 80% dos voluntários obteve no inquérito, AVD (Atividades da Vida Diária) e AIVD (Atividades Instrumentais de Vida Diária)=0. Dentre os voluntários, 28,8% responderam que estavam trabalhando no momento da entrevista sendo que mais da metade o fazia por necessidade do ganho (66,9%). A maior fonte de receita dos voluntários é a da aposentadoria ou a pensão (73,5%). Aqueles que realizaram atividades voluntárias de forma direta perceberam melhor renda mensal (7,6 salários-mínimos) que os idosos envolvidos de forma indireta (5,58 salários-mínimos). A doação em dinheiro foi a mais usual dentre os tipos de doações (comida e roupa), correspondendo a idosos que possuíam, em média, 68,57 anos (67%). A maior parte dos idosos que não participaram do voluntariado também eram brasileiros (89,9%), casados (55,6%), católicos (65,8%); apresentaram menor percentual de alfabetização (75,2%). Quanto à condição no domicílio, 62% eram chefes de família e 28% trabalhavam no momento da entrevista, também por necessidade de ganhar algum dinheiro. Quanto à capacidade funcional, a maior parte dos idosos (81%) tinha autonomia total. Os idosos não voluntários perceberam menores rendimentos que os idosos voluntários (4,75 salários-mínimos/mês) com 72,7% dos rendimentos provenientes de aposentadoria ou pensão. Esses resultados demonstraram como o voluntariado entre os idosos foi praticado à distância e por uma pequena parcela da população residente na cidade de São Paulo. Tomando o voluntariado como um dos recursos voltados para um envelhecimento ativo e saudável, conforme preconiza o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado pela ONU - Organizações das Nações Unidas, verifica-se a importância de políticas públicas que possibilitem o crescimento das atividades em questão junto à população idosa.

ABSTRACT

Aiming at defining people aged 60 and over, living in the urban São Paulo in the year 2000, as to volunteer or unpaid work rendered, 2.143 interviews were completed as home inquiries analysed as to the socio-economic and health data of older people. Volunteering has been sorted into direct (services rendered) and indirect (donations) involvement as well as defining older people who did not perform any volunteer activity at all. From those interviewed, 27% carried out some of sort volunteering. Indirect involvement represented 22.6% of the volunteer activity and the direct one 4.4%. Older people aged from 60 to 74 years represented the largest volunteer community regardless the type of involvement (82.6%). Older people were natives (91%), married (57.5%), catholics (71%), literate (79%) and declared holding some sort of private health care plan/insurance policy (41%). As to their status at home, 62% were household heads and were aged 68, as an average. Around 80% of the volunteers were rated zero for AVD (Daily Life Activities) and AIVD (Instrumented Daily Life Activities). 28.8% of the volunteers declared being employed at the time of the interview with more than half of them working for the sheer need of income (66.9%). Retirement pay or pension represented the major source of income for the volunteers (73.5%). Those who performed direct activities earned better income (7.6 minimum salaries) than those involved in a indirect way (5.58 minimum salaries). Nevertheless, cash donation was more common than the other ones (food and clothing) and the old age donor was 68.57 years, as an average. The majority of the older people who did not participate in volunteering was also native (89.9%), married (56.6%), catholic (65.8%); claimed the lowest literacy rate (75.2%). As to the status at home, 62% were household heads and 28% held jobs at the time of the interview because they also needed the income. As to their functional capability, they presented AVD equal zero (81%); earned lower incomes than the old age volunteer (4.75 minimum salaries) and 72.7% of the earnings came from retirement pay or pension. Results show how volunteering among older people was a distant practice of a small part of the population living in urban São Paulo. Considering volunteering as one of the resources directed towards active and healthy ageing as commended by the International Ageing Plan of Action, approved by UN - United Nations, one perceives the importance of enacting policies that permit the development of such activities along the ageing population.

ÍNDICE

	página
Resumo	
Abstract	
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. A Globalização do Envelhecimento	1
1.2. O Envelhecimento no Brasil	33
1.3. O trabalho voluntário: ação e cidadania	41
2. OBJETIVOS	69
2.1. Objetivo geral	69
2.2. Objetivos específicos	69
3. MATERIAL E MÉTODO	70
3.1. Critérios de seleção/definição de variáveis	70
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 A globalização do envelhecimento

O envelhecimento populacional é algo que tem sido almejado e conquistado ao longo dos anos graças ao trabalho conjunto da comunidade mundial em novas tecnologias na área da saúde e na busca incessante da qualidade de vida. Qualidade de vida representada não só para os jovens, mas também para os idosos no convívio familiar, no trabalho, na saúde, no lazer e no amor.

O processo de envelhecimento que sofre a população dos países do Terceiro Mundo, inclusive o Brasil, distingue-se daquele dos países mais desenvolvidos porque "(...) ainda que muitos milhões de pessoas continuem vivendo em graus absolutos de pobreza por todo o mundo menos desenvolvido, as conquistas tecnológicas da medicina moderna, ao longo dos últimos cinquenta anos, conduziram a meios que tornam possível prevenir ou curar muitas doenças fatais do passado" (RAMOS e KALACHE, 1987).

Segundo VERAS, o processo de envelhecimento mundial tem suas origens enraizadas nas transformações econômico-sociais vividas pelas nações desenvolvidas no século passado e que, no entanto, só produziram modificações significativas nas suas variáveis demográficas na virada do século XX (VERAS, 2002).

Esse novo desenho populacional é devido também à ocorrência de mudanças e respectivos indicadores, em várias regiões do mundo, tais como:

- controle das afecções peri-natais;
- redução da mortalidade infantil;
- declínio das taxas de nascimento;
- aumento da atenção básica de saúde;

- controle das doenças infecciosas e parasitárias.

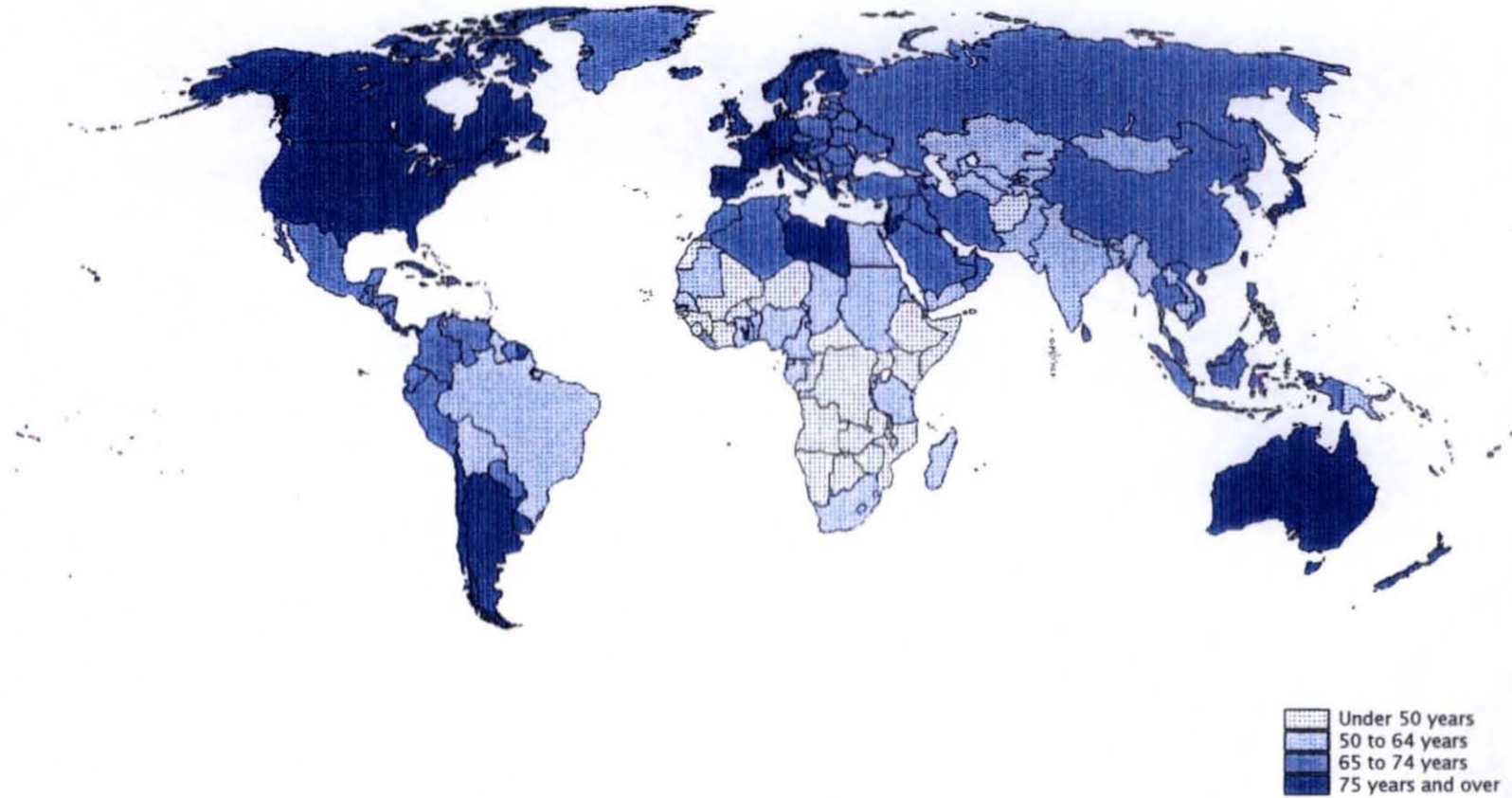
A combinação desses fatores resultou no aumento do número e das proporções de pessoas sobreviventes em estágios avançados de vida, representando uma vitória da humanidade comentada pelo Diretor-Geral da Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1999, "(...) o envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico" (WHO, 2002).

A expectativa de vida também apresentou avanços significativos. Observou-se na maior parte da América do Norte, América Latina (exceto a Bolívia e o Brasil), Europa, Austrália, Ásia (exceto a Índia, a Mongólia, o Casaquistão) e o Japão, o maior contingente de pessoas com expectativas de vida entre 65 e 74 anos, no ano de 2000 (Figura 1).

Será possível observar um "agrisalhamento" da população mundial (mantido enquanto houver redução nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida), fortemente representado na Ásia e na América Latina, apesar da baixa expectativa de vida em alguns países da África devido à SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, à violência causada pelas constantes guerras civis, bem como ao número de mortes causadas por doenças cardiovasculares (Figuras 2 e 3).

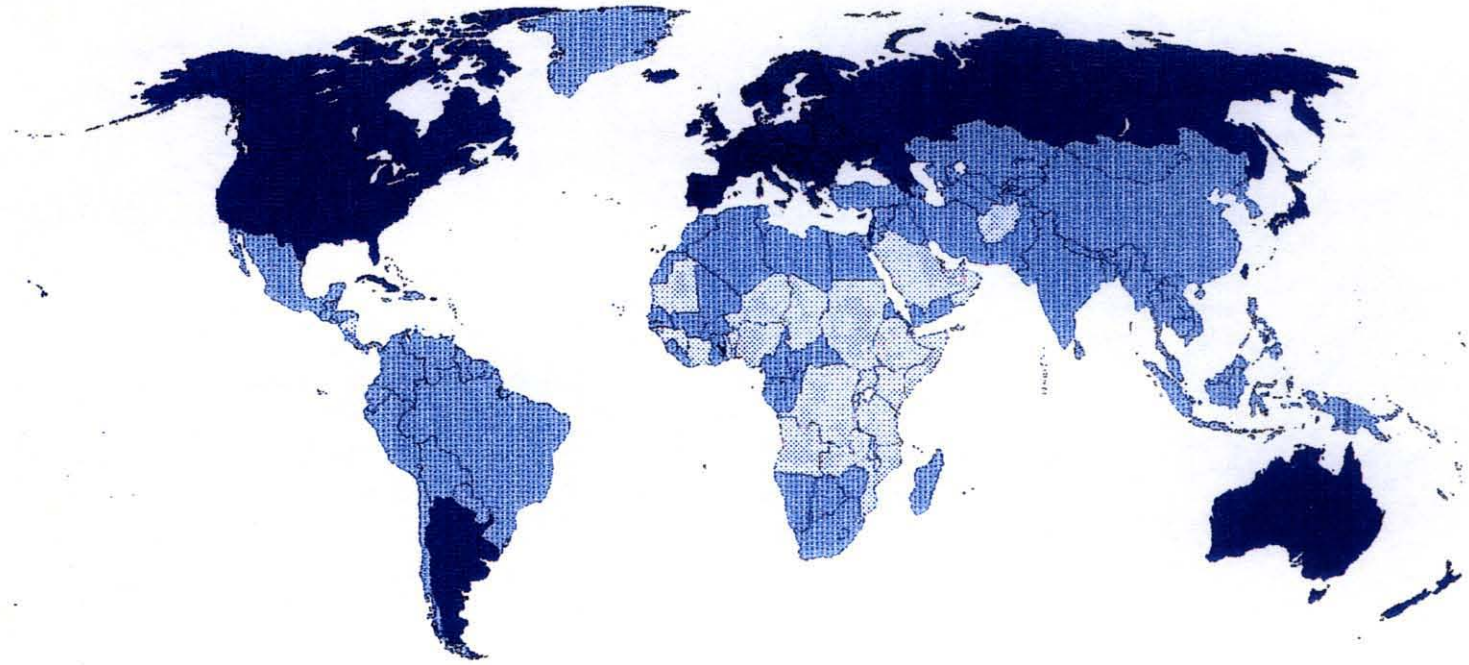
Inúmeros países, tais como a Argélia, o Marrocos e o Sudão, na África, a Colômbia, a Venezuela, na América Latina, terão cerca de dois milhões ou mais de pessoas com sessenta anos e mais nas próximas três décadas (Figura 4).

Figura 1.
Life Expectancy at Birth: 2000



Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

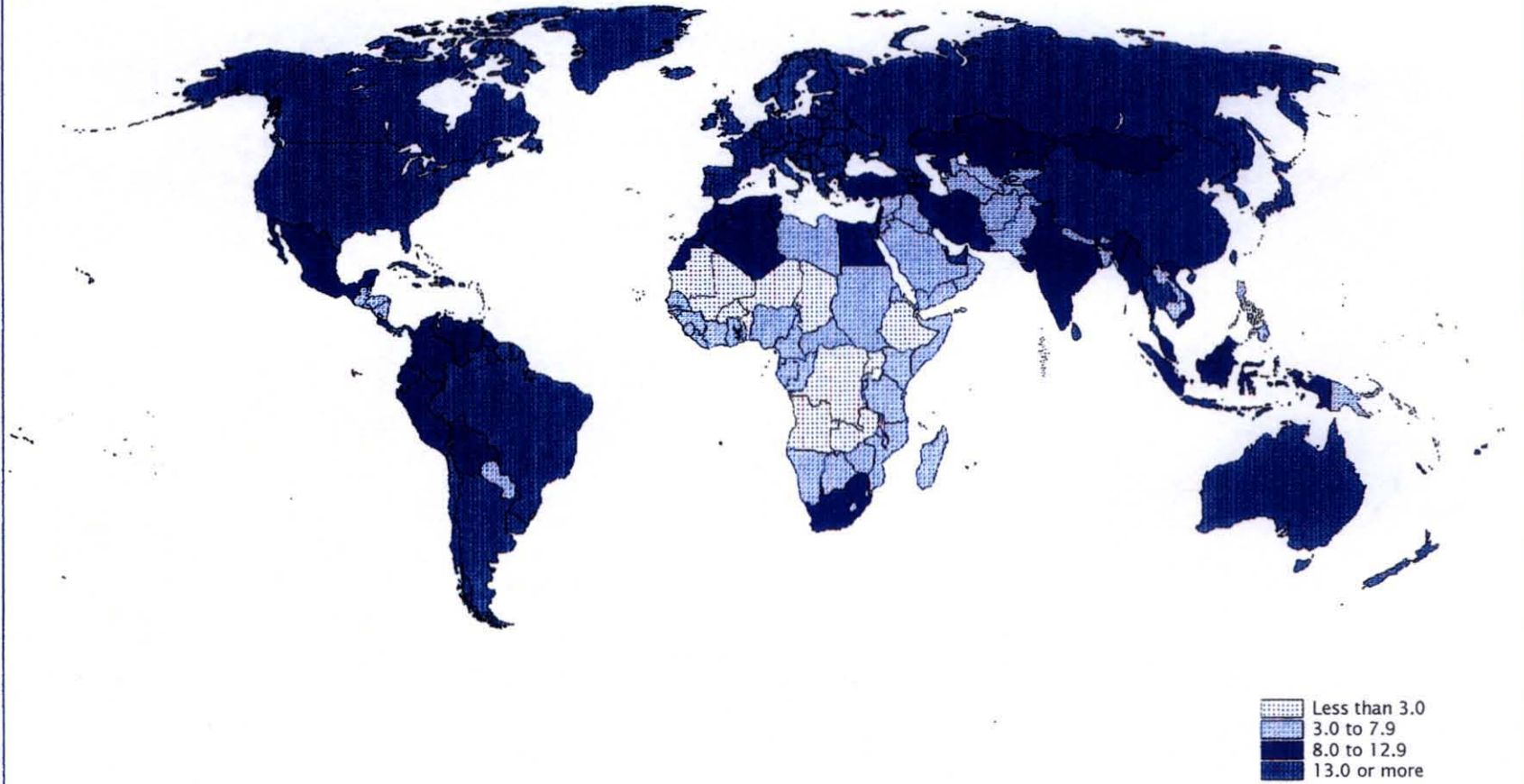
Figura 2.
Percent Aged 65 and Over: 2000



Light blue	Less than 3.0
Medium blue	3.0 to 7.9
Dark blue	8.0 to 12.9
Black	13.0 or more

Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

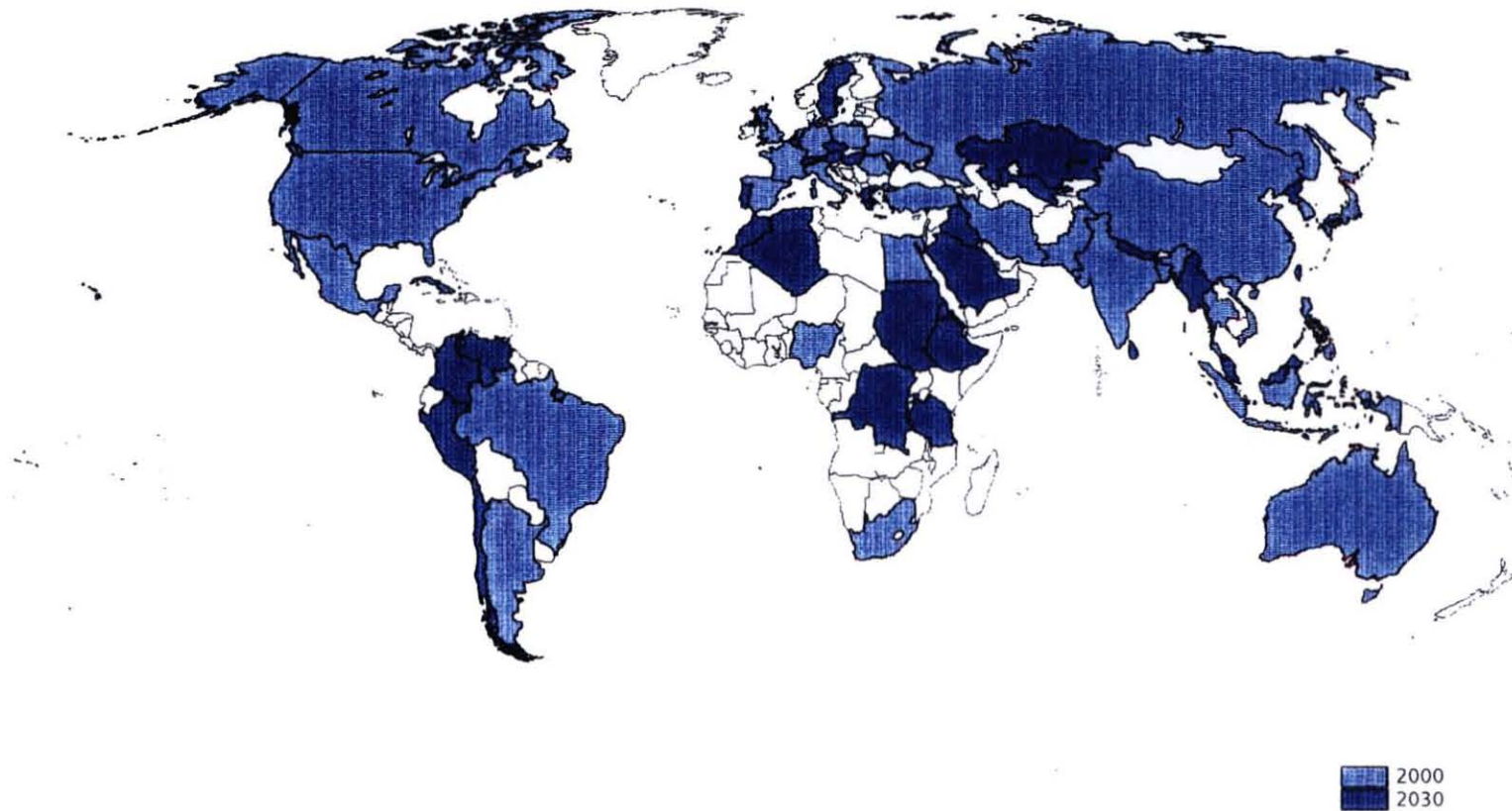
Figura 3.
Percent Aged 65 and Over: 2030



Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

Figura 4.

Countries With 2 Million or More Elderly People: 2000 and 2030



Source: U.S. Census Bureau, 2000a.

Segundo dados da OMS, entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá 2 bilhões, sendo 80 % nos países em desenvolvimento (Figura 5). Até agora, o envelhecimento da população tem sido amplamente associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Por exemplo, dos dez países que possuem mais de 10 milhões de habitantes, e onde o número de idosos é maior do que o número de pessoas nas outras faixas etárias, nove estão na Europa (Tabela 1).

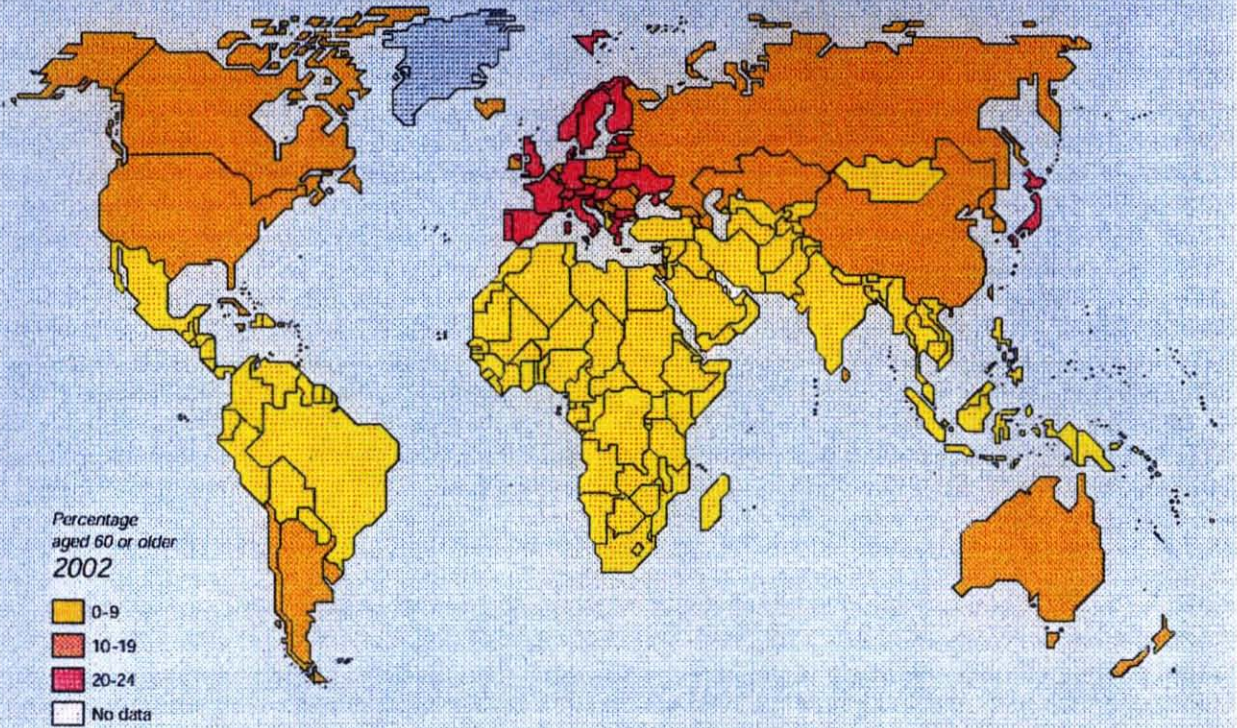
Tabela 1 - Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos.

2002		2025	
Itália	24,5%	Japão	35,1%
Japão	24,3%	Itália	34,0%
Alemanha	24,0%	Alemanha	33,2%
Grécia	23,9%	Grécia	31,6%
Bélgica	22,3%	Espanha	31,4%
Espanha	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Baixos	29,4%
Ucrânia	20,7%	França	28,7%
França	20,5%	Canadá	27,9%

Fonte: Organização das Nações Unidas, 2001.

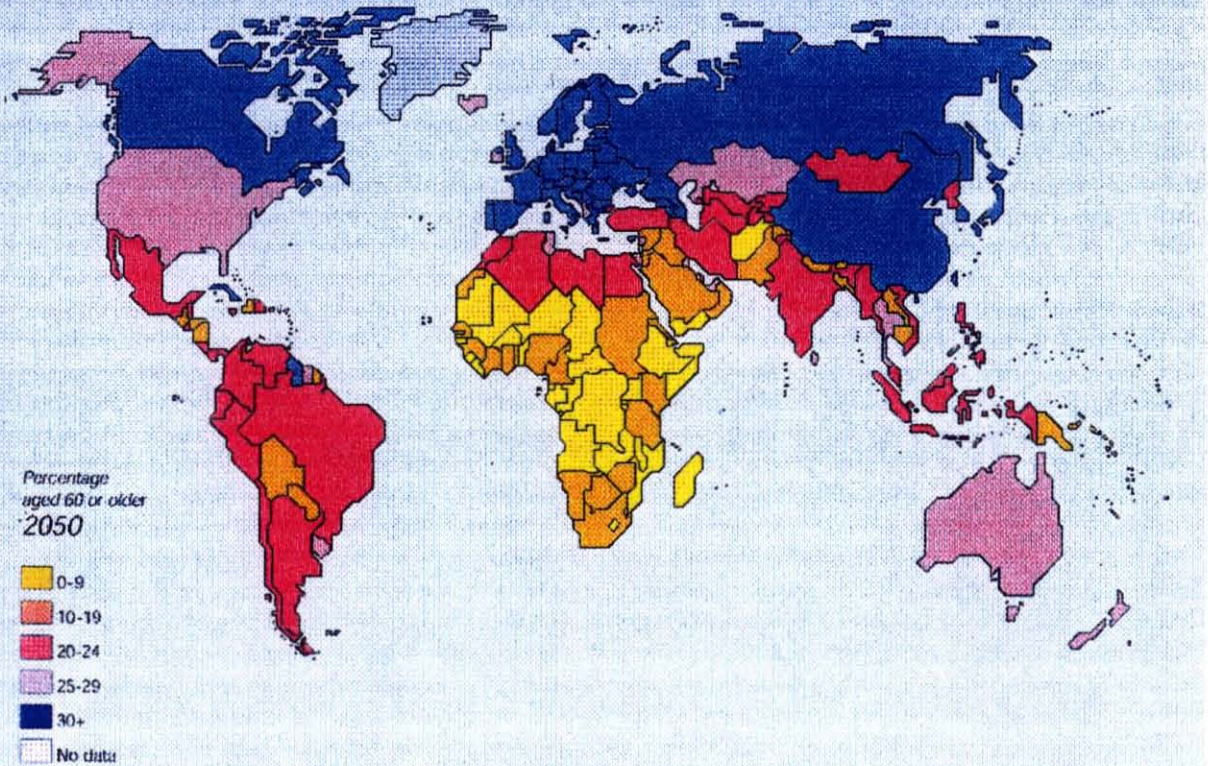
Espera-se pouca mudança no *ranking* até 2025, quando indivíduos com 60 anos ou mais constituirão aproximadamente 1/3 da população de países como o Japão, a Alemanha e a Itália, seguidos de perto por outros países europeus.

Percentage of total population aged 60 years or older 2002



The boundaries shown on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Percentage of total population aged 60 years or older 2050



The boundaries shown on these maps do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.

Já os países em desenvolvimento não têm acompanhado o ritmo do rápido envelhecimento da população. Por exemplo, enquanto a França levou 120 anos para dobrar a população de pessoas mais velhas de 7 para 14 por cento, alcançada em 1970, o Japão logrou o mesmo aumento em 26 anos, em 1995.

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual, acompanhado de um crescimento sócio-econômico constante durante muitas décadas e gerações. Nos países em desenvolvimento o processo de envelhecimento não compartilhou esse crescimento, visto que o processo de envelhecimento da população brasileira está muito mais próximo do que ocorre no Japão – 27 anos, por volta de 2025 – do que na França, exigindo assim, por parte da comunidade brasileira e mundial, políticas que mantenham patamares de vida com qualidade (CHAIMOWICZ, 1998).

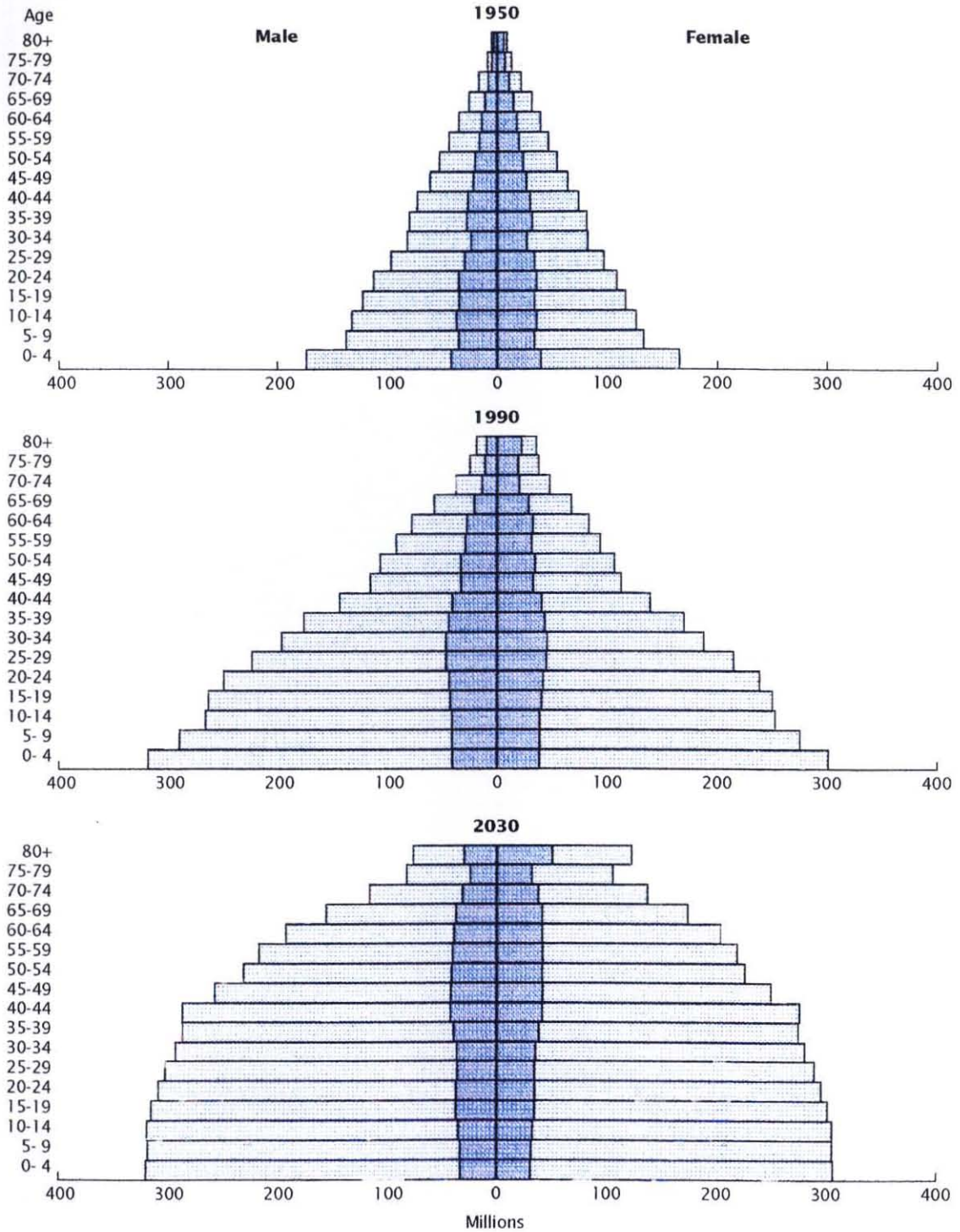
Em todos os países, em especial nos desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos é de 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Embora as pessoas com idade acima de 80 anos constituam, aproximadamente, 1% da população mundial e 3% da população em regiões desenvolvidas, essa faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente (WHO, 2002).

À medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular do século XX, vai sendo substituída por uma estrutura mais cilíndrica, no século XXI (Figura 6).

Figure 5.

Population by Age and Sex: 1950, 1990, and 2030

Developing countries
 Developed countries



Sources: United Nations, 1999 and U.S. Census Bureau, 2000a.

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário.

As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Tal fato reflete-se na alta parcela de mulheres por homem em grupos de idade avançada. Ao mesmo tempo em que possuem a vantagem da longevidade, as mulheres são vítimas mais freqüentes da violência doméstica e de discriminação no acesso a educação, salário, alimentação, trabalho, cuidado da saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político.

Governantes temem, talvez mais que tudo, que o envelhecimento rápido da população leve a uma explosão impossível de ser detida no campo da saúde e dos custos de seguro social. É claro que a população da terceira idade irá aumentar as necessidades nessas áreas, como também há evidências de que inovação, cooperação de todos os setores, planejamento e construção de políticas e escolhas culturalmente apropriadas irão permitir aos países manobrar com sucesso a economia de uma população em processo de envelhecimento (WHO, 2002).

Antecipando-se a esse cenário em 1982, em Viena, Áustria, a Organização das Nações Unidas – ONU – aprovou em Assembléia Geral, através da Resolução 37/51, o primeiro instrumento internacional destinado à formulação de políticas, programas e ações sobre o envelhecimento, definido como Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento que contribuiu muito para forjar uma nova concepção sobre o envelhecer. Esse Plano fez parte de uma rede internacional de trabalho com parâmetros e estratégias voltados para o envelhecimento mundial (ONU, 1982).

Desde então, lograram-se muitos progressos, particularmente em matéria de infra-estruturas, programas de saúde e proteção social (WALKER, 2002).

No mesmo ano e local, registrou-se o início dessas ações envolvendo a comunidade mundial, através da realização da Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Houve o reconhecimento de que as pessoas de idade emergiam em nossa sociedade com caráter de partícipes de pleno direito. Esse encontro orientou, também, sobre padrões e estratégias a serem adotados pelos governos e pela sociedade civil para que pudessem desenvolver, efetivamente, os seus potenciais e o atendimento das necessidades advindas das dependências das pessoas idosas.

Dando continuidade a esse processo, em 1991, nove anos depois da aprovação do Plano, a Assembléia Geral da ONU, adotou os Princípios para as Pessoas Idosas em 16 de dezembro, consubstanciados na Resolução 46/91. Alinharam-se 18 princípios em cinco grupos, abaixo apresentados, relativos à condição das pessoas idosas (ONU, 1991).

Independência

- As pessoas de idade deverão ter acesso a alimentação, água, moradia, vestuário e atenção de saúde adequados, mediante a provisão de recursos, o apoio de suas famílias e da comunidade e sua própria auto-suficiência.
- As pessoas de idade deverão ter oportunidade de trabalhar ou de ter acesso a outras oportunidades de geração recursos.
- As pessoas de idade deverão poder participar da determinação de quando e em que medida deixarão de desempenhar suas atividades laborais.
- As pessoas de idade deverão ter acesso a programas educativos e de formação adequados.

- As pessoas de idade deverão ter a possibilidade de viver em ambientes seguros e adaptáveis a suas preferências pessoais e à evolução de suas capacidades;
- As pessoas de idade deverão poder residir em seu próprio domicílio por tanto tempo quanto for possível.

Participação

- As pessoas de idade deverão permanecer integradas na sociedade, participar ativamente da formulação e da aplicação de políticas que afetem diretamente o seu bem-estar e poder compartilhar seus conhecimentos e habilidades com as gerações mais jovens.
- As pessoas de idade deverão poder buscar e aproveitar oportunidades de prestar serviços à comunidade e de trabalhar como voluntários em postos apropriados a seus interesses e capacidades.
- As pessoas de idade deverão poder formar movimentos ou associações de pessoas de idade avançada.

Cuidados

- As pessoas de idade deverão poder desfrutar dos cuidados e da proteção da família e da comunidade de acordo com o sistema de valores culturais de cada sociedade.
- As pessoas de idade deverão ter acesso a serviços de atenção à saúde as ajudem a manter ou recuperar um nível ótimo de bem-estar físico, mental e emocional, assim como a prevenção ou o retardamento da aparição de enfermidades.
- As pessoas de idade deverão ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhes assegurem graus maiores de autonomia, proteção e cuidado.
- As pessoas de idade deverão ter acesso a meios apropriados de atenção institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação, estímulo social e mental em um ambiente humano e seguro.

- As pessoas de idade deverão poder desfrutar de seus direitos humanos e de sua liberdade quando residirem em lugares ou instituições em que são cuidadas ou tratadas, com pleno respeito a sua dignidade, crenças, necessidades e intimidade, assim como de seu direito de tomar decisões sobre seu cuidado e sobre sua qualidade de vida.

Auto-realização

- As pessoas de idade deverão poder aproveitar as oportunidades para desenvolver plenamente o seu potencial.
- As pessoas de idade deverão ter acesso a recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos (lazer) da sociedade.

Dignidade

- As pessoas de idade deverão poder viver com dignidade e segurança e ver-se livres de exploração e maus tratos físicos e mentais.
- As pessoas de idade deverão receber um tratamento digno, independente da idade, sexo, raça ou procedência étnica, incapacidade ou outras condições, e deverão ser valorizadas independentemente de sua contribuição econômica.

Esses princípios, tais como o Voluntariado (Participação), deveriam nortear os governos em seus programas nacionais voltados para o envelhecimento da população.

Isso incluiu 62 recomendações (ONU, Resolução A/47/339, secc III), para dirigir as ações de pesquisa, coletas de dados e análises, treinamentos e educação voltados para as seguintes áreas setoriais:

A. Metas e recomendações em matéria de política

Saúde e Nutrição

1. Cuidados de saúde pró-ativos.
2. Cuidados integrais: melhora da qualidade de vida.
3. Redução das doenças e das incapacidades.
4. Atenção sanitária aos mais idosos e às pessoas incapacitadas.
5. Atenção especial aos idosos terminais.
6. Coordenação dos serviços de proteção social e de atenção sanitária.
7. Informação/conscientização de toda a sociedade acerca do trato com as pessoas de idade que necessitam de cuidados.
8. Fortalecimento das pessoas de idade para exercerem controle de suas próprias vidas.
9. Estímulo e participação dos idosos no desenvolvimento da atenção sanitária.
10. Desenvolvimento dos serviços sanitários e afins com a comunidade.
11. Avaliação das necessidades das pessoas de idade.
12. Nutrição adequada.
13. Atenção domiciliar.
14. Atenção sanitária durante toda a vida.
15. Contenção de riscos de saúde ambientais.
16. Prevenção de acidentes.
17. Intercâmbio internacional e cooperação em matéria de investigação médica.

Proteção para as pessoas de idade como consumidores

18. Aplicação de medidas de segurança.

Moradia e Meio Ambiente

19. Incentivar a independência.
20. Garantir a integração social.
21. Concepção de um entorno funcional para a vida.
22. Garantir a mobilidade das pessoas de idade.
23. Garantir a segurança do idoso senil.

24. Facilitar a participação das pessoas de idade nos processos de adoção de decisões em matérias urbanísticas.

Família

25. Apoio à unidade familiar.
26. Respaldo aos que prestam cuidados;
27. Avaliação das necessidades e funções das mulheres de idade.
28. Enfoque integrado, respeitando-se a idade e a família nas esferas de planejamento e desenvolvimento.
29. Serviços sociais apoiando toda a família.

Assistência Social

30. Criação, promoção e manutenção das funções úteis das pessoas de idade.
31. Avaliação das necessidades das pessoas de idade.
32. Participação das gerações jovens.
33. Promoção das atividades de voluntariado.
34. Garantia da atenção institucional para a melhoria da qualidade de vida.
35. Estimular atividades da sociedade civil.

Rendimento e emprego

36. Garantir para as pessoas de idade um nível mínimo de rendimento adequado.
37. Facilitar a participação das pessoas de idade na vida econômica da sociedade.
38. Condições e ambiente de trabalho satisfatórios.
39. Investigação em matéria de saúde ocupacional.
40. Garantir uma transição fácil à aposentadoria.
41. Reconhecimento das normas internacionais relacionadas com as pessoas de idade.
42. Garantir os direitos aos trabalhadores migrantes em matéria de seguridade social.
43. Atenção aos refugiados.

Educação

44. Fazer uso das pessoas de idade como transmissores de conhecimento, cultura e valores espirituais.
45. Educação disponível para todas as pessoas de idade.
46. Aumentar a conscientização acerca dos aspectos positivos das pessoas de idade.
47. Programas não estruturados, baseados na comunidade e orientados para o lazer para as pessoas de idade.
48. Proporcionar um acesso físico mais fácil às instituições culturais.
49. Educação do público em geral sobre o processo de envelhecimento.
50. Superar estereótipos relativos às pessoas de idade.
51. Ampliar a informação para as pessoas de idade sobre todos os aspectos de sua vida;

B. Políticas de promoção e programas de âmbito nacional e internacional

Compilação e Análise de Dados

52. Desenvolvimento de dados relacionados com as pessoas de idade.
53. Estabelecimento e melhoria de serviços de intercâmbio de informações.

Formação e Educação

54. Programas de ensino e capacitação interdisciplinares.
55. Capacitação de pessoas na esfera do envelhecimento, difusão de informações sobre o envelhecer.
56. Participação das pessoas de idade nos intercâmbios de informação.
57. Formação de cuidadores.
58. Pesquisas orientadas no sentido de apoiar a integração dos problemas do envelhecimento com a formulação de gestão de planos e políticas.
59. Estimular a capacitação em todos os programas educativos sobre gerontologia e geriatria.

60. Pesquisas sobre os aspectos humanitários e de desenvolvimento do envelhecimento.
61. Criação de instituições especializadas no ensino de gerontologia, geriatria e psicologia geriátrica.
62. Promoção de intercâmbios internacionais e cooperação em matéria de pesquisa, bem como a compilação de todos os dados sobre o envelhecimento.

Essas recomendações deveriam, segundo a Assembléia, ser consideradas essenciais na definição de padrões e estratégias nas áreas de direitos humanos, desenvolvimento das mulheres, família, população jovem, pessoas deficientes, desenvolvimento sustentável, proteção social, saúde, moradia, renda mínima, emprego e educação.

Objetivando fazer convergirem todas essas ações para uma nova série de discussões e, visando a reiterar compromissos e idealizar novos, realizou-se o Ano Internacional das Pessoas Idosas no ano de 1999 (Resolução 47/5), abrangendo os seguintes aspectos (ONU, 1999):

- situação das pessoas idosas;
- desenvolvimento individual de uma vida longa;
- relações entre as gerações;
- inter-relação das pessoas idosas e o desenvolvimento.

Esses aspectos apontam para a importância da política de investimentos no desenvolvimento de uma vida longa e no contexto de longevidade, bem como coordenam os efeitos da população com outras transformações da sociedade, tais como a globalização e a revolução tecnológica.

Vinte anos após a Primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, a combinação entre uma esperança crescente de vida e uma fecundidade em declínio no plano mundial precipitou uma mudança de condições.

O mundo envelheceu e é o momento de rever as estratégias pertinentes que devem ter em conta os seguintes aspectos: o envelhecimento está se convertendo em um problema mundial; a conjunção do envelhecimento da população e suas transformações econômicas exige que a problemática do envelhecimento seja incorporada a um contexto mais amplo de desenvolvimento, visto que se considera a velhice uma perspectiva de ciclo da vida.

Esse momento de revisão aconteceu em abril de 2002, em Madri, Espanha, na 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, que teve como objetivo principal desenhar uma versão revista do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, proposto em 1982, em Viena. O documento incluiu uma estratégia de longo prazo a respeito do envelhecimento, com o lema “Uma sociedade para todas as idades” (ONU, 2002).

O objetivo é garantir que todos os indivíduos possam envelhecer com segurança e dignidade e que continuem participando da vida da sociedade como cidadãos que dispõem de plenos direitos.

Os desafios de uma sociedade longeva consistem em integrar as pessoas de idade no futuro dessa sociedade, fazendo-as participantes do sucesso de uma comunhão social de todas as idades.

Isso exige, em particular, “mudanças” nos comportamentos, nas políticas nacionais e internacionais e nas práticas cotidianas. A intenção é que essa estratégia seja um instrumento prático, destinado a ajudar as autoridades a trabalharem nas prioridades essencialmente ligadas ao envelhecimento dos indivíduos e da população.

A fim de que o envelhecimento demográfico se converta em força para as sociedades, os princípios dessa estratégia são:

- integrar o processo de envelhecimento mundial em evolução;
- adotar um enfoque baseado nos direitos do homem, com o objetivo de abolir qualquer discriminação por motivo de idade.

As medidas recomendadas estão agrupadas de acordo com três orientações prioritárias:

- assegurar um desenvolvimento sustentável numa sociedade longeva;
- promover a saúde e o bem-estar das pessoas de idade;
- criar um ambiente propício para todas as idades.

Assegurar um desenvolvimento sustentável em uma sociedade longeva implica diretamente nas questões de emprego e seguridade social. Os pontos mais polêmicos são:

- aplicar os princípios da aposentadoria flexível e suprimir, progressivamente, todas as formas de aposentadoria obrigatória;
- proteger os direitos de pensão adquiridos para não estimular a trabalhar mais, além da idade de aposentadoria.

Há uma preocupação enorme em promover programas que permitam a todos os trabalhadores, inclusive aos do setor informal, gozar dos benefícios de um regime de pensão básica, visando a prevenir a pobreza do idoso e também a garantir o ingresso de todas as pessoas de idade, em particular as que formam parte dos grupos em situação de desvantagem econômica e social.

Trata-se, em geral, de integrar a realidade do envelhecimento em todos os níveis da sociedade. Num novo contexto, não se pensará que as pessoas de idade constituem, simplesmente, uma responsabilidade do Estado, mas, sim, de seu âmbito social mais imediato.

Estima-se cada vez mais, que os regimes de pensão - antes considerados a solução dos problemas da velhice - são inadequados para uma nova estrutura demográfica de envelhecimento das sociedades.

Deve-se interpretar claramente que, nessa situação, o apoio intergeracional é um imperativo diante da instabilidade advinda da ausência de formulação de políticas flexíveis e que atendam a população idosa, sem comprometimento da qualidade de vida.

Visando a assistir às comunidades para que elaborem estratégias e medidas destinadas a fomentar melhores e mais seguras condições de vida do indivíduo, e inclusive dos idosos da família, a última Assembléia sobre Envelhecimento recomenda:

- estimular e apoiar as sociedades de ajuda mútua para expandir seus benefícios e incluir a assistência aos idosos;
- apoiar os programas de assistência rural;
- outorgar pequenos créditos às indústrias rurais;
- sustentar fundos rotativos para os empresários rurais;
- desenvolver programas de redução de pobreza destinados a comunidades rurais;
- respaldar as comunidades para que garantam o acesso às pessoas de idade, especialmente às mulheres;
- apoiar as atividades de proteção social empreendidas por pessoas de idade, por suas famílias ou pela comunidade.

A estratégia para um envelhecimento ativo, adotada pelos países industrializados, tem contemplado as seguintes questões:

- o envelhecimento da população economicamente ativa, unido às grandes mudanças que vem sofrendo a natureza do trabalho, requer a adoção de novos enfoques, tais como: a gestão dos problemas existentes nas distintas idades, a educação permanente, a reformulação das políticas a favor da diminuição das idades de aposentadoria;
- a migração progressiva do sistema de saúde do modo curativo para o preventivo;
- o incentivo à reabilitação;
- moldar uma “cultura cidadã” independente de qualquer questão de idade, gênero, raça, educação, estado de saúde, etc.

Começou a difundir-se durante o quinquênio passado (em grande parte devido aos esforços da Organização Mundial de Saúde, mas teve sua origem nos Estados Unidos, na década de 1960), a chave de um

“envelhecimento positivo” (PFEIFFER, 1974; ROWE e KAHN, 1987), em que a velhice se mantenha nos padrões de atividade e de valores característicos da idade madura (HAVIGHURST e ALBRECHT, 1953).

Realinhar as relações e os papéis próprios da idade madura que foram se perdendo diante de outros novos, de modo que as pessoas de idade madura sigam atuando e conquistando satisfações em sua vida. Essa teoria acerca do envelhecimento foi uma nova reação parcial contra a teoria da “desistência” tão em voga, em virtude da qual a velhice se considerava como um período inevitável de retraimento a respeito dos papéis e relações anteriores (CUMMING e HENRY, 1961).

À luz de uma série de fenômenos sócio-políticos, durante a década de 1980, surgiu o conceito de “envelhecimento produtivo”. Um grupo significativo de cidadãos norte-americanos anunciou, com clareza, sua aspiração a dedicar-se a algo mais que o ócio e as obrigações familiares quando se retirasse da vida ativa. O conceito de “envelhecimento produtivo” acabou atraindo muita gente em busca de um enfoque positivo da vida ao envelhecer (BASS *et al.*, 1993).

Esse movimento coincidiu com uma crescente preocupação política em razão dos custos das pensões e da saúde de uma população em pleno envelhecimento. Assim, quem se ocupa em formular políticas também aderiu à idéia de estender a produtividade. A consequência de tudo isso – o tema “envelhecimento produtivo” – foi colocada na pauta de reuniões das oito principais potências mundiais, realizada em Denver, em junho de 1997, e os delegados presentes debateram sobre meios de proporcionar recursos para fazer desaparecerem os obstáculos que impedem a reinserção da força de trabalho e as dificuldades de acesso ao emprego em tempo parcial.

Em suas diversas formas, a noção de “envelhecimento produtivo” tende a centrar a atenção na produção de bens e serviços, assumindo, assim, uma orientação utilitária e econômica.

Utilizando um critério mais amplo, descreveu-se o envelhecimento produtivo como “qualquer atividade que produza bens ou serviços ou fomente a capacidade de produzi-los sobre bases remuneradas, ou não, realizada por um indivíduo durante seu envelhecimento” (BASS *et al.*, 1993).

Ao longo da última década do século XX, começou-se a difundir, sob a influência da Organização Mundial de Saúde, um novo conceito sobre envelhecimento ativo. Não causa nenhuma surpresa que tal conceito considere o nexos vital entre atividade e saúde e a importância de envelhecer em boa saúde (WHO, 1994; WHO, 2001a). Por outro lado, incorporou-se aos seus postulados algo novo: a importância da participação e inclusão das pessoas de idade na qualidade de cidadãos com plenos direitos (WALKER, 1993, 1994).

A OMS, por sua vez, considera que o envelhecimento ativo é inseparável da saúde, da independência e da produtividade das pessoas no processo de envelhecimento (WHO, 2001a).

Definiu-se como envelhecimento ativo: “O processo de otimizar as oportunidades de saúde, participação, a fim de aumentar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem” (WHO, 2002).

Com essa abordagem, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas alvos passivos) e passa a ter um enfoque baseado nos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Também apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e nos outros aspectos da vida em comunidade.

A perspectiva de curso de vida para o envelhecimento ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. Intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida.

Enunciaram-se sete princípios chaves, indicados abaixo, que esse conceito deverá englobar para ter eficácia como meio de combinar todos os campos da ação política necessária para fazer frente, com êxito, aos desafios que permeiam o envelhecimento da população (WHO, 2001a, 2001b):

1. Entender que a “atividade” compreende todas as ações significativas empreendidas por um indivíduo em prol de seu bem-estar e de sua família ou comunidade ou de toda a sociedade, sem que tais condições devam realizar-se, exclusivamente, em função da produção ou empregos remunerados.
2. O conceito de envelhecimento ativo deve englobar todas as pessoas que estão envelhecendo, sem excluir aquelas com certo grau de debilidade ou dependência.
3. Há que se destacar o caráter preventivo do conceito. Por ele, ao longo de toda a existência, devem estar imersos no processo de “envelhecimento ativo” pessoas de todas as idades. As gerações mais maduras não podem ficar excluídas – porém, requerem cuidados curativos por muitos anos; a principal preocupação deve ser a prevenção das enfermidades e incapacidade, da dependência e da perda das qualificações profissionais e outras contingências.
4. É preciso assinalar a importância da solidariedade entre gerações, mas convém destacar também a relevância de se desenvolverem atividades que possam prolongar-se de uma geração a outra. O envelhecimento ativo deve ter caráter intergeracional, pois diz respeito ao futuro de todos e não só ao das pessoas idosas. Todos devemos tomar parte neste processo.
5. O conceito deve englobar a existência de direitos e obrigações. Por exemplo, desfrutar o direito à proteção social, à educação permanente, à formação contínua e a outras vantagens que poderão vir acompanhadas da obrigação de tomar parte nas oportunidades educativas ou de formação existentes e de permanecer ativo de outras maneiras. Uma política de envelhecimento ativo não deve servir de pretexto para diminuir

os direitos; porém, deve sublinhar que esses direitos criam obrigações. É certo que se deve aceitar o risco de que uma estratégia de envelhecimento ativo adquira vícios coercitivos. E sabe-se que aqueles que desenham e formulam as políticas sempre têm dificuldades em encontrar um justo equilíbrio entre direitos e obrigações.

6. Toda estratégia de envelhecimento ativo deve ser participativa e permitir determinações individuais. Em outras palavras: deve combinar, desde o início, as ações resultantes de uma política capaz de suscitar e promover atividades com o fomento de oportunidades para que os cidadãos optem em seus próprios níveis, por exemplo, dedicando-se a desenvolver atividades próprias.
7. Em matéria de envelhecimento ativo, é preciso respeitar a diversidade nacional e cultural.

Esses princípios sugerem que a eficácia de uma estratégia de envelhecimento ativo moderna dependerá da associação que se desenvolver entre o cidadão e a sociedade. E o papel do Estado nessa associação deve ser o de permitir, facilitar e motivar a ação dos cidadãos e, quando necessário, proporcionar uma proteção social de alta qualidade durante tanto tempo quanto seja possível. Isso exigirá que se entrelacem as estratégias individuais e sociais a fim de assegurar uma integração que evite o haja desperdício de investimentos e de forças.

Segundo Camarano, 1999, o Estado ainda é o principal responsável na assistência aos idosos. A própria Constituição de 1988 garante aos idosos direitos que hoje representam, para muitos, a condição de sobrevivência, como a que garante um salário mínimo de benefício mensal ao idoso que comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (Lei 8.842, de 07.12.1993, art. 2º, V, e art. 20), em torno da qual devem ser articulados os demais programas de assistência governamentais (Art. 24) (CAMARANO *et al.*; 1999).

A Política Nacional do Idoso tem como propósito a “promoção de um estado de saúde do idoso, com a finalidade de conseguir-se uma máxima

expectativa de vida ativa, na comunidade, junto à sua família, com altos níveis de função e autonomia. Com isso buscar-se-á a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”.

Para tanto, nas Políticas estão definidas as diretrizes essenciais que devem nortear todas as ações no setor saúde:

- Promoção do envelhecimento saudável;
- Manutenção da capacidade funcional;
- Assistência às necessidades de saúde do idoso;
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- Capacitação de recursos humanos especializados;
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- Apoio a estudos e pesquisas.

Resgatar a cidadania e estimular o desenvolvimento de políticas públicas e/ou privadas voltadas para o idoso fazem parte do conceito de envelhecimento ativo. Ele permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, e que participem da sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, protegendo-as e providenciando segurança e cuidados quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. É evidente que, em um projeto de envelhecimento ativo, políticas e programas que promovam saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aqueles que melhorem as condições físicas de saúde.

As possíveis vantagens do envelhecimento ativo também podem exemplificar-se em relação à saúde e aos serviços sociais. É errôneo acreditar que os gastos em proteção social aumentam à medida que cresce a população de idosos e, em especial, o número daqueles com idade muito

avançada. Sem dúvida, há que se admitir que existe uma relação entre idade avançada e incapacidade e entre estes dois elementos e o aumento dos gastos pela atenção à saúde.

Evidentemente, uma política de envelhecimento ativo aplicada sem distinção de idades permite criar oportunidades não só para dar mais vida aos anos que vão passando, como quisera a OMS, mas também para conter os custos da atenção à saúde e dos serviços sociais.

É muito importante assinalar a reciprocidade de efeitos entre saúde e atividade: paradoxalmente, o emprego pode ser uma importante causa de doenças, porém uma fonte significativa de melhoramento da saúde, apreciável em ambos os casos na relação com o nível de atividade, o amor próprio e os contatos sociais com o próximo (WILKINSON, 1996). Dessas considerações, depreende-se que, ao aceitar as conseqüências que o emprego pode ter sobre a saúde, impede-se que a opção do envelhecimento ativo seja acessível para todo mundo sobre bases igualitárias.

A manutenção da saúde dos trabalhadores depende daqueles que estão em boas condições para trabalhar até uma idade mais avançada e disposição para prolongar sua vida ativa.

É preciso cuidado para que a política de envelhecimento ativo não enfoque somente seus efeitos sobre o emprego e, por fim, se descuide, completamente da situação das pessoas que não têm nenhum emprego remunerado ou cuja condição seja de dependência.

Convém, pois, reexaminar as práticas do sistema sanitário e dos serviços sociais para se assegurar de que não contribuam para a dependência física do idoso. A positividade está em optar por dar um enfoque ativo aos cuidados sociais, colocando a importância da prevenção e do papel que podem assumir os profissionais de saúde e da atenção social em prol da reabilitação das pessoas e da conservação de suas atitudes para continuarem ativas.

Isso equivale a dizer que as políticas públicas de saúde deveriam orientar-se de modo mais amplo, tendo por objetivo impedir que a população sofra de enfermidades ou incapacidades, para o que será preciso levar a cabo um esforço concentrado visando, ao incentivo dos estilos de vida propícios ao gozo de boa saúde e ao envelhecimento ativo.

No caso das pessoas que saíram do mercado de trabalho, o envelhecimento ativo deveria significar a possibilidade de manter-se em atividade como cidadãos.

O conceito de envelhecimento ativo não se aplica exclusivamente ao campo do mercado de trabalho; estende-se mais além, oferecendo a possibilidade de diminuir os custos da proteção social, aumentar a qualidade de vida do povo e contribuir para que se satisfaçam algumas das demandas de apoio social geradas pelo envelhecimento da população.

É bastante comuns aqueles que atribuem especial importância à idade e supõem que a regra mais observável entre os idosos é a inatividade. A evidência disponível basta para demonstrar que as pessoas de idade mantêm relativamente uma atividade à medida que envelhecem.

Entre as pessoas octogenárias ou de mais idade, existe uma minoria bastante reduzida que padece de sério isolamento ou exclusão, exigindo-se adotar uma estratégia destinada a abarcar a todas as pessoas que possam estar expostas ao desamparo ou solidão, e corram os riscos, por fim, de cair num estado de depressão.

Quando as políticas sociais de saúde, de mercado de trabalho, de emprego e de educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente:

- menos mortes prematuras em estágios de vida altamente produtivos;
- menos deficiências associadas a doenças crônicas na terceira idade;
- mais pessoas aproveitando uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem;

- mais pessoas participando ativamente, (conforme envelhecem), de aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, na vida doméstica, familiar e comunitária;
- menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Por exemplo, estimou-se que para cada dólar investido em medidas para encorajar a atividade física moderada houve uma economia de 3,2 dólares em despesas médicas. (CDC, 1999).

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar a responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e a solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam se planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida.

Essencialmente, o envelhecimento ativo baseia-se em três pilares, apresentados abaixo, no documento escrito por várias personalidades que detêm amplo conhecimento sobre o tema envelhecimento.

Saúde

- Prevenir e reduzir o fardo do excesso de deficiências, doença crônica e da mortalidade prematura.
- Reduzir os fatores de risco associados às doenças principais e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida.
- Desenvolver serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e amigos da Terceira Idade que enfoquem as necessidades e os direitos dos homens e mulheres em processo de envelhecimento.
- Fornecer treinamento e educação para acompanhantes.

Participação

- Fornecer educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida.
- Reconhecer e permitir a participação de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e nas **atividades voluntárias**, de acordo com as suas necessidades individuais, preferências e capacidades.
- Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária.

Segurança

- Assegurar a proteção, a segurança e a dignidade dos idosos, enfocando os direitos sociais, financeiros, de segurança física e as necessidades das pessoas idosas.
- Reduzir as injustiças nos direitos de segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas.

Além desses pilares, o envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que rodeiam indivíduos, famílias e nações, tais como: econômicos, serviços sociais de saúde, comportamentais, sociais, ambiente físico, pessoais, respeitando-se as questões culturais e de gênero e os princípios estabelecidos para as pessoas idosas.

Os determinantes foram descritos como:

- determinantes de corte transversal (cultura e gênero);
- determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviços sociais (promoção da saúde, prevenção da doença e o acesso equitativo aos cuidados de saúde básica de qualidade e cuidados permanentes);
- determinantes comportamentais (estilo de vida);
- determinantes relacionados a fatores pessoais (biologia e genética e fatores psicológicos);

- determinantes relacionados ao ambiente físico (moradia segura, água limpa, ar puro e alimentos seguros);
- determinantes relacionados ao ambiente social (suporte social);
- determinantes relacionados aos aspectos econômicos (renda, proteção social e trabalho).

A abordagem do envelhecimento ativo fornece um esquema para o desenvolvimento de estratégias nos âmbitos global, nacional e local, voltadas para a população que está envelhecendo bem como desacredita mitos vigentes há muitos anos no inconsciente coletivo da maior parte da população, tais como (WHO, 2002):

- a maioria dos idosos vive em países desenvolvidos (a situação é inversa pois mais da metade da população idosa reside nos países em desenvolvimento);
- os idosos são todos iguais (os idosos constituem um grupo muito heterogêneo, devendo ser observados, principalmente, os aspectos culturais e sócio-econômicos);
- os homens e as mulheres envelhecem da mesma maneira (mulheres e homens envelhecem diferentemente);
- os idosos são frágeis (longe de serem frágeis, a vasta maioria dos idosos permanece fisicamente capazes até bem tarde em suas vidas);
- os idosos não tem nada a contribuir (a verdade é que os idosos realizam inumeráveis contribuições às suas famílias, sociedades e economias);
- os idosos representam um encargo econômico à sociedade (os idosos contribuem de inúmeras maneiras para o desenvolvimento econômico de suas sociedades).

Valorizar o que os idosos têm a oferecer significa, segundo a OMS (WHO, 2002) :

- reconhecer o papel dos idosos no desenvolvimento;

- capacitá-los para participarem de atividades no voluntariado
- apoiar as contribuições dos idosos para a sociedade, especialmente suas atividades relacionadas a cuidados
- promover oportunidades duradouras de aprendizagem.

No presente ano, o tema eleito para a comemoração do Ano Internacional das Pessoas Idosas, “Pessoas Idosas - Nova Força para o Desenvolvimento” orienta a:

- reavaliar o papel das pessoas idosas e suas necessidades;
- melhorar as condições de saúde;
- mudar a visão de que o envelhecimento é um problema;
- reconhecer e promover o papel das pessoas idosas como membros produtivos da nossa sociedade.

Consultados sobre o tema escolhido para esse ano, a Organização Internacional do Trabalho – OIT, a Organização das Nações Unidas – ONU, o Banco Mundial bem como outras instituições, foram unânimes no entendimento que a longevidade é o fenômeno demográfico mais importante em toda a história e futuro da humanidade. E que as pessoas idosas tem boas razões para continuarem ativas após a sua aposentadoria e a sociedade precisa dar condições para que isso aconteça (WHO, 2003).

1.2. O envelhecimento no Brasil

O Brasil desponta, hoje, como um país cuja população encontra-se em rápido e inexorável processo de envelhecimento.

No ano 2020, seus habitantes com 60 anos ou mais irão compor um contingente estimado de 31,8 milhões de pessoas. Esse segmento populacional, ao crescer 15 vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes, situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos (VERAS, 2002).

Segundo Chaimowicz, durante as quatro primeiras décadas do século passado o Brasil apresentava (CHAIMOWICZ, 1998):

- grande estabilidade na sua estrutura etária;
- declínio rápido da mortalidade (iniciou-se em 1940 e estendeu-se até 1970);
- elevadas taxas de fecundidade;
- grande “boom” da população brasileira (saltou de 41 para 93 milhões).

A partir de 1960, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional, onde:

- a taxa de fecundidade caiu mais de 50% entre 1970 e 1991;
- a proporção de idosos cresceu de 3,1% para 5,4%;
- o aumento gradual do índice de envelhecimento da população: em 1960 era igual a 6,4; em 1996 , 17,0 e em 2000, igual a 19,77.

O índice de envelhecimento populacional traduz-se da seguinte forma: quanto maior sua magnitude, mais elevada é a proporção de idosos – no caso, a população de 65 anos e mais – em relação à proporção de crianças – no caso, a população de até quinze anos de idade.

Exemplificando: o índice de envelhecimento no ano de 2000, igual a 19,77, significa que existiam praticamente vinte idosos para cada cem crianças. Quando se estabelecem comparações regionais, observa-se,

inicialmente, que o índice também segue o comportamento evidenciado em âmbito nacional, o que reflete a influência combinada da queda da fecundidade e, do aumento da expectativa de vida da população brasileira (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

As enormes *coortes* (grupo de pessoas que compartilham uma experiência comum durante determinado período de tempo; e.g. os nascidos na década de 40), surgidas no período entre 1940 e 1960 serão os determinantes do acelerado processo de envelhecimento populacional a ser experimentado no presente século.

Os efeitos dessas mudanças na estrutura etária do Brasil traduzem-se na alteração da forma da pirâmide populacional que, progressivamente, vai se transformando de piramidal, representativa do modelo de população em crescimento, para a forma em barril, característica do modelo de população estabilizada. As taxas de fertilidade e mortalidade exercem efeito sobre a forma da pirâmide populacional. Assim é que, em três épocas distintas e a intervalos de trinta anos (mais especificamente, 1940, 1970 e 2000), produziram-se mudanças evidentes na forma da pirâmide, induzidas por medidas tendentes a reduzir as taxas de fertilidade e mortalidade. É nítida a tendência à redução da base, devido à menor entrada de recém-nascidos na população, bem como é evidente o alargamento nas porções média e superior, decorrente do aumento de pessoas que atingiram idades mais avançadas (IGLÉZIAS, 2000).

No período entre 2000 e 2050, ocorrerá o mais rápido incremento na proporção de idosos, a qual saltará de 5,1% para 14,2% graças, basicamente, a dois fatores:

- a persistente redução das taxas de fecundidade (de 2,6 para 2,2 ou 2,3 filhos por mulheres em idade reprodutiva, entre os períodos de 1995-2000 e 2015-2020) com a redução das *coortes* de 15 a 64 anos;
- as *coortes* remanescentes dos períodos de alta fecundidade evoluirão, progressivamente, para os grupos idosos até por volta de 2035, quando as *coortes* nascidas em 1970 fecharão o ciclo.

As razões para tal tendência devem-se, fundamentalmente, a fatores ligados ao processo de migração de grandes contingentes populacionais da zona rural para a urbana, dada a crise econômica que atinge de modo particular as classes menos favorecidas.

Tal situação tem levado a mulher a se incorporar à força de trabalho e, como decorrência, tem provocado a crescente limitação da família. Por outro lado, o processo de urbanização, por si mesmo e pelo fato de propiciar maior acesso aos meios de comunicação, desencadeou mudanças no padrão sociocultural, tornando a população feminina mais receptiva ao planejamento familiar. Associa-se a isso a crescente disponibilidade dos meios contraceptivos no Brasil (IGLÉZIAS, 2000).

Em 2020, quando a esperança de vida estiver alcançando 75,5 anos, a população será formada por cerca de 23,5% de jovens e 7,7% de idosos. Por volta de 2080, a proporção de jovens e idosos deverá se estabilizar com, respectivamente, 20% e 15% do total. A partir de então, novos aumentos na proporção de idosos dependerão não mais do declínio da fecundidade e, sim, da redução da mortalidade após os 64 anos, como já ocorre em países industrializados (CHAMOWICZ, 1998).

Segundo o IBGE, em 2000, a expectativa de vida para os homens são de 64,8 anos e para as mulheres, 72,6 anos (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

Se, de um lado, é gratificante observar o aumento da expectativa de vida do brasileiro, de outro é lastimável que, entre ricos e pobres, exista uma diferença de cerca de 15 anos a favor dos primeiros, fruto de profunda divisão social e econômica e que vem se acentuando nas últimas décadas.

Entretanto, pode-se dizer que, em geral, o idoso hoje está em melhores condições de vida que a população mais jovem:

- ganha mais;
- uma parcela maior tem casa própria;

- em famílias cujos idosos são jovens, encontra-se uma proporção expressiva de filhos morando junto (os jovens enfrentam dificuldades em relação à sua participação no mercado de trabalho);
- melhorias expressivas no nível de renda das mulheres.

Deve-se ressaltar ainda a importância das aposentadorias na vida dos idosos e que desempenham um papel muito relevante em sua renda, podendo-se concluir que, no plano micro, o grau de dependência dos indivíduos idosos é determinado pela provisão de renda por parte do Estado.

Contudo, a diminuição da mortalidade em qualquer fase da vida tem acentuada repercussão sobre o crescimento absoluto e proporcional da população idosa.

Com o envelhecimento, o que se nota é uma redução de causas de morte por doenças infecciosas e aumento significativo das decorrentes afecções cardíacas, neoplásicas e por causas externas (acidentes e mortes violentas).

Esse fenômeno, que se observa em todo o Brasil, não é, no entanto, homogêneo, pois o ritmo de participação de cada entidade patológica pode variar de uma região para outra.

Segundo Camargo, "(...) a partir dos 45 anos, os coeficientes de mortalidade voltam a aumentar até o grupo de pessoas de 75 anos e mais, no qual atinge os maiores valores. Isto mostra que, embora essas causas apareçam com percentuais inferiores aos de outras causas de morte nesta faixa etária, são muito importantes em termos de coeficientes, merecendo assim maior atenção por parte dos planejadores, especialmente no que se refere aos atropelamentos. Entre os denominados "demais acidentes", as principais causas relacionavam-se às quedas, aos afogamentos e à aspiração/ingestão de alimentos" (CAMARGO, 2002).

Dentre as populações que vêm apresentando processo de envelhecimento mais intenso, destacam-se os estados pertencentes à Região Sudeste, significativamente, o estado do Rio de Janeiro, com uma

relação de idoso/criança de 29,55% (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

Outra observação que merece ser destacada é a expectativa de vida de populações mais idosas, que é bem mais homogênea entre os mais diversos países e os diferentes estratos sócio-econômicos. Desse modo, aos 60 anos de idade, a importância das doenças infecto-contagiosas é extremamente diminuta, cedendo lugar às afecções crônicas e degenerativas que ocorrem em qualquer país ou condição social. Assim, nos países em desenvolvimento, onde a seleção natural permitiu vida até aos 60 ou 65 anos, terão probabilidade de sobrevivência idêntica à de seus pares em países desenvolvidos.

O aumento da expectativa de vida nos países da Europa acha-se tradicionalmente ligado à melhor qualidade de vida de sua população e aos avanços tecnológicos. Nos países menos desenvolvidos, apesar de milhões de pessoas viverem no mais absoluto grau de miséria, houve a possibilidade de acesso às conquistas da medicina moderna, tornando possível a prevenção ou cura de doenças fatais no passado, com a conseqüente redução de mortalidade, elevação da expectativa de vida e o crescente aumento da população idosa.

Os avanços médico-tecnológicos e a melhoria das condições de vida, embora tenham aumentado a expectativa de vida, não conseguiram ampliar o limite biológico da vida humana, sendo excepcional ainda hoje a existência de pessoas centenárias. Segundo o IBGE, aproximadamente, 25.000 pessoas alcançaram 100 anos ou mais (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

Tabela 2 - População residente no Brasil, com sessenta anos e mais, segundo o Estado e o Município – São Paulo

	População Total	Pessoas com sessenta anos e mais
Brasil	169 799 170	14 536 029
São Paulo (Estado)	37 032 403	3 316 957
São Paulo (Município)	10 434 252	972 199

Fonte: Fundação IBGE, Censo Demográfico, 2000.

De acordo com a Tabela 2, no estado e no município de São Paulo a população idosa representou 9% da população total de cada região, respectivamente.

Considerando-se o comportamento dos componentes do crescimento demográfico, nascimentos, óbitos e migrações, observa-se que, historicamente, as taxas de mortalidade geral e de fertilidade (média de nascimentos por mulheres em idade de reprodução) vêm decrescendo. A combinação desses dois fatores define o crescimento vegetativo de uma população.

Segundo os dados dos censos demográficos realizados entre 1991 e 2000, a taxa anual de crescimento demográfico foi de 1,64%, a mais baixa desde o Censo de 1940. Mesmo assim, o crescimento absoluto foi de quase 23 milhões de pessoas, volume que vem declinando também nas duas últimas décadas, embora de maneira mais gradual (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

A estrutura etária da população vem se modificando de forma acentuada, consideradas as alterações de ordem demográfica em processo no conjunto do país. A população infantil, definida pelo grupo etário de 0 a 14 anos, vem diminuindo sua representatividade no conjunto da população, em face do decréscimo das taxas de natalidade.

Tabela 3 - População residente com sessenta anos e mais, segundo os dez municípios com o maior número de idosos, no Estado de São Paulo.

Município	População Idosa
São Paulo	972 199
Santo André	67 060
Santos	65 200
Ribeirão Preto	51 194
São Bernardo do Campo	48 434
Osasco	44 949
Sorocaba	42 931
São José do Rio Preto	38 167
São José dos Campos	35 492
Piracicaba	32 222

Fonte: Fundação IBGE, Censo Demográfico, 2000.

O município de São Paulo de acordo com a Tabela 3, alcançou em até 14,5 vezes mais o número de idosos em relação ao município de Santo André, segundo município no *ranking* daqueles com a maior concentração de idosos.

Para representar a distribuição territorial dos idosos, utilizou-se o índice de envelhecimento que estabelece a relação entre a faixa etária de 65 anos e mais e a de 0 a 14 anos. O resultado 1 indica a situação de equivalência entre as populações em questão, e quanto mais se aproximar de 0 (zero), menor será a relação de idosos sobre a população infantil.

O grupo etário de 65 anos e mais representa 6% da população total do município de São Paulo. Os distritos de Jardim Paulista e Consolação, com índice de envelhecimento superior a um, colocam-se como as áreas com maior presença do grupo etário. A concentração de idosos decresce à medida que se distancia da área central (EMPLASA, 2000).

Ao longo do tempo, o grupo de idosos deverá prosseguir sua trajetória ascendente nas diversas localidades do município, simultaneamente ao decréscimo da participação da população infantil.

Na análise do perfil sociodemográfico da população idosa brasileira, a maior longevidade é a feminina, levando a uma predominância das mulheres no contingente de idosos (CAMARANO *et al.*, 1999).

Metodologicamente porém, chamamos a atenção para o fato de que, com a rapidez das mudanças demográficas e institucionais, as *coortes* de nascimento das mulheres, ainda que separadas por poucos anos de idade, podem se encontrar com estruturas sociais muito diferentes e, como tal, envelhecerem de maneiras muito diversas. Reciprocamente, homens e mulheres de uma *coorte*, ao diferirem em seu modo de envelhecer (em relação a outras *coortes* anteriores), podem provocar mudanças definitivas na estrutura social (CAMARANO *et al.*, 1999).

Prestar atenção especial às perspectivas de envelhecimento nas sociedades, tendo em conta suas diferentes etapas de desenvolvimento e sua diversidade nos âmbitos social, econômico e cultural, é o ponto de partida na formulação de uma política não excludente, preponderante nos países em desenvolvimento em relação a determinados segmentos populacionais (idosos, mulheres, deficientes físicos e outros).

1.3 O trabalho voluntário: ação e cidadania

“Voluntário é o jovem ou adulto que, devido a seu interesse pessoal e a seu espírito cívico, dedica parte do seu tempo, sem remuneração alguma, a diversas formas de atividades, organizadas ou não, do bem-estar social ou outros campos”.

Organização das Nações Unidas

O trabalho voluntário no Brasil existe há cinco séculos. Pesquisadores indicam como início dessa atividade a fundação da Santa Casa de Misericórdia em Santos, em 1.532. Por isso, historicamente, sempre foi muito ligado à assistência social e religiões.

O voluntariado, entretanto, é um produto histórico que vem se desenvolvendo ao longo do tempo e está em permanente evolução. De acordo com BLASCO e PARRELA (1993), ele tem sido permeado pela *generosidade e pela vontade de justiça, unidas a um sentimento de responsabilidade pessoal por seu esforço ideológico e comunitário.*

Estudo dessas autoras sobre a evolução do pensamento e ação voluntários em seu sentido moderno, deixando de lado o fundo religioso que sempre existiu, aponta as práticas do voluntariado.

O voluntariado teve sua origem na idéia de benemerência existente no século XIX, formalizando o seu nascimento no século XX. Naquela época, os problemas sociais eram considerados desvios da ordem dominante criando os indivíduos destituídos, pois não haviam tido a oportunidade de integrar-se à sociedade e necessitavam da caridade organizada para alterar sua situação. Assim, nesse contexto social paternalista, rigoroso, excludente, *o voluntariado da benemerência* era incipiente, moralizador, feminino e baseado em sólidos, rigorosos e imutáveis princípios.

O advento das guerras (1^a e 2^a Guerras Mundiais) e a descontinuidade na área de proteção social, no início da década de 70, trouxeram de volta a insegurança. A vulnerabilidade social dos setores excluídos aumentou. O movimento voluntário viu-se questionado politicamente e sem direção clara. Nesse contexto, o voluntariado foi influenciado por uma corrente *contestatória e libertária*, presente em quase todos os movimentos sociais de origem popular na época.

Surgiu, então, um voluntariado combativo e comprometido com a transformação radical da sociedade. Era um movimento autogestionário que não concordava em aliar-se nem ao poder público nem ao setor privado. Sua ação preconizava uma mudança da ordem social e situava-se, muitas vezes, apenas no âmbito do protesto.

Em meados dos anos 80, ocorre a democratização da América Latina e dos países do Terceiro Mundo, embasada no neoliberalismo como uma concepção política, econômica e cultural do Ocidente. Os Estados redefiniram suas políticas, ajustaram seus orçamentos e diminuíram aos poucos os financiamentos destinados à assistência social (Estado mínimo). Houve uma descentralização, derivando-se para instâncias de menor jurisdição política as obrigações, mas nem sempre os recursos.

Em consequência, inúmeras Organizações Não Governamentais (ONGs) apareceram ao longo dessa década, como resultado da participação ativa da sociedade nas questões sociais, caracterizando-se uma atuação voluntária de ação social (CORRULLÓN, s/d). Despontou, então, um voluntariado que preencheu as lacunas deixadas pelo Estado e que se esforçou por diminuir as necessidades daqueles que ficaram à margem do sistema ou foram perversamente inseridos, mas sem questionar tal consequência da economia de mercado, foco norteador das posturas neoliberais.

A década de 90 abriu a possibilidade de pensar uma nova forma de ação voluntária, com um modelo de voluntariado que superasse o anterior e considerasse o voluntário como um cidadão que, motivado por valores de

participação e solidariedade, doa tempo, trabalho e talento de maneira espontânea e não remunerada em causas de interesse social e comunitário (BLASCO e PARRELA, 1993).

Esse modelo assenta-se no princípio da aproximação vital, ou seja: a aproximação entre a instituição, os recursos humanos e os serviços propiciando, assim, a solução e a maior participação das pessoas.

De acordo com LANDIM e SCALON (2000), no Brasil, no final da década de 90, começa a surgir uma discussão sobre o trabalho voluntário e a doação individual. Um debate quase nada acadêmico, desenvolvido em campo fronteiro ao das instituições privadas de ação social, de algumas agências governamentais e de grupos do setor privado, criando o novo campo do *investimento social empresarial*.

As práticas reconhecidas como voluntariado e doações sempre existiram na sociedade brasileira, como foi referido, mas raramente se colocaram como questão, da maneira como está sendo construída agora e levada a público, como comprovam matérias na mídia, campanhas de doações, programas de capacitação de voluntários, promoção de voluntariado empresarial entre funcionários.

Em 1995, a busca de políticas sociais públicas mais eficientes e o crescimento da participação da sociedade civil em iniciativas sociais levaram à criação da Comunidade Solidária.

A Comunidade Solidária significa um novo modelo de atuação social baseada no princípio da parceria. Somando esforços dentro de um espírito de solidariedade, governo e sociedade foram capazes de gerar os recursos humanos, técnicos e financeiros necessários para combater com eficiência a pobreza e a exclusão social.

Os resultados advindos desse modelo confirmam seu sucesso. No período de 95 a 98, em conjunto com seus parceiros, beneficiou 1.369 municípios com investimentos da ordem de 7,8 bilhões de reais, atendendo mais de 53 milhões de pessoas através de programas de educação, saúde,

alimentação, saneamento, habitação e geração de renda. Dentre outros resultados, destaca-se o número de matrículas no ensino fundamental dos municípios beneficiados, o qual aumentou em 18%. Além disso, houve uma queda significativa na taxa de mortalidade infantil, de 82,6 por mil em 94 para 47,2 por mil em 97 (COMUNIDADE SOLIDÁRIA, 2002).

A Comunidade Solidária atua simultaneamente em duas frentes, de forma autônoma:

- na promoção de parcerias entre o governo e as organizações da sociedade civil, tendo como responsável por essa atividade o Conselho da Comunidade Solidária;
- na articulação de parcerias dentro do próprio governo, entre os níveis federal, estadual e municipal, voltadas para o combate à pobreza e para a promoção do desenvolvimento em municípios pobres. Essa é uma atribuição da Secretaria Executiva da Comunidade Solidária.

Dando continuidade aos projetos solidários, o Conselho do Programa Comunidade Solidária lançou o Programa Voluntários, em novembro de 1997. O Programa visou à *implantação de uma cultura moderna do voluntariado, preocupada principalmente com a eficiência dos serviços e a qualificação dos voluntários e instituições*. Embora não excluísse práticas e disposições preexistentes, teve como missão contribuir para a promoção, valorização e qualificação do trabalho voluntário no Brasil, sendo que *a nova visão do trabalho voluntário não tem nada a ver com esmola nem ocupação com quem sofre de tédio*. Preocupa-se com a *cidadania participativa, eficiência e resultados*. (Documento do Comunidade Solidária, s/d, *apud* LANDIM e SCALON, 2000).

Também assinalou o marco de um esforço de fortalecimento da cidadania, de estímulo à organização da sociedade civil e de promoção da prática de parceria na ação dos diversos segmentos da sociedade, isoladamente e em conjunto, tendo como principais objetivos:

- disseminar e valorizar o conceito de voluntário;

- produzir conhecimento específico sobre o “jeito brasileiro de ser voluntário”;
- criar novos instrumentos, como Centros de Voluntários, capazes de alavancar uma cultura de voluntariado comprometida com a eficiência e a eficácia (CENTRO DE VOLUNTÁRIOS, 2002).

Hoje o voluntariado é um tema freqüente na mídia, é assunto tanto de jornais de bairros nas grandes cidades brasileiras como de programas das principais emissoras de televisão.

O Programa desenvolveu metodologia para um gerenciamento brasileiro de trabalhos voluntários. Fez a primeira pesquisa brasileira de responsabilidade social e voluntariado e promoveu dezenas de seminários e encontros técnicos em empresas.

Os Centros de Voluntários não duplicam o trabalho das múltiplas instituições de voluntariado cuja competência é insubstituível na abordagem de suas temáticas específicas. Dialogam e colaboram com os programas já existentes, bem como estimulam e apoiam o surgimento de novas iniciativas para que, em cada cidade, haja cada vez mais e melhores ações voluntárias.

Cabe comentar ainda a criação da Rede Voluntária que é a articulação conjunta entre organizações e indivíduos para a troca de conhecimentos e trabalhos relacionados com o tema voluntariado.

A rede surgiu a partir da articulação do Programa Voluntários e dos Centros de Voluntários do Brasil, contando hoje, com mais de trinta organizações participantes. Atualmente, a articulação da rede se dá, de modo essencial, entre os Centros de Voluntários e o Programa Voluntários. Entretanto, com a criação do Portal do Voluntário na Internet brasileira, acelera-se a formação das Redes de colaboração e informação para o Voluntariado.

O Centro de Voluntariado de São Paulo contava, no ano de 2001, com mais de 505 Organizações Sociais cadastradas, sendo que mais de 50% estavam voltadas para as áreas de assistência social.

Iniciativas como o programa “Adote um Sorriso” – idealizado por um grupo de profissionais liberais (dentistas) e que atinge as crianças da população brasileira, com atendimento dentário gratuito, realizado por profissionais voluntários – são um exemplo vivo da ação voluntária empreendedora.

Em fevereiro de 1998, foi sancionada a Lei N^o 9.608 (Anexo 2), que considera “o serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive, mutualidade”.

No decorrer da história, a Organização das Nações Unidas – ONU –, escolheu o ano de 2001 para ser o “Ano Internacional do Voluntariado”, reconhecendo, assim, a importância do trabalho voluntário como forma de promoção da solidariedade, cidadania e participação.

Reconhece, ademais, que o voluntariado é um componente importante em toda estratégia voltada para a redução da pobreza, para o desenvolvimento sustentável e para a integração social, em particular mediante a superação da exclusão e da discriminação social; por conseguinte, é um instrumento da democracia e da paz mundial. Definiram-se quatro eixos de trabalho indicados a seguir e que foram propostos no Ano Internacional do Voluntariado.

- Promoção do voluntariado.
- Facilidades para o voluntariado.
- Reconhecimento do trabalho voluntário.
- Formação de Redes para o voluntariado.

A realidade brasileira, ao longo dos últimos anos, vem mudando e apresenta índices favoráveis da erradicação do analfabetismo, da pobreza, do acesso à saúde e de programas que venham a atender as necessidades dos mais variados segmentos, bem como mostra a colaboração expressiva

dos voluntários brasileiros nesses resultados baseados nos eixos de trabalho propostos pela ONU à comunidade mundial.

Porém, existem ainda profundas desigualdades sócio-econômicas que atingem segmentos da população, o que, através de um esforço em parceria com o Estado, levou ao surgimento da Pastoral da Criança, vinculada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil.

Coordenada pela médica pediatra e sanitarista Zilda Arns Neumann, a Pastoral da Criança está presente em 3.277 municípios, arregimenta mais de 145 mil voluntários e acompanha mais de um milhão de famílias, contribuindo, assim, de forma significativa para a redução da mortalidade infantil.

O Ano Internacional do Voluntariado, registra a importância de iniciativas como a da Pastoral da Criança, pois vivendo em sociedade, não podemos prescindir dos laços de apoio mútuo. Desse modo, poder-se-ia afirmar que, contemporaneamente, a questão social não passa pela responsabilidade exclusiva do Estado, mas é uma coresponsabilidade dele e da sociedade civil, incluindo ONGs, instituições, fundações, empresas.

Segundo CORRULÓN (s/d), vive-se um momento em que o trabalho social passa a ser debatido como peça chave na abordagem da intervenção nos problemas sociais, tanto como possibilidade individual de ação participativa nos problemas de sociedade, quanto como ação privada para o bem público. Nessa realidade, o voluntariado passa a ter papel decisivo porque participar significa ter a capacidade de assumir responsabilidades e investir tempo, trabalho e dedicação na solução de problemas e nas exigências comunitárias e solidárias.

As razões que levam as pessoas a serem voluntárias, ainda conforme CORRULÓN (s/d), podem ser sistematizadas em duas grandes vertentes. A primeira é uma motivação pessoal, que atende a uma inquietação interior, que leva a uma ação diante de alguma situação de dificuldade ou de sofrimento. Esse impulso solidário está alicerçado em valores espirituais e

culturais, manifestando-se principalmente nos religiosos praticantes. A história das religiões mostra que todas têm em seus fundamentos a caridade, a responsabilidade e a ajuda ao próximo.

A segunda vertente é de natureza social. É o olhar crítico de um voluntário em relação à realidade o qual, ao se deparar com algo que o incomoda, como uma injustiça, por exemplo, engaja-se e decide atuar no *enfrentamento* dos problemas. DAL RIO, 2001, em estudo sobre o idoso aposentado e o trabalho voluntário, traça um paralelo sobre a atuação no *enfrentamento* dos problemas entre a militância e o voluntariado como personagens que se confundem. Segundo DAL RIO:

"(...) este é movido pela compaixão e o militante pela indignação, porém os dois partem de um ponto comum: a emoção. Neste agir a partir da emoção, o militante tem uma visão crítica da sociedade, tenta atacar as causas estruturais no sentido de transformá-las. O voluntário realiza uma atividade que pode parecer menos relevante para a mudança da sociedade, mas ele crê poder alterar alguma coisa e fazer, assim, a diferença, funcionando isto como fonte de realimentação da motivação" (DAL RIO, 2001).

No entanto, LANDIM e SCALON (2000) consideram que, no Brasil, as idéias de trabalho voluntário e doações podem remeter ao campo das práticas abaixo da linha d'água, das formas de sociabilidade marcadas pela pessoalização, dos laços de solidariedade e variadas redes comunicativas e de reciprocidade, às quais correspondem obrigações diversas.

As propostas modernizadoras de doação e voluntariado remetem ao universo das organizações privadas voltadas para a ação social, parte dele recente e permeada pelos valores e práticas relacionados com a igualdade e cidadania, que vêm representando papéis significativos no cenário político do país. É quando, no jogo de enquadramento, se aproxima das práticas socialmente definidas como *militância* que, em geral, evoca ação politizada e contestatória no espaço público.

Buscam-se pontos comuns entre voluntariado e militância, referindo-se à participação nos movimentos dos anos 70 e 80 como *trabalho voluntário* ou *trabalho alternativo*, tentando dar à palavra um sentido menos

asséptico, *bem como contrapor-se às suas conotações de substituto da ação estatal, que não questiona as estruturas sociais* (THOMPSON e TORO, 2000, *apud* LANDIM e SCALON, 2000).

No Brasil, a partir da década de 80, abriu-se espaço na sociedade permitindo o surgimento de novos atores sociais que, na luta democrática, contestaram o autoritarismo, o clientelismo e o distanciamento entre os centros de poder na gestão da coisa pública e nas aspirações e necessidades populares. A participação popular tem sido uma das formas pela qual grupos da sociedade civil explicitam ao Estado e a vários setores sociais suas reivindicações, tornando claro o desejo de interferir nas políticas e manifestando ao poder público e a órgãos e instituições sociais suas necessidades e propostas (MACHADO, 2002).

Retomando Corrulón, a motivação emocional inicial, se não for sustentada pela conscientização dos problemas e de suas causas, tende ao enfraquecimento, ao cansaço e leva o voluntário à desistência.

As pessoas que agem voluntariamente, em função de uma causa ou de um ser humano, passam elas próprias por uma transformação e, ao se transformarem, provocam uma mudança no entorno, na instituição, na comunidade. *A ação voluntária requer reciprocidade: não é orientada simplesmente para assistência do outro, mas para o crescimento de ambos, embora suas contribuições sejam diferentes* (ROCA, *apud* BLASCO e PARRELA, 1993).

No desenvolvimento desse trabalho, estabelece-se, com freqüência, um ambiente de confiança que favorece o espírito de companheirismo muito positivo numa época de mudanças rápidas e profundas que dissipam toda certeza, não criam oportunidade de vida em conjunto, não propiciam espaço para debate de assuntos de interesses comuns nem para o exercício da deliberação.

Pode, o voluntariado, ajudar a romper o encapsulamento e a crise de sociabilidade que caracterizam a sociedade moderna.

À guisa de complementação, porém, é importante referir também que, hoje, no cenário geral das políticas e das práticas referentes ao voluntariado, emerge um novo ator, cuja forte presença e cujo polêmico desempenho merecem uma referência especial, (citado anteriormente, o Terceiro Setor).

Em estudo sobre o Terceiro Setor, FERNANDES (1997) assinala que no Brasil e na América Latina, é mais abrangente falar em sociedade civil e suas organizações, cujo conceito vem evoluindo a partir do século XVIII. Assim, WOLFE, 1992, *apud* FERNANDES, 1997, define o Terceiro Setor:

“Fala-se hoje das organizações da sociedade civil (OSCs) como um conjunto que, por suas características, distingue-se não apenas do Estado mas também do mercado. Recuperada do contexto das lutas pela democratização, a idéia de sociedade civil serviu para destacar um espaço próprio, não governamental, de participação nas causas coletivas. Nela e por ela, indivíduos e instituições exerciam sua cidadania, de forma direta e autônoma. Estar na sociedade civil implicaria um sentido de pertença cidadã, com seus direitos e deveres, num plano simbólico que é logicamente anterior ao obtido pelo pertencimento político, dado pela mediação dos órgãos do governo. Marcando um espaço de integração cidadã, a sociedade civil distingue-se, pois, do Estado; mas, caracterizando-se pela promoção de interesses coletivos, diferencia-se também da lógica de mercado. Forma, por assim dizer, um “Terceiro Setor”.

Por conseguinte, o Terceiro Setor é composto de organizações sem fins lucrativos, criadas e mantidas em grande parte pelos esforços do voluntariado, num âmbito privado, continuando as práticas tradicionais da caridade, da filantropia e do mecenato, expandindo seu sentido graças à incorporação do conceito de cidadania e suas múltiplas manifestações na sociedade civil.

Segundo esse autor, a definição combina palavras e contextos simbólicos diversos, contendo uma história de divergências mútuas. Filantropia contrapunha-se à caridade, assim como cidadania a mecenato. As diferenças ainda existem, mas estão em processo de mutação: a contradição radical cede lugar ao jogo instável de oposições e complementaridades. Não se confundem, mas também não se separam totalmente. Alternam situações de conflito, cooperação e indiferença. Entre

aparentes jogos de acordos, definem-se e redefinem-se os parâmetros para o êxito das práticas neoliberais.

Apesar do Terceiro Setor abarcar, de maneira um tanto superficial e imprecisa, fenômenos mais ou menos relacionados, como filantropia e caridade, organizações não-governamentais, organizações sem fins lucrativos, entidades beneficentes, fundações sociais, organizações da sociedade civil, organizações sociais de interesse público, FERNANDES (1997) indica quatro razões para agrupá-las no mesmo setor, considerando seus programas e plataformas de natureza prática. São as apresentadas abaixo.

- . **Faz contraponto às ações de governo** – evidencia a idéia de que bens e serviços públicos não resultam apenas de ações do Estado, mas de múltiplas ações da iniciativa privada. Não há serviço público que não possa nem esteja sendo notoriamente trabalhado pelas iniciativas particulares e pelas organizações sem fins lucrativos. Identificando-as pela mesma nomenclatura, pode-se avaliar sua grandeza e constatar-se que são coextensivas ao Estado. Pela Constituição de 1998, a manutenção da ordem é direito e responsabilidade de todos. A internalização e a prática dessa idéia têm implicações profundas para a cultura cívica do país, podendo se desdobrar em novas formas de conduzir as políticas públicas.
- . **Faz contraponto às ações de mercado** – amplia, dá nova forma e visibilidade ao campo dos interesses coletivos para a iniciativa individual. Tradicionalmente, os indivíduos eram mobilizados para contribuir para o bem comum pelas instituições religiosas e pela política nas disputas eleitorais (pela militância individual ou pela doação de recursos). Nesses casos, a participação individual era sempre mediada pelas megainstituições (Igreja e Estado), que instituíam os sentidos e os instrumentos dos interesses coletivos. Tal princípio, quando associado à noção de cidadania, expande-se e rompe os limites entre o sagrado e o profano, entre consciência pessoal e mandato das

instituições, entre público e privado. Questiona indivíduos e empresas sobre a sua participação direta e indireta na produção ou distribuição de bens e serviços de interesse comum. Neste aspecto, o trabalho voluntário passa a ser uma extensão do mercado, pois não há interesse coletivo que não possa ser tomado como uma demanda do mercado e que, em princípio, não possa se tornar em investimento lucrativo. Educação, saúde, geração de renda, tecnologia, meio ambiente etc. constituem-se em fontes de negócios.

- . **Empresta um sentido maior aos elementos que o compõem** – rompe com a dicotomia e a oposição Estado X mercado, existente anteriormente, realçando o valor político e econômico das ações voluntárias sem fins lucrativos. Dignifica, nesse sentido, os valores relativos às ações de caridade, as expressões de solidariedade social, menosprezadas e em desuso no mundo competitivo, legitima ações de grupos de interesses particulares, antes considerados subversivos. Estimula a participação cidadã como meio de consolidar as instituições e o desenvolvimento da filantropia empresarial, considerada como investimento de longo prazo e indicadora de qualidade empresarial. Propaga a idéia do voluntariado *como expressão da existência cidadã, acessível a todos e a cada um, indispensável à resolução dos problemas de interesse comum* (Fernandes, 1997). Atribui, com isso, um sentido fundamental ao conjunto de iniciativas do Terceiro Setor, semelhante ao que se atribui ao mercado e ao Estado.
- . **Projeta uma visão integrada da vida pública** – a existência do Terceiro Setor enfatiza a complementaridade que existe entre as ações públicas e privadas. É composto por uma multiplicidade de indivíduos, grupos e instituições com intenções e valores próprios e diferenciados entre si, não sendo capaz, por isso, de regulamentar-se segundo normas de aceitação universal. Precisa do sistema legal, instituído e mantido pelo Estado, para delimitar as ações voluntárias consideradas legítimas. Direcionado para o objetivo coletivo, tem interesse que o

Estado seja o mais eficaz possível na execução de serviços públicos. A cobrança de ações do governo é um trabalho típico das Organizações Não Governamentais.

Segundo STENGEL, 2001, é preciso estar atento, principalmente em países em desenvolvimento, quando se fala em Terceiro Setor, pois existem variáveis de confusão. Muitos, se referem ao Terceiro Setor como uma pequena organização muito carente de recursos financeiros, nascida de uma demanda legítima da sociedade e que só trabalha com voluntários. Na verdade, pode-se estar falando de uma organização de alcance mundial, com grande penetração na mídia e forte poder de influência nas decisões governamentais, como, por exemplo, o Green Peace. Ou pode-se estar falando de uma fundação criada por uma grande empresa, mais para melhorar sua imagem junto à sociedade e cativar consumidores do que para efetivamente transformar uma realidade social precária, apresentando um lado obscuro não visto, até então, nas referências ao Terceiro Setor.

Ainda segundo STENGEL, outros conceitos associados ao Terceiro Setor dizem respeito a novas posturas que seriam exigidas das empresas consideradas modernas, tais como:

- responsabilidade empresarial;
- cidadania empresarial;
- filantropia empresarial e;
- Terceiro Setor.

Eles englobariam ações empresariais das mais diferentes formas, como projetos sociais junto à comunidade, políticas empresariais contra a discriminação no trabalho, controle de assédio sexual ou corrupção nas empresas, dentre outras. Na verdade, o que se percebe é que são velhas idéias que retornam como novas soluções milagrosas para os problemas sociais, porque empresas e associações de caridade sempre atuaram em projetos sociais. Fala-se muito em Terceiro Setor, pois se acredita que as organizações e movimentos sociais que o compõem podem solucionar os

problemas sociais com maior agilidade e eficiência do que o Estado. O autor sugere que tais organizações pratiquem:

- maior proximidade com o cidadão;
- maior agilidade e desburocratização;
- melhor utilização das verbas;
- desenvolvimento mais profundo da cidadania;
- valorização de soluções da própria comunidade;
- rompimento do assistencialismo;
- geração de emprego e renda;
- possibilidade de controle sobre o Estado.

De fato, o que se observa é que, muitas vezes, abordagens analíticas e prescritivas de reflexão sobre o Terceiro Setor se interpenetram, ou seja, o desejo de mudança social e as propostas de transformação das políticas públicas se mesclam à avaliação “fria” sobre o papel efetivo da esfera pública não-governamental no cenário brasileiro. Perde-se de vista o fato do setor ser extremamente heterôgeneo, podendo subsistir, em seu interior, desde práticas modernas de gestão pública e fomentadoras da cidadania até “modernizações conservadoras”, capazes de alterar mais o discurso do que as práticas assistencialistas, clientelistas e arcaicas de várias organizações e projetos sociais.

Além disso, deve-se entender que o espaço de modernização das políticas públicas é feito pelo embate político, econômico e simbólico entre diferentes correntes e grupos de interesses. Isso exige um entendimento mais preciso e uma visão mais incisiva acerca das possibilidades advindas do Terceiro Setor na condução de políticas sociais.

Essas organizações podem desempenhar diferentes papéis em sua relação com o Estado, com a sociedade e mesmo com as grandes empresas. Abaixo, encontram-se relacionadas algumas formas de ação desenvolvidas por essas organizações. Cabe destacar que elas não são excludentes:

- controle da execução de políticas públicas / difusão de valores;

- execução de políticas públicas;
- execução autônoma de projetos sociais;
- influência nos processos decisórios do Legislativo e Executivo.

Essas formas de ação muitas vezes vêm carregadas de mitos. É importante, para que se avance no entendimento da complexidade dessa organização, a compreensão de alguns deles.

O Terceiro Setor, traz um mito que acaba por relegar à sociedade civil a capacidade de se contrapor ao movimento de contração produtiva nos outros dois setores (Estado e iniciativa privada), eliminando seus impactos sobre o trabalho. No entanto, as ações no Terceiro Setor, bem como no espaço da chamada Economia Solidária, se dão sob diferentes tensões, rupturas e trajetórias. Por outro lado, discussões recentes têm destacado a capacidade de ações públicas não governamentais criarem oportunidades de (re)inserção em atividades profissionais – mesmo que não remuneradas – de muitos trabalhadores excluídos da dinâmica produtiva nos setores privado e público estatal.

O trabalho voluntário como substituto de mão-de-obra remunerada é também outro mito do Terceiro Setor demonstra que os principais problemas na utilização de trabalhadores voluntários, vivenciados pelas organizações que atuam no Terceiro Setor, não estão ligados intrinsecamente à remuneração e, sim, à pontualidade, avaliação de desempenho, qualificação para o trabalho e disponibilidade para o exercício das funções na organização.

Cabe destacar, ainda, que a opção pelo trabalho voluntário não é excludente de outras relações contratuais remuneradas praticadas pelas organizações do Terceiro Setor, como trabalho parcial, trabalho temporário ou mesmo integral. Alguns autores chegam a defender a adoção de voluntários apenas para alguns tipos de tarefas, geralmente de menor exigência quanto à formação técnico-profissional. Tudo isso denota a complexidade que as relações de trabalho adquirem no Terceiro Setor,

sobretudo por se remeterem a estratégias gerenciais diferenciadas em relação às tradicionalmente observadas no âmbito das empresas privadas e estatais.

Mais do que uma fórmula paliativa de solução dos problemas sociais, o Terceiro Setor é um novo mercado de trabalho. Nos Estados Unidos, as atividades comunitárias já empregam 9% da mão-de-obra e respondem por quase 7% do PIB, algo como 490 bilhões de dólares. Os números são igualmente surpreendentes em outros países. Na França, as ONGs já empregam 6% da mão-de-obra.

A realidade brasileira das Organizações Não Governamentais retratada pela ABONG - Associação Brasileira de Organizações Não Governamentais, publicada no seu catálogo das associadas, no ano de 2002, inicialmente define o seu perfil político, conforme a Carta de Princípios da Associação (ABONG, 2002):

- tradição de resistência ao autoritarismo;
- contribuição à consolidação de novos sujeitos políticos e movimentos sociais;
- busca de alternativas de desenvolvimento ambientalmente sustentáveis e socialmente justas;
- compromisso de luta contra a exclusão, a miséria e as desigualdades sociais;
- promoção de direitos, construção da cidadania e da defesa da ética na política para a consolidação da democracia.

A criação da ABONG, no ano de 1991, estava intimamente relacionada com a identificação de um interlocutor nacional que pudesse dialogar com as entidades internacionais, em um movimento mais global de tornar pública a presença das ONGs e o seu papel na defesa de princípios e valores universais. Com isso, passou o tempo da clandestinidade, em que as ONGs não tinham face pública porque buscavam se viabilizar por outros autores sociais, principalmente os movimentos sociais: os sindicatos, os movimentos populares e as comunidades eclesiais de base.

Independente de todos esses movimentos sociais, cuja ação coletiva e integrada está em pleno debate, o presente estudo enfoca em especial a ação voluntária individualizada. Assim, pode-se afirmá-lo, hipoteticamente, que o trabalho voluntário surge como uma das possibilidades, dentre muitas, para os idosos de se manterem ativos, física e intelectualmente motivados, participantes e de para transmitirem as experiências e habilidades acumuladas à comunidade. Como resultado, além de poder melhorar a auto-estima, esse trabalho espontâneo ajuda a qualificar o tempo da velhice para que não seja encarado como um pesado encargo e, sim, como uma possibilidade de transformação que represente uma forma de (re)inserção do idoso no espaço público.

Na análise das organizações associadas (248, sendo 21% no Estado de São Paulo), realizada através de pesquisa feita junto às associadas durante os meses de agosto e novembro de 2001, o tema Terceira Idade não figurou na lista das vinte principais áreas temáticas de atuação das organizações. Solicitou-se a cada organização que respondesse um questionário sobre as três principais áreas temáticas de seu trabalho. A Educação foi o tema prioritário nos resultados dessa pesquisa, mantendo a liderança alcançada também na pesquisa realizada no ano de 1998, pela ABONG (ABONG, 2002).

Porém, ao serem questionadas sobre quais seriam os principais beneficiários de suas atividades, quase dois terços das respostas recaíram sobre as “organizações populares/movimentos sociais”, com 61,73% das respostas obtidas. Nesses resultados foi que a Terceira Idade, timidamente, com 3,06%, despontou como um beneficiário das ações das associadas (ABONG, 2002).

Para haver uma transformação da política e da sociedade, é preciso haver desenvolvimento da consciência crítica e da cidadania, além de organização coletiva. Entre as associadas, esse vínculo é muito claro. Diante da pergunta relativa à perspectiva que orienta o trabalho desenvolvido junto

ao público beneficiário, 68,37% das ONGs responderam “desenvolver a consciência crítica/cidadania”.

Enquanto a maior parte apresentou a preocupação quanto a esse tema, menos de 10% apontou “solucionar problemas imediatos” como propulsor de sua ação, o que indica uma preocupação muito maior em combater as causas dos problemas do que apenas os efeitos. Essa idéia foi reforçada ao se compararem os dados obtidos com aqueles de 1998. Nesse ano, enquanto “solucionar problemas imediatos” aparecia como uma das perspectivas de trabalho para 37,22 % das ONGs, “desenvolver a consciência crítica/cidadania” ficava com apenas 11,11%. Em 2001, a situação se inverteu, o que indica que as associadas passaram a acreditar que não há possibilidade de solução de problemas sem o desenvolvimento de uma consciência cidadã (ABONG, 2002).

As organizações trabalharam com um orçamento nominal de cerca de 156,8 milhões de reais em 2001. O maior aporte de recursos veio da cooperação internacional, responsável por 50,61% do orçamento da rede. A grande novidade foi o crescimento do aporte de recursos dos órgãos governamentais nas três esferas federativas que, entre 1993 e 2000, passou a representar de 3,2% a 18,46% do orçamento total da rede de associadas (ABONG, 2002).

O fato de organizações não governamentais terem acesso recursos a públicos para desenvolver projetos de interesse da sociedade não as coloca na posição de “oficiais” ou “neogovernamentais”. Essa confusão decorre de um dos equívocos mais comuns que a ABONG vem apontando ao longo de sua existência: a confusão entre o público e o estatal. Segundo o secretário-executivo, Sr. Jorge Durão: “(...) o público não se reduz ao estatal. Num país como o nosso, nada mais justo do que políticas distributivas orientadas para favorecer segmentos excluídos e marginalizados da população. As políticas direcionadas para esses setores são sociais e públicas” (ABONG, 2002).

Questionadas sobre se trabalhavam ou não com voluntários, 62,76% das associadas responderam afirmativamente, o que representa um

crescimento superior à 100% em relação ao dado de 1998 (30%)¹ (ABONG, 2002).

Isso denota uma preocupação por parte das ONGs de integrarem o voluntariado à sua missão de desenvolver a consciência crítica e a cidadania, formando novos quadros e lideranças políticas, em contraposição à idéia do voluntário como uma simples mão-de-obra. O trabalho voluntário é prestado de forma regular em 62,76% dos casos. Em 69,92% das ONGs, os voluntários desenvolvem atividades programáticas de natureza técnica e especializada. Quando atuam em atividades administrativas e/ou gerenciais, predominam as funções não técnicas (30,08%). Mais da metade das ONGs (52,03%) envolve até dez voluntários em suas equipes, e a forma de utilização desse tipo de trabalho é a forma Regular, representando 66,67% contra 43,90% da forma Esporádica (ABONG, 2002).

A principal atividade desenvolvida pelos voluntários nas ONGs mostrou-se relacionada com as áreas administrativas e/ou gerenciais (35%) e programáticas (86%). As organizações também foram questionadas quanto à existência ou não de políticas específicas em relação ao voluntariado, sendo que 33,33% desenvolveram ações no sentido de “atrair voluntários”; 46,34%, “gerenciar voluntários”, e 53,66%, “capacitar/conscientizar/politizar voluntários”. Na intenção de ampliar a rede voluntária inserida nas associações, dentre as estratégias adotadas por elas, para a superação de dificuldades está o aumento do número de voluntários (ABONG, 2002).

¹ - A militância é uma prática comum no âmbito das ONGs. O fato de, na pesquisa de 2001, mais de 60% das ONGs terem afirmado utilizar trabalho voluntário pode ser um reflexo da campanha realizada pela Organização das Nações Unidas em torno do Ano Internacional do Voluntariado no mesmo ano. A questão ocupou a mídia de todo o país e, a partir daí, pode-se supor que tenha havido, entre as filiadas, a associação da prática de seus ativistas com a idéia do voluntariado.

As informações sobre o voluntariado nessa pesquisa não foram estratificadas por idade. Mas a intenção deste estudo, ao trazer os números anteriormente citados, prende-se ao fato do amplo espaço ainda não ocupado nesse tipo de voluntariado, rico de experiências e de aprendizado não só para o público jovem e adulto voluntários, mas também para o idoso que se dedica a essa atividade.

Segundo a própria ABONG, o aumento do volume de trabalho é um desafio para 67,35% das associadas. O aumento da demanda está relacionado tanto com o aumento da visibilidade das ONGs quanto com as dificuldades em manter equipes permanentes de trabalho em virtude dos problemas financeiros (ABONG, 2002).

As Organizações Não Governamentais também participaram de conselhos nas esferas municipal, estadual e federal. Porém, em nenhuma dessas esferas, segundo as referências das associadas nessa pesquisa, as ONGs estiveram presentes em conselhos ligados à temática do idoso.

Descobre-se o longo caminho a ser percorrido pela sociedade brasileira para avançar ao encontro de suas expectativas, particularmente no que se refere ao idoso. Faz-se necessário divulgar o conceito de voluntariado, trazendo-o não só para o campo individual, mas trabalhando-o como um elemento catalisador de mudanças em cenários engessados pela questão social.

Finalmente, a responsabilidade não está apenas no compromisso de quem regula as relações, mas também na família e na sociedade, fontes provedoras permanentes de soluções para os problemas em sua comunidade.

Moldar uma "cultura cidadã" independente de toda questão de idade, gênero, raça, educação, estado de saúde e outras questões, é uma das mais relevantes propostas do trabalho voluntário.

Ao se pensar em cidadania, Santos diz : "...a cidadania é constituída por diferentes tipos de direitos e instituições: é produto de histórias sociais

diferenciadas, protagonizadas por grupos sociais diferentes. Os direitos cívicos correspondem ao primeiro momento de desenvolvimento da cidadania; são os mais universais em termos da base social, que atingem e apóiam-se nas instituições do direito moderno e do sistema judicial que o aplica. Os direitos políticos são os mais tardios e de universalização mais difícil e traduzem-se institucionalmente nos parlamentos, nos sistemas eleitorais e nos sistemas políticos em geral. Por último, os direitos sociais só se desenvolvem no nosso século e, com plenitude, depois da Segunda Guerra Mundial; têm como referência social as classes trabalhadoras e são aplicados através de múltiplas instituições que, no conjunto, constituem o Estado Previdência” (SANTOS, 1997).

Considerações feitas no I Congresso Brasileiro do Voluntariado, 2001, enfatizaram a ausência do povo brasileiro na ação voluntária:

“... o brasileiro normalmente tem seu espírito de solidariedade despertado em ocasiões especiais: campanhas natalinas, doações incentivadas pela mídia, utilizando figuras notórias do público televisivo e campanhas filantrópicas pontuais. Passado o período de campanha, em geral, os temas e as necessidades são esquecidos e o brasileiro vive muito distante do exame das obrigações sociais referentes ao trabalho voluntário, e isto o diferencia muito em comportamento em relação a países mais avançados”.

Segundo a colaboradora do Núcleo de Estudos Avançados do Terceiro Setor – NEATS, Marly CAVALCANTI, 2002, o trabalho voluntário da população brasileira é diretamente modificado pelas suas condições econômicas de vida e pelo período de recessão econômica que, salvo por alguns anos isolados, já perdura há duas décadas na América Latina. A precariedade e a instabilidade afetam o trabalho voluntário. Outro aspecto importante é a falta de um aprendizado social de ação voluntária.

Segundo Pesquisa Datafolha, publicada em 28 de outubro de 2001, na Folha de São Paulo, as pessoas não sabem como ajudar; desempenham trabalhos na comunidade sem identificar a ajuda como voluntariado e associam o trabalho voluntário à filiação a alguma entidade (Folha de São Paulo, 2001). Os dados apresentados são significativos: 83% acham o trabalho voluntário importante, mas 73% nunca fizeram nada e 21% não

estão “nada dispostos” a participar, pois não se sentem parte da “sociedade” (DATAFOLHA, 2001).

Estados membros da União Européia, com vistas a estimular a participação dos cidadãos de mais idade na vida cívica da comunidade local, da região ou país, contam com conselhos ou grupos consultivos compostos de pessoas de certa idade (WALKER e NAEGELE, 1999) e há casos, como ocorre na Dinamarca e Suécia, em que tais organizações têm responsabilidades legais e podem exercer uma real influência na tomada de decisões.

Sem dúvida, tais entidades têm servido para catalisar a participação política de gente de certa idade e poderiam ser reforçadas na aplicação de uma ampla estratégia favorável ao envelhecimento ativo. As pessoas de idade desempenham papéis-chave na qualidade de voluntários em muitas associações e grupos de ajuda mútua.

Em 1996, os resultados da pesquisa realizada por Eurobarometer (empresa européia voltada para estudos sobre a população) indicaram que 13% das pessoas que com sessenta anos ou mais de idade eram membros de associações de voluntários, dedicados a proporcionar assistência ou ajuda gratuita ao próximo. O texto da Declaração sobre o Envelhecimento, aprovada em 1996 pela Organização Mundial de Saúde, em Brasília, enfatizou que as pessoas de idade em bom estado de saúde são um recurso valioso para suas famílias, sua comunidade e para a economia mundial.

Estudo recente de Machado, 2002, sobre o idoso e as instâncias representativas da categoria e a perspectiva de um novo movimento social no Brasil, trouxe para este trabalho complementação quanto ao entendimento da baixa participação do idoso no voluntariado.

Segundo a autora, no momento da pesquisa, o idoso encontrava-se distanciado até da luta pelos seus direitos, impelido pela precariedade em que a maioria dos idosos se encontrava.

Perguntava-se onde estava aquele grupo de idosos que participou do processo de elaboração da nova Constituição, mantendo-se sempre um grupo significativo deles em Brasília e que pressionou os constituintes com tanta força na defesa de suas reivindicações? Foram, junto com os índios, os segmentos que mais se fizeram representar. Assim, idosos, grupos de profissionais e entidades ligadas às lutas pela melhoria das condições de vida dos velhos, conseguiram ver explícitos na Constituição Federal os seus direitos, no artigo 230, o qual daria as bases para a promulgação da Política Nacional do Idoso (MACHADO, 2002).

A autora ainda defende que a ação social e política da população idosa poderia ser mais profícua e conseqüente, se todas essas forças sociais (Conselhos de Idosos, Associações, Grupos voltados à Terceira Idade) se juntassem e empreendessem uma luta para além dos limites da previdência ou mesmo na busca de sua identidade. Para eles, essa ação é a possibilidade de estabelecer o conflito, o dissenso, capaz de dar visibilidade às suas demandas e criar uma arena de negociações com o Estado para a discussão de suas pautas de luta.

Segundo estudo de outro autor, BOARETTO, 2000, sobre o processo de participação dos idosos no Município de São Paulo, no período de 1993 a 1998, e a atuação desses grupos nos fóruns de participação da administração municipal, tem-se: "...os idosos que durante sua vida tiveram participação em algum tipo de movimento social ou grupo, mantiveram essa mesma forma de participação ao chegar à Terceira Idade" (BOARETTO, 2000).

É semelhante em relação ao voluntariado. Vários autores encontraram, nos idosos voluntários de hoje, uma estória anterior na juventude e/ou na vida adulta voltada para as atividades voluntárias.

Contudo, as mudanças não se dão no padrão de vida dos idosos. Ocorrem, antes, no âmbito da cultura, na forma como essa fase da vida é encarada, na subjetividade dos indivíduos, possibilitando a construção de uma outra identidade para o velho e um outro estatuto para a velhice. As

mudanças não eliminam as dificuldades e sofrimentos que são impostos a todos aqueles que são velhos e pobres, mas têm permitido que mesmo os mais pobres experimentem um outro jeito de viver a velhice. Apresentam-se mais ativos, participantes e capazes de lutar pela garantia de direitos e também pela mudança na forma como a sociedade vê a velhice. Reivindicam um novo *status* para a velhice que compreenda o desempenho de papéis sociais até há pouco negados aos velhos.

A associação do voluntariado com a religião fez-se presente em estudo realizado por DAL RIO, no ano de 2001, na cidade de São Paulo, ao buscar entender as razões que levaram o aposentado a se dedicar ao trabalho voluntário. O tempo do pós-trabalho, caracterizado pelos depoentes como uma nova etapa, uma continuação, outra fase da vida amadurecida, passou a ser dedicado, em parte, ao trabalho voluntário, às atividades comunitárias voltadas para ajudar o próximo. Por outro lado, comenta a autora, essa decisão, segundo os entrevistados, foi tomada para atender a valores religiosos, a necessidades pessoais de crescimento (DAL RIO, 2001).

Ainda, quando se solicitou aos elementos do grupo pesquisado que tentassem definir o trabalho voluntário, percebeu-se que as definições elaboradas pela maioria foram coincidentes com a de CORRULLÓN (s/d), isto é, *um agir que parte de um impulso emocional* e que os entrevistados traduziram por: doação, ajuda, aprendizado, partilha, identificação.

Além disso, para a maioria dos depoentes, o voluntariado proporciona prazer, gratificação, realização, troca, reconhecimento social, o que alimenta a auto-estima e redonda em crescimento e projeções pessoais (DAL RIO, 2001).

Estudo solicitado pelo Programa Voluntários, do Conselho Comunidade Solidária, ao Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas – SEBRAE, no ano de 1999 (publicado em 2000), demonstrou que, em ambas as amostras (foram selecionadas duas amostras para esse estudo, cada uma com trezentas empresas), os empresários - clientes do

SEBRAE (a maioria voltadas para o Setor de Serviços – 40%, seguidas pelo Setor de Comércio – 36%) apresentaram atuação marcante na doação de insumos (dinheiro ou materiais), com 75 e 61 pontos percentuais do total, respectivamente, demonstrando o movimento do voluntariado mais voltado às ações realizadas à distância. A prioridade das empresas que responderam que atuavam em programas de interesse social foi absoluta para o público de crianças e adolescentes (em média 70%), com exceção da prioridade concedida ao programa voltado à Terceira Idade correspondendo a 25% (SEBRAE, 2000).

Apesar de não haver informações estratificadas por idade sobre a prática voluntária realizada na pesquisa acima citada, quer seja direta e/ou indiretamente, a intenção em comentar, neste estudo, algumas pesquisas sobre o voluntariado empresarial (principalmente as que foram realizadas na cidade de São Paulo e/ou na Região Sudeste) é a de fornecer o maior número de informações disponíveis que possam auxiliar na construção do voluntariado praticado atualmente pelo o idoso, bem como a de enumerar os programas pelos quais o idoso é beneficiado (programas de incentivo ao voluntariado empresarial voltados para a Terceira Idade) por apresentarem características muito semelhantes.

Na contramão dessa tendência do voluntariado associado a instituições religiosas, na pesquisa do SEBRAE, na atuação das empresas, que realizaram atividades de interesse social, destacaram-se a área de Educação e Saúde. Dentre as ações das empresas que fizeram parte do estudo do SEBRAE, sobressaiu-se o programa de incentivo aos funcionários aposentados na realização de trabalhos comunitários, com adesão de 21,2% e 19,9% nas amostras selecionadas. A relação da empresa com o idoso na comunidade não se encerra com a aposentadoria, como em muitas outras empresas, mas, sim, abre novos horizontes àqueles idosos interessados em disponibilizar o seu tempo nos programas sociais que a empresa oferece (SEBRAE, 2000).

Em outras pesquisas sobre o voluntariado empresarial, verificou-se que, de fato as áreas da Educação e Saúde são o eixo principal dos programas de incentivo ao voluntariado e não à Terceira Idade.

Afinal, são temas sempre em voga na mídia televisiva, eletrônica e impressa e os números apresentados corroboram essa linha de atuação, conforme comenta Ana Luiza Herzog em publicação recente, no Guia de Boa Cidadania Corporativa, da Revista Exame, no ano de 2002, a despeito da Educação brasileira: "Cerca de 39% dos alunos do ensino fundamental estão defasados, ou seja, em séries que não condizem com suas idades. Outros 12% dos matriculados de 1^a a 4^a série abandonaram a sala de aula. Para aqueles que permanecem, fica a sina de levar, em média, 12 anos para concluir os oito anos do ensino fundamental" (BLECKER, 2001).

Esses novos sujeitos sociais não expressam mais as demandas por classes sociais mas, e agora por meio de movimentos temáticos, deslocam o protagonismo das lutas sociais para a sociedade civil, tais como a participação popular, a participação social e a política como forma de tornar presente ao Estado e à sociedade civil as necessidades e os interesses de grupos sociais. Esses grupos com demandas específicas organizam-se em torno de suas reivindicações principais e passam a exigir a inclusão dos temas propostos por eles na agenda do Estado.

A população economicamente inativa e de idade avançada compreende muitas pessoas cuja participação está voltada para as atividades voluntárias. Apesar de não haver um estímulo contínuo, são atividades que contribuem para o seu próprio bem-estar e a satisfação de suas necessidades sociais.

As empresas americanas vêm adotando programas de preparação para a aposentadoria desde a década de 1950. No início, eram abordados tópicos relacionados com investimentos, promoção da saúde, utilização do tempo e algumas considerações familiares. Atualmente, tais programas são implementados de dois a cinco anos antes da aposentadoria e incluem conteúdos como educação, trabalho, produtividade e outros temas propostos

pelos próprios empregados. Os trabalhadores jovens também têm participado dos programas.

Outro exemplo: o Programa Voluntário para Idosos e Aposentados, conhecido no Reino Unido pela sigla RSVP - The Retired and Senior Volunteer Program, conta com mais de 480.000 voluntários dedicados a uma ampla gama de atividades, a qual compreende desde a jardinagem para os idosos sem forças suficientes para tal, ajuda a médicos generalistas até a assistência aos escolares que aprendem a ler, com a média de 4 horas por semana de voluntariado distribuídos em 65.000 organizações locais (RSPV, 2001).

Para aproveitar esses recursos humanos insuficientemente utilizados, todavia, é preciso adotar medidas de apoio a atividades voluntárias durante a velhice que valorizem o voluntariado em geral e que orientem as pessoas de idade no sentido delas participarem.

Primeiramente, é preciso mudar o estereótipo - tão arraigado nas mais diversas culturas - de que as pessoas de mais idade são improdutivas e que o isolamento e a reclusão fazem parte do envelhecer.

A sociedade deveria aceitar esse desafio e reconhecer que sua política em matéria de envelhecimento ativo deve envolver as seguintes áreas:

- emprego,
- saúde,
- proteção social,
- *solidariedade sem exclusões*,
- transporte público,
- educação.

É imprescindível que toda estratégia de envelhecimento ativo incorpore todas essas áreas, pois é preciso que todas possam se apoiar mutuamente.

Para se evitar o risco de que adquira vícios coercitivos (MOODY, 1993) uma estratégia de tal natureza deve cumprir as funções que permitam autorizar e facilitar a adoção de medidas e tomar em consideração fatores de idade, gênero, raça, cultura e outros elementos diferenciadores. A prática tradicional passa a ser enriquecida com os conceitos de participação e responsabilidade, trazendo um sentido transformador à ação voluntária, que passa a se preocupar tanto com os efeitos como com as causas do problema.

A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ, através da sua gerência de extensão, elaborou um programa de trabalho voluntário denominado *Programa de Valorização do Conhecimento do Idoso*. O programa é constituído por quatro projetos: *idosos cuidadores, idosos colaboradores, idosos em associações e idosos companheiros*. O programa propõe ao idoso o trabalho voluntário em instituições asilares, através da promoção de atividades culturais, físicas, artísticas e sociais de acordo com suas habilidades. Há, por parte dos voluntários e da Universidade, comprometimento e acompanhamento com as atividades desenvolvidas por ambos (FRIAS, apud VERAS, 1999).

Tomando Simone de Beauvoir, atual quanto ao tema relacionado com a velhice, porque não pensar no voluntariado também como um caminho, um tempo de (con)viver? Senão, veja-se:

“... eis aí por que a questão é amortalhada num silêncio premeditado. A velhice denuncia o fracasso de toda a nossa civilização. É o homem inteiro que é preciso refazer, são todas as relações entre os homens que é preciso recriar, se quisermos que a condição do velho seja aceitável. Um homem não deveria chegar ao fim da vida com as mãos vazias, e solitário. Se a cultura não fosse um saber inerte, adquirido de uma vez por todas e depois esquecido; se fosse prática e viva; se, através dela, o indivíduo tivesse sobre o seu meio um poder que se realizasse e se renovasse ao longo dos anos, em todas as idades ele seria um cidadão ativo, útil. Se não fosse atomizado desde a infância, fechado e isolado entre outros átomos, se participasse de uma vida coletiva, tão cotidiana e essencial quanto a sua própria vida, jamais conheceria o exílio” (BEAUVOIR, 1990).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar a população de 60 anos e mais, residente na área urbana do Município de São Paulo, e que presta algum tipo de serviço voluntário ou gratuito.

2.2 Objetivos específicos

Estudar o perfil dos idosos voluntários entrevistados e compará-los aos idosos não voluntários, no Município de São Paulo, no ano de 2000, através de:

- **dados pessoais**
Questões da Seção A

- **dados referentes às auto-avaliações dos entrevistados**
Questões das Seções C, D e F

- **dados sócio-econômicos**
Questões das Seções G e H

- **dados sobre moradia**
Questões da Seção J.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Critérios de seleção / definição de variáveis

Em 1998, a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS, coordenou o estudo multicêntrico sobre Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) em sete principais países da América Latina e Caribe: Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai (PAHO, 2000).

Dentre os estudos com base populacional, os inquéritos domiciliares vêm sendo utilizados há algum tempo como fonte de informação importante para o conhecimento da população nos mais variados aspectos (principalmente nos serviços de saúde), fornecendo subsídios ao planejamento de políticas e programas.

Neste estudo, trabalhou-se com uma amostra representativa da população residente no Município de São Paulo, com sessenta anos e mais, entrevistada no ano de 2000.

Os questionários foram aplicados por entrevistadores com nível universitário que receberam treinamento inicial para a realização das entrevistas, sendo acompanhados, avaliados e reciclados durante todo o período da pesquisa.

Segundo o último recenseamento realizado pela Fundação IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o tamanho da população de 60 anos e mais, no Município de São Paulo, em 1996, era igual a 836.223 habitantes, correspondendo a 8,1% do total da população.

Dessa população, a partir de uma amostra probabilística foram selecionadas para entrevista 2.230 pessoas de 60 anos e mais, residentes no Município de São Paulo, no ano de 2000.

Devido à baixa densidade da população considerada, as amostras obtidas para os grupos etários acima de 75 anos foram ampliadas e definidas taxas de amostragem diferentes daquelas calculadas para os demais grupos.

A Tabela 4 apresenta o número da população de idosos em cada estrato, descrevendo o procedimento de cálculos e a composição final da amostra de 2.230 idosos.

Tabela 4 - Cálculo das amostras segundo sexo e grupo etário

GRUPO	SEXO	POP.	F1	N1	N2	F2
60-64	MASC	119.066	0,0018	213,5	214	0,0018
65-69	MASC	95.938	0,0018	172,0	172	0,0018
70-74	MASC	64.834	0,0018	116,2	116	0,0018
75-79	MASC	36.112	0,0018	64,77	258*	0,0071
80 ou +	MASC	30.271	0,0018	54,29	273*	0,0090
60-64	FEM	150.884	0,0018	270,6	271	0,0018
65-69	FEM	127.926	0,0018	229,4	229	0,0018
70-74	FEM	92.614	0,0018	166,1	166	0,0018
75-79	FEM	57.641	0,0018	103,3	258	0,0045
80 ou +	FEM	60.937	0,0018	109,3	273	0,0045
Total		836.223		1.500	2.230	

Fonte: Banco de Dados - Projeto SABE, Brasil, 2000.
Critério proporcional ($n1 = 1.500/836.223 \cdot POP$)

Ampliação das amostras ($n2 = n1 \cdot 2,5$)

(*) Ajuste para compensar sobremortalidade na população masculina ($n2 = n2$ calculado para o sexo masculino).

As amostras para a população do sexo masculino foram ajustadas para compensar o excesso de mortalidade em relação à população feminina.

A amostra de 2.230 idosos seria alcançada através de dois procedimentos. No primeiro, foram sorteados 5.882 domicílios esperando-se alcançar o total de 1.500 idosos calculados na primeira estimativa do tamanho da amostra.

Esse número foi determinado pelo cálculo da expressão $[d = (1500 * 10/3) * (0,85)^{-1}]$, onde 10/3 representa a razão três idosos para cada dez domicílios, e 0,85 é a taxa esperada de sucesso da operação de localização e acesso aos domicílios particulares permanentes sorteados.

No segundo procedimento, foram visitados todos os demais domicílios não sorteados, pertencentes à quadra daqueles sorteados, até completar o número de idosos dos grupos ampliados, definidos por n2 na tabela nº 1.

Se necessários, domicílios de quadras não sorteadas também poderiam ser visitados, até que os números finais de idosos nos grupos etários (75-79) e (80 ou +), para ambos os sexos, fossem aproximadamente iguais a 258 e 273 respectivamente.

Ao final do trabalho de campo, obteve-se a amostra final de 2.230 idosos com composição aproximadamente igual à apresentada na Tabela 5.

Tabela 5 - Amostra esperada de 2.230 idosos, pós-estratificada segundo grupo etário e sexo. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.

GRUPOS ETÁRIOS	Masculino		Feminino	
	N	f	N	f
60-64	214	0,0018	271	0,0018
65-69	172	0,0018	229	0,0018
70-74	116	0,0018	166	0,0018
75-79	258	0,0071	258	0,0045
80 ou +	273	0,0090	273	0,0045

Adotou-se o processo de amostragem por conglomerados em dois estágios. Setenta e dois setores censitários (unidade territorial criada para fins de controle cadastral), utilizados em pesquisa anterior, no ano de 1996, foram atualizados e tomados como a amostra de primeiro estágio. Essa amostra, estratificada segundo porcentagem de chefes de famílias com baixa escolaridade, foi sorteada da amostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 1995, composta por 263 setores censitários, sorteados mediante o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, é um sistema de pesquisas por amostra de domicílios que, por ter propósitos múltiplos, investiga diversas características socioeconômicas: umas de caráter permanente nas pesquisas, como as características gerais da população, educação, trabalho, rendimento e habitação; e outras com periodicidade variável, como as características sobre migração, fecundidade, saúde (IBGE, 2000).

A obtenção da fração de amostragem do primeiro estágio é igual a $f_1 = (72 \cdot D_i) / D$ calculada pela expressão $f_1 = [(263 \cdot D_i) / D] \cdot (72 / 263)$, onde D_i é o número de domicílios de cada setor (i), e D é o total de domicílios existentes no município de São Paulo no ano de 1991.

No segundo estágio, 82 ($5.882 / 72 = 81,69$) domicílios foram sorteados em cada setor censitário.

Aqueles com residentes de 60 anos e mais de ambos os sexos foram identificados, e todos os indivíduos considerados elegíveis segundo os objetivos da pesquisa foram entrevistados.

A fração de amostragem do segundo estágio é igual a $f_2 = 82 / D_i$ e a fração final de amostragem é determinada por $(f = f_1 \cdot f_2)$.

Considerou-se o número de domicílios existentes em 1998 para a atualização de cada setor censitário. As listagens dos novos endereços

foram obtidas na Fundação IBGE e o total de endereços de cada setor censitário foi dividido em segmentos.

Em cada setor, foram sorteados tantos segmentos quantos necessários para a composição da amostra de 82 endereços e a obtenção de aproximadamente 21 entrevistas.

Ao final da primeira fase do trabalho de campo, foram realizadas 1.512 entrevistas ($72 * 24 = 1512$), decorrentes do processo de sorteio de domicílios. As entrevistas dos grupos ampliados ocorreram, após a verificação da composição da amostra alcançada e do número necessário para completar o tamanho dos grupos ampliados.

No segundo estágio, 82 ($5.882/72= 81,69$) domicílios foram sorteados em cada setor censitário. Aqueles com residentes de 60 anos e mais de ambos os sexos foram identificados, e todos os indivíduos considerados elegíveis segundo os objetivos da pesquisa foram entrevistados. A fração de amostragem do segundo estágio é igual a $f_2 = 82/D_1$ e a fração final de amostragem é determinada por $(f = f_1 * f_2)$.

A amostra prevista foi de 2.230 idosos, tendo sido realizadas 2.143 entrevistas, com perda de 87 delas (3,9%) por recusa.

Os participantes foram entrevistados através de questionário estruturado (Anexo 1), e as questões previamente validadas, divididas em onze blocos temáticos, a saber:

- Seção A – Informações Pessoais
- Seção B – Avaliação Cognitiva
- Seção C – Estado de Saúde
- Seção D – Estado Funcional (AVD/AIVD)
- Seção E – Medicamentos
- Seção F – Uso e Acesso a Serviços
- Seção G – Rede de Apoio Familiar e Social

- Seção H – História de Trabalho e Fontes de Receita
- Seção J – Características da Moradia
- Seção K – Antropometria
- Seção L – Flexibilidade e Mobilidade

Inicialmente, cabe uma explanação sobre o bloco temático que originou o tema deste estudo - o Voluntariado entre Idosos - para melhor compreensão da análise a seguir.

Dos 11 blocos temáticos que compõem o inquérito domiciliar do Projeto SABE (Anexo 1), somente um - a Seção G – Rede de Apoio Familiar e Social - questiona a participação voluntária do idoso na sua comunidade, formulada diretamente na questão G.55, pág. 73, e os vários tipos de organizações comunitárias onde ocorreram essas ações. A questão G.56, pág. 73, caracterizou essas ações por tipo de ajuda.

O voluntariado realizado através de doações, tais como dinheiro, comida e roupa, foi classificado neste estudo como o voluntariado praticado na forma de doações; aqueles que exigiram do idoso algum tipo de envolvimento direto no voluntariado, foram classificados como prestação de serviços, a saber: administração do programa, transporte, ajuda com ensino, ajuda nas oficinas e outros.

Para fins de estudo, definiram-se, então, dois tipos de participação voluntária: a Participação Indireta - praticada na forma de doações (dinheiro, comida e roupa) - e a Participação Direta - que envolveu algum tipo de prestação de serviços (administração do programa, transporte, ajuda com ensino, ajuda nas oficinas e outro). O idoso que não praticou nenhuma ação (direta e/ou indiretamente) foi observado na variável - Não Participou. Esse universo participou do estudo devido à sua representatividade numérica, utilizando-se as mesmas variáveis selecionadas para o universo acima citado, o que permitiu um instantâneo do grupo entrevistado como um todo.

Inicialmente, analisaram-se as características gerais dos idosos entrevistados (variáveis selecionadas dos blocos temáticos), independente de sua prática voluntária.

Foram selecionadas algumas questões dos blocos temáticos que forneceram variáveis conceitualmente importantes para a caracterização da população selecionada, abaixo relacionadas e disponíveis no Anexo 1.

- **Seção A – Informações pessoais**

Idade (A1b), Nacionalidade (A 2), Vida no campo (A 4b), Sabe ler e escrever um recado (A 5a), Grau de Instrução (A 6), Vive só ou acompanhado (A 7), Religião (A 11a), Raça (A 12), Estado Civil (A13a), Número de filhos (A 18).

- **Seção C – Estado de saúde**

Auto-avaliação sobre o estado de saúde (C 1).

- **Seção D – Estado funcional (AVD/AIVD)**

Atividades da Vida Diária (AVD);

Atividades Instrumentadas da Vida Diária (AIVD).

- **Seção F – Uso e acesso a serviços**

Tipo de seguro de saúde (F.1).

- **Seção G – Rede de apoio familiar e social**

Chefe de Domicílio (G 1), N.º de pessoas que compõem a família (G 2), Presta algum tipo de trabalho voluntário (G 55) Tipo de serviço voluntário prestado (G 56).

- **Seção H – História de trabalho e fontes de receita**

Idade em que começou a trabalhar (H4), Idade em que deixou de trabalhar (H7), Principal razão pela qual trabalha (H8), Trabalha atualmente (H21), Principal razão pela qual trabalha (H22), Recebe Receita (H26), Quanto recebe de receita (H27), Quantas pessoas

dependem dos seus ganhos (H28), Considera que tem dinheiro suficiente (H30).

- **Seção J – Características da moradia**

Tipo de Moradia

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos idosos entrevistados variou entre 60 e 100 anos, com média de 69,4 anos, mediana de 68 anos e desvio padrão (dp) de 7,4 anos. Embora o Brasil esteja entre os países com envelhecimento rápido, a idade mediana entre os idosos ainda não é tão alta quanto em outros países, como os que compuseram o estudo multicêntrico que é a base de dados deste trabalho. Assim, somente a cidade do México apresentou idade mediana menor do que o Município de São Paulo (63 anos).

Tabela 6 – Distribuição percentual dos idosos entrevistados, segundo sexo e idade, residentes no Município de São Paulo, 2000.

Idade	Sexo		Total
	Feminino %	Masculino %	
60 - 74	57,0	43,0	100,0
	75,8	80,8	77,9
75 e +	64,1	35,9	100,0
	24,2	19,2	22,1
Total	58,6	41,4	100,0
	100,0	100,0	

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Entretanto, quando se refere às proporções de pessoas com idade de 60 a 74 anos, nem mesmo o México mostrou valor tão alto quanto São Paulo, que possui 77,9% do total (Tabela 6), sendo apenas 22% com 75 anos e mais, contra 75,9% e 24,1%, respectivamente, na capital do México.

O resultado encontrado por esta pesquisa para o Município de São Paulo é semelhante aos dados apontados pelo Censo de 2000, para essa mesma localidade, com 75,4 e 24,6%, nos dois estratos etários (FUNDAÇÃO IBGE, Censo Demográfico, 2000).

Como se vê em quase todas as populações, a velhice é feminina, o que ocorre também, em São Paulo. Da população total entrevistada, 57% eram mulheres e, dentre elas, 75,8% tinham de 60 a 74 anos e 24,2% de 75 anos e mais. Da população masculina, 80,8% tinham de 60 a 74 anos e 19,2%, 75 anos e mais.

Ao classificar essa população nas três faixas etárias citadas por Veras, em 1994, pode-se observar maior concentração no estrato etário de pessoas com idades não tão avançadas, os “jovens idosos” - de 60 a 69 anos – com 59%; os “meio idosos” - aqueles entre 70 a 79 anos - com 30%; a faixa de “idosos velhos” - com 80 anos e mais - com 11% (VERAS, 1994).

Tabela 7 – Índice de feminilidade, segundo grupos de idade, das idosas residentes no Município de São Paulo, 2000.

Idade	Índice
60 – 74	1,33
75 e +	1,79
Total	1,42

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Essa supremacia das mulheres nas populações mais idosas acentua-se à medida que as idades avançam. Assim, o índice de feminilidade em São Paulo foi de 142 no total dos entrevistados, sendo 133 entre 60 e 74 anos e 179 entre 75 e mais anos. Para efeito de comparação, podem-se referir os valores encontrados no SABE: 192 em Santiago do Chile e 176 em Montevideú (Tabela 7).

O fato da mortalidade masculina ser maior que a feminina na maioria dos estratos etários (principalmente nos mais jovens) é um dos fatores determinantes que colaboram para o aumento do percentual das mulheres.

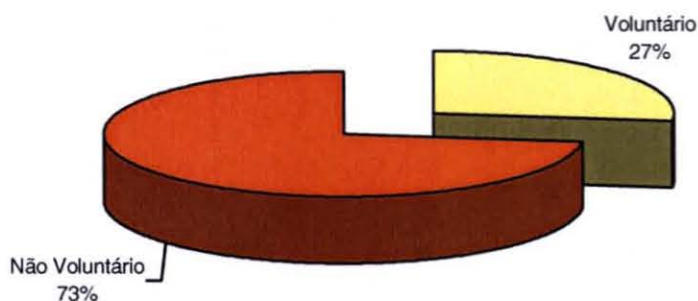
A vantagem numérica masculina observada ao nascer (nascem mais homens que mulheres) sofre interferências ao longo da vida, como, por

exemplo, a mortalidade por causas externas, e vai desaparecendo com o passar do tempo (CAMARGO, 2002).

Dentre as idosas entrevistadas, a idade variou entre 60 e 97 anos, com média de 69,7 anos, mediana de 68 anos e desvio padrão (dp) de 7,6 anos. Na população masculina da amostra, a idade variou entre 60 e 100 anos, com média de 68,9 anos, mediana de 67 anos e desvio padrão (dp) 7,1 anos. Um maior percentual de mulheres com idades mais avançadas do que os homens também foi observado em estudo realizado pelo Sistema Estadual de Análises de Dados – SEADE - sobre a População Idosa e o Apoio Familiar, no Município de São Paulo, no ano de 1991 (FUNDAÇÃO SEADE, 1991).

A participação voluntária entre os idosos no Município de São Paulo foi da ordem de 27%, conforme Gráfico 1, abaixo:

Gráfico 1 - Participação voluntária entre os idosos. Município de São Paulo.



As doações em insumos (alimentação, roupa e dinheiro) representaram o tipo mais freqüente de ajuda realizada pelos os idosos, com 22,6%. Caracterizam, assim, uma maciça *participação indireta* do idoso no voluntariado, pois apenas 4,4% dos idosos estiveram envolvidos com algum tipo de prestação de serviços (administração do programa, transporte, ajuda com ensino, ajuda nas oficinas e outro), isto é, praticaram a ação voluntária através de uma *participação direta* na comunidade.

A idade desses idosos variou entre 60 e 97 anos, com média de 68,16 anos, mediana de 67 anos e desvio padrão (dp) de 6,5 anos. A maior parte dos idosos, tanto os voluntários como os que não praticaram atividades voluntárias, encontrava-se no estrato etário entre 60 a 74 anos, com 82,5 e 76,2%, respectivamente.

A maior média de idade encontrada entre os idosos voluntários foi no grupo dos que viviam sós, com 70,80 anos. Essa média foi somente superada apenas pelos idosos que viviam sozinhos na variável *não participou* de atividades voluntárias, com a idade média de 72 anos, seguidos pelos idosos que viveram no campo por cinco anos e mais até os quinze anos, e os idosos chefes do domicílio, com idades médias de 69 e 68 anos.

O voluntariado entre os idosos na cidade de São Paulo apresentou-se na forma feminina, pois 61,4% (2% do total de brasileiras idosas, residentes na área urbana) eram mulheres e 38,5%, homens (1,7% do total de brasileiros idosos, residentes na área urbana).

No Projeto SABE, a religião era praticada por fiéis de quase todos os credos. Todavia, no Brasil, a Igreja Católica possui um grande número de devotos, dado expresso na Tabela 8.

Tabela 8- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo a religião. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.

Religião	%
Católica	71
Evangélica	18
Judaica	0,1
Outra	8,3
Nenhuma	2,4
Total	100

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Entretanto, essa distribuição percentual apresentou variações quando observada dentro da população idosa voluntária. Os evangélicos obtiveram, então, maior representatividade, com 28%.

Os idosos católicos, independente do tipo de participação (*direta* ou *indireta*), foram os mais atuantes no voluntariado (60,5%).

Quanto à distribuição racial, os idosos declararam-se brancos (70%), mulatos (13%), mestiços (8%), negros e asiáticos (4%) e outros (1%), (Tabela 9).

Tabela 9- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo a raça. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.

Raça	%
Branco	70
Mulato	13
Mestiço	8
Negro	4
Asiático	4
Outros	1
Total	100

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Dentre as raças, os brancos estão mais envolvidos com o voluntariado e, com maior intensidade, na forma indireta, ou seja, na prestação de serviços, com 62,3%; o mulato apresentou maior percentagem que o mestiço nesse tipo de participação (10,1%/6,8%). Também na forma direta a raça branca agiu de forma mais intensa, sendo 4,5 vezes mais atuante do que as outras raças.

Em algum momento da sua vida, 95% dos idosos entrevistados vivenciaram um casamento ou uma união. Pouco mais da metade dos

idosos declararam-se casados (57,5%), 29,5% declararam-se viúvos, 8,5%, divorciados/separados; 5%, solteiros. (Tabela 10)

Tabela 10- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo o estado civil. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.

Estado Civil	%
Casados	57
Viúvos	29,5
Divorciados	8,5
Separados	
Solteiros	5
Total	100

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Praticamente, 89% dos idosos permaneceram com uma união no decorrer de suas vidas e 11% tiveram duas ou mais uniões.

Quanto à atenção junto ao voluntariado, o idoso casado representou a parcela mais envolvida em ações voluntárias, participando indiretamente (doações), e também constituiu o grupo dominante dos que estão distanciados do voluntariado, na variável *não participou*. A figura do viúvo, dentre os voluntários, foi marcante na *participação direta* (prestação de serviços); porém, percentualmente, representou um grupo menor quando comparada aos idosos viúvos que não realizaram nenhuma atividade voluntária (27%/30%).

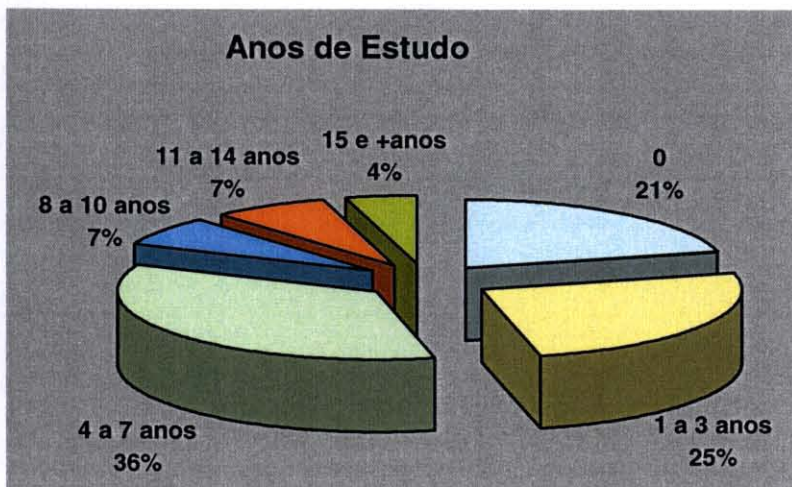
O idoso divorciado/separado foi o que menos participou de atividades voluntárias quando comparado ao idoso solteiro; ambos contribuíram com maior intensidade de forma direta (prestação de serviços) junto ao voluntariado.

Quanto à nacionalidade, a maioria dos idosos residentes em São Paulo era composta por brasileiros (91%). Dentre os idosos estrangeiros, os portugueses representaram a maior comunidade com 41%, os japoneses e italianos com 16% seguidos pelos espanhóis com 9% e o restante (18%) distribuiu-se entre outras nacionalidades. Destacaram-se os voluntários portugueses (35%), vindo em segundo lugar a comunidade japonesa, mais envolvida com o voluntariado que os italianos (27%/12,3%).

O idoso brasileiro é mais solidário que o estrangeiro (participando de forma indireta, independente do estrato etário), embora ainda não esteja arraigado em nossa cultura o hábito do voluntariado, muito difundido e praticado há muito mais tempo nos países europeus e orientais (colônias expressivas na cidade de São Paulo).

Na análise dos dados coletados no inquérito domiciliar junto aos idosos, verificou-se uma porcentagem importante de idosos analfabetos (21%) e um baixo nível de escolaridade daqueles que estudaram (Gráfico 2).

Gráfico 2- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo anos de estudo. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.
Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.



O analfabetismo é bastante elevado (21%) e a maioria dos idosos (34,9%) freqüentou a escola de um a quatro anos de estudo (cursos da 1ª à

4^a série do ensino fundamental). Só um pequeno percentual dos idosos entrevistados alcançou o nível superior (1,2%), demonstrando que há um longo caminho a ser percorrido para a mudança efetiva da qualidade de vida dos idosos brasileiros, pois a pobreza está fortemente associada ao seu baixo nível educacional. Em 1996, aproximadamente 41% das mulheres idosas e 37% dos homens eram analfabetos. As diferenças entre os idosos do sexo feminino e do sexo masculino sugerem, por outro lado, a discriminação motivada por sexo havida nas oportunidades educacionais e que já vem sendo superada (CAMARANO *et al.*, 1999).

Dentre os idosos voluntários do Projeto SABE, mais da metade (56,4%), possui de um a quatro anos de estudo (4^a série do nível fundamental). Para a mesma faixa de escolaridade, o idoso que *não participou* de nenhuma atividade voluntária, no último ano anterior à entrevista, apresentou um nível de escolaridade abaixo daquele do idoso voluntário (55,5%).

Segundo a PNAD, 1999, o nível educacional atual dos idosos é resultado das políticas de educação prevalentes nas décadas de 30 e 40, quando o acesso à escola era ainda bastante restrito. A média do número dos anos de estudo declarados é muito baixa, em torno de 1,9 anos, tanto para homens quanto mulheres. (Síntese dos Indicadores Sociais, 2000)

Situação inversa apresentou-se na pesquisa intitulada Voluntariado e Terceira Idade, realizada pelo Serviço Social do Comércio – SESC, instituição de caráter privado. Foi publicada no ano de 2002 e constou de 1.108 questionários respondidos por pessoas com 55 anos e mais, os quais freqüentaram as unidades do SESC na cidade de São Paulo, unidades do interior e da grande São Paulo. Na análise dos resultados, o nível de escolaridade da maioria correspondeu a até oito anos de estudo (65%) e o contingente dos que estudaram até o primário (quatro anos de estudo) também apresentou uma porcentagem significativa, em torno de 40%. A pesquisa do SESC sobre o voluntariado não apontou, entre os idosos entrevistados, a condição de analfabetismo (SESC, p.9-46,2002).

Mais da metade dos pesquisados pelo SESC (51%) tem alguma relação com o trabalho voluntário. O maior contingente de participantes voluntários está entre os que fizeram primário e ginásio; porém, um pouco abaixo do grupo como um todo (62/65%).

É importante esclarecer que o SESC, através de suas 28 unidades espalhadas pela capital e interior do Estado, está voltado para o trabalhador no comércio e nos serviços e para seus familiares. Basicamente, é composto por pessoas que o freqüentaram de modo espontâneo e com tempo para as atividades oferecidas, as quais pressupõem um público com maior disponibilidade de tempo, minimamente com saúde e buscando uma melhor qualidade de vida.

Segundo os dados da Síntese de Indicadores Sociais - IBGE, 2000, viver sozinho é o caso de 11,5% dos idosos brasileiros. Dentre os participantes do Projeto SABE, 13% viviam sós e as principais razões apontadas por eles para já não morarem com alguém foram a viuvez (64,2%) e o casamento do filho ou da filha. A idade desses idosos variou entre 60 e 92 anos, com média de 70,80 anos, mediana de 70 anos e desvio-padrão (dp) de 7,3 anos. Quanto aos idosos voluntários, verificou-se um ligeiro aumento percentual de idosos solitários, comparativamente aos do Projeto SABE (14,43%). Esses idosos estiveram muito mais envolvidos em atividades voluntárias diretas do que aqueles acompanhados, voltados essencialmente para o voluntariado indireto (26,2/14,8%).

Quando o assunto é saúde, apenas 5% dos idosos entrevistados consideraram sua saúde "excelente" e 6%, "muito boa". O maior número de afirmações em relação à saúde recaiu sobre "regular" (44%), seguido pelo conceito de "boa" saúde (38%) e "má" saúde (7%) (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo a auto-avaliação do estado de saúde. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.

Auto-avaliação (Saúde)	%
Excelente	5
Muito Boa	6
Regular	44
Boa Saúde	38
Má Saúde	7
Total	100

Fonte: Projeto SABE, Brasil, 2000.

Independente do sexo do idoso, a auto-avaliação predominante em relação ao estado de saúde foi a “regular”, seguida pela “boa” saúde.

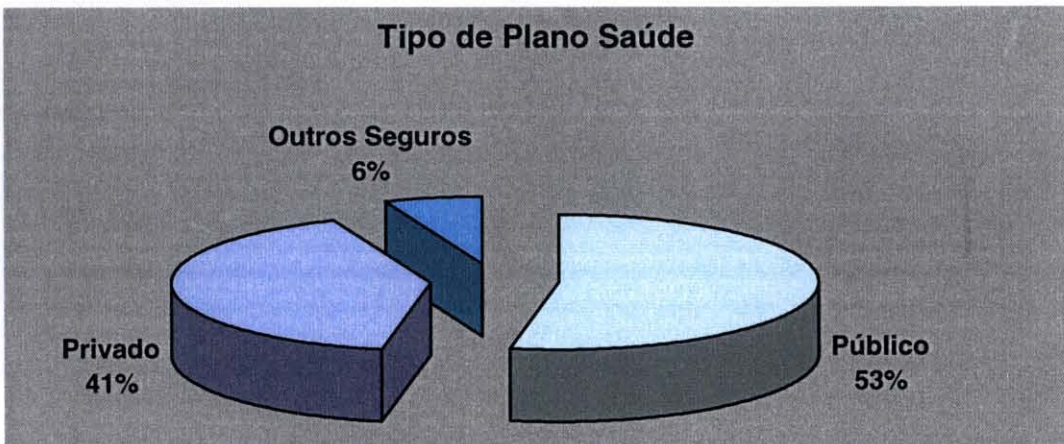
As idosas entrevistadas com “boa” saúde participaram com maior intensidade do voluntariado indireto (34%), seguidas por aquelas que se auto-analisaram com saúde “muito boa” e saúde “excelente”, ambos os casos com 32% de participação .

À semelhança das idosas, os idosos, em sua maioria, participaram de forma indireta junto ao serviço voluntário (prestação de serviços). Aqueles que se auto-analisaram com “boa saúde” são os mais envolvidos no voluntariado, seguidos, igualmente, pelos que se auto-analisaram em “excelente” e “muito boa” saúde.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais, a PNAD fez, em 1998, uma pesquisa suplementar em que se realizou um levantamento sobre a auto-avaliação do estado de saúde dos idosos. A grande maioria considerou o seu estado de saúde como “muito bom ou bom”, seis vezes mais que a referência feita pelo idoso do Projeto e “regular” (45,2%). Quando se analisam os dados sobre a auto-avaliação do estado de saúde dos idosos

levando em consideração a situação de renda, entre aqueles que estão nos 40% mais pobres da distribuição da renda nacional, apenas 30,8% declararam que seu estado de saúde é “bom ou muito bom” e só 5,1% possuíam plano de saúde. Para os que estão nos 10% mais ricos, o percentual atingiu mais de 60% dos idosos, sendo que 74,6% possuíam plano de saúde, o que mostra a associação entre renda e condição de saúde (Síntese de Indicadores Sociais, 2000).

Gráfico 3- Distribuição percentual dos idosos entrevistados segundo o tipo de plano de saúde. Município de São Paulo. Área urbana, 2000.



Quanto ao tipo de cobertura de saúde identificado pelo presente estudo, tem-se que mais da metade dos idosos (53%) declarou possuir seguro público; 41%, plano privado/seguro (35% plano privado e 6% seguro) e o restante (6%), outros seguros públicos.

O idoso que depende do seguro social é o que menos participa de atividades voluntárias (independente do sexo). Entretanto, à medida que ele envelhece, aumenta o seu distanciamento em relação ao voluntariado. Observou-se que os idosos que declararam possuir outro seguro público

e/ou seguro privado obtiveram maior representatividade no voluntariado em comparação com os demais.

Constatou-se que o “idoso jovem” que possui seguro/plano privado de saúde sofre, ao longo dos anos, a perda desse tipo de seguro. A hipótese mais provável para a perda é a insuficiência de rendimentos que possam manter esse tipo de plano de saúde. A lógica dominante dos preços desses seguros/planos privados baseia-se no envelhecimento. Quanto velho o idoso, maior é o preço cobrado chegando-se, muitas vezes, a valores impraticáveis para os idosos.

Quanto ao Estado Funcional, Seção D do inquérito domiciliar, foi avaliado o conjunto de capacidades necessárias à manutenção da independência para o autocuidado (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, higienizar-se, ir de um lugar para outro e andar). O conceito também é utilizado para designar os níveis mais altos de funções necessárias a uma vida independente, tais como fazer compras, usar transportes públicos, lidar com dinheiro, cozinhar e realizar trabalhos leves de limpeza da casa (Veras, 2002).

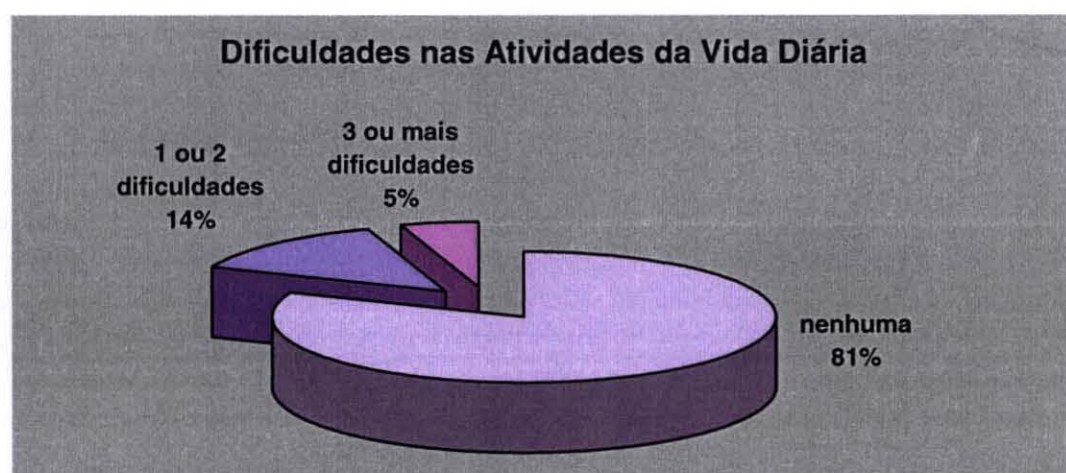
Em 1987, no Município de São Paulo, levou-se a cabo o primeiro levantamento domiciliar sobre a morbidade idosa. Procurou-se medir o grau de incapacidade dos idosos através da necessidade de ajuda, referida pelo entrevistado para realizar uma série de atividades da vida diária, ou AVD. De acordo com os resultados encontrados, 10% dos idosos residentes em domicílios particulares possuíam um grau de incapacidade que requeria cuidados pessoais em tempo integral (AVD=5+), enquanto que apenas 39% estavam livres (AVD = zero) de qualquer tipo de incapacidade. Observou-se ainda que, à medida que o idoso envelheceu, a distribuição do grau de incapacidade entre 3+ se acentuou. Em contrapartida, o idoso com AVD= 0 diminuiu seu grau de incapacidade ao longo da vida (RAMOS, 1987).

Em 1989, em estudo realizado pelo SEADE com os idosos residentes no Município de São Paulo, 53% dos idosos tinham autonomia total – não necessitavam de ajuda para nenhuma atividade. Em 29% dos casos, havia

leve perda de autonomia (necessidade de ajuda até três AVDs); em 11%, notou-se uma perda moderada de autonomia (de quatro a seis AVDs comprometidas) e, para 7% dos casos, havia perda severa de autonomia (pelo menos sete AVDs requeriam ajuda).

O presente estudo avaliou as Atividades da Vida Diária (AVD), obedecendo às seguintes parametrizações, expressas no Gráfico 4:

Gráfico 4 – Porcentagem, segundo Atividades da Vida Diária, de idosos residentes no Município de São Paulo, área urbana, 2000.



O idoso que não apresentou nenhuma dificuldade correspondeu a 81% da população de idosos entrevistados.

Da população entrevistada (19%), apresentaram de uma até três ou mais dificuldades na realização de suas atividades diárias (1-2 com 14%; 3 e + com 5%), necessitando de suporte parcial e/ou total.

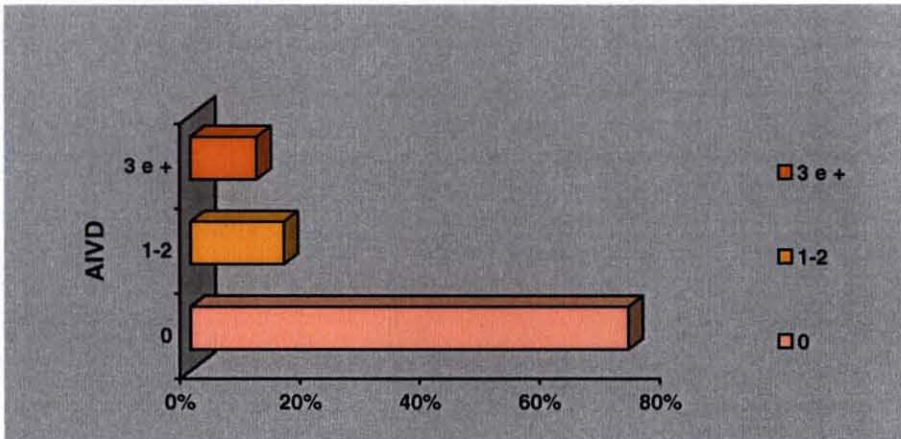
Os idosos desempenharam melhor suas atividades da vida diária para AVD=0 (85,2%) em relação às idosas, com o resultado de 77,5%,.

Ainda nessa Seção, avaliou-se também o conjunto de capacidades necessárias à manutenção da independência para o autocuidado com

auxílio de instrumentos (cadeira de rodas, andador, e outros), utilizando-se os conceitos acima apontados.

Avaliaram-se as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), obedecendo aos seguintes parâmetros, expressos no Gráfico 5:

Gráfico 5 – Porcentagem, segundo Atividades Instrumentais da Vida Diária, de idosos residentes no Município de São Paulo, área urbana, 2000.



Da população entrevistada, 27% apresentaram de uma até três ou mais dificuldades nas suas atividades diárias instrumentais; 16%, para 1-2; 11%, com 3 e mais.

Independentemente do sexo, aqueles que apresentaram AVD e AIVD = 0, estão mais envolvidos no voluntariado (forma indireta) do que os que apresentaram entre 1-2 e 3 e mais dificuldades.

Aqueles com AVD e AIVD = 3 e mais não participaram, em momento algum, de atividades voluntárias na forma direta, quer dizer, na prestação de serviços.

O idoso que não participou de nenhuma atividade voluntária, no ano anterior até momento da entrevista, apresentou menor autonomia tanto para as suas atividades da vida diária (AVD) bem como nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), em média de 74,5%.

A renda do idoso também se mostrou como um fator determinante para seu acesso a um plano privado e/ou seguro de saúde.

A renda percebida por esses idosos distribuiu-se equilibradamente até o 4º quintil (de R\$150,00 à R\$ 939,00), sendo que a maior porcentagem concentrou-se no último quintil (R\$ 939,00 e mais), com 28,3%, denotando-se uma melhor situação econômica desse idoso, observada apenas em relação ao idoso voluntário chefe do domicílio, com 31% de participação para a mesma faixa de renda. O idoso voluntário também apresentou elevado percentual no último quintil, porém abaixo desses grupos, com 27%.

Independente da renda dentre os idosos voluntários, a participação que preponderou foi a indireta (prestação de serviços).

Entretanto, quando questionado se o dinheiro que possuíam era suficiente para o atendimento de suas necessidades diárias, 62,3% dos idosos chefes do domicílio declararam que não. Cabe ressaltar que cerca de 1/3 dessa população estava trabalhando no momento da entrevista.

Porém, aquele idoso que vive só e não participou de atividades voluntárias constituiu o maior número de pessoas concentradas no 1º quintil, com renda até R\$ 150,00, com 24,6%, seguidas pelo 3º quintil (renda entre R\$ 300 a R\$ 500,00), com 21,6%. No último quintil, apenas 17,2% desses idosos integraram essa faixa de renda. Apresentaram menor porcentagem de alfabetização em relação ao idoso voluntário que vive só (75,4%), maior viuvez (65,7%) e menor concentração de pessoas com dois filhos (19,3%).

O idoso voluntário que vive sozinho mostrou-se mais velho que o idoso voluntário que vive acompanhado (70/67 anos). A maior parte deles foi alfabetizada (84,6%), porém a maioria apresentou baixo grau de instrução - entre um a quatro anos de estudo; mais da metade desses idosos declarou-se viúvo (64%). Observou-se praticamente a mesma proporção de idosos sozinhos na condição de divorciados/separados em relação aos solteiros (18,7%/17,1%). Apenas 20% desses idosos não possuíam filhos e os que

tinham apresentado maior percentagem (24,5%) para dois filhos, semelhantes à população dos idosos voluntários, com 23,5%.

Quanto aos tipos de organizações comunitárias que se beneficiaram com o voluntariado, a que mais se destacou foi a Igreja.

Como mencionado anteriormente, no decorrer deste estudo, a história do voluntariado brasileiro esteve, na maioria das vezes, associada ao trabalho junto às instituições religiosas, responsáveis, em geral, pela assistência à saúde em muitas cidades brasileiras. A maior parte dos idosos ainda se declarou praticante de algum credo durante suas vidas.

Dentre os tipos de doações realizadas pelos idosos, aquelas em dinheiro foram as mais freqüentes: 67% dos idosos participaram dessa forma. Depois da doação em dinheiro surgiu, a doação de alimentos como outro tipo de ajuda que teve forte representação no voluntariado, com 44 % dos idosos do Município de São Paulo interagindo com essa forma de prática voluntária.

Segundo dados apontados por Silveira, no I Congresso Brasileiro do Voluntariado, no ano de 2001, dentre as doações realizadas junto às instituições brasileiras, as de alimentos ocuparam posição de destaque. Tal comportamento se atribuiu à desconfiança dos doadores em relação às instituições sociais. É possível perceber a determinação dos doadores, sua seleção das melhores opções e do seu compromisso, pois não se trata do simples fato de dar e, sim, do destino dessa doação. O destino da doação, bem como a instituição que a recebeu, explicam o porquê da maior parte das doações (51%) ser direcionada às instituições religiosas (Silveira, 2001).

Dentre os idosos da pesquisa do SESC, 22% efetuaram doações junto às comunidades onde desenvolveram atividades voluntárias. A área assistencial foi o principal fórum de manifestação de trabalho voluntário (31,8%) dentre os idosos entrevistados, seguida pelas áreas de Saúde (15,1%), Educação (10,3%), Meio Ambiente e Cultura (7%) e os demais distribuídos em outras áreas (SESC, 2002).

Com relação à idade no que diz respeito à doação em dinheiro no Brasil, a faixa etária mais representativa centrou-se nos indivíduos com 44 anos de idade em média, ou seja, pessoas que já apresentavam a vida estruturada e que poderiam dispor como quisessem da sua renda (Landim, 2000).

A participação direta (prestação de serviços) dentre os idosos entrevistados em São Paulo (4,4%) apresentou também variações quanto ao sexo e à idade, sendo que as idosas voluntárias atuaram com maior intensidade do que os homens nessa forma de participação (19,1%/12,2%). Da população total, as idosas praticaram o voluntariado direto 2,5 vezes mais do que os homens.

Vários fatores sugeriram a proximidade do sexo feminino no envolvimento com o voluntariado direto (prestação de serviços), tais como: menor participação no mercado de trabalho, maior vínculo com entidades religiosas (em geral, envolvidas em ações voluntárias diretas com a comunidade) e a facilidade que muitas encontram para coordenar o tempo do trabalho doméstico com o tempo do voluntariado.

No tocante à idade, o estrato etário de 60-74 anos, comparativamente ao estrato de 75 anos e mais, obteve maior percentual de participação direta (16,9%/14,3%). Da população total, os idosos entrevistados com 60-74 anos participaram 5,5 vezes a mais do que aqueles com 75 anos e mais.

Os idosos entrevistados no ano de 2000 ingressaram precocemente no mercado de trabalho (73%), sendo 36% com menos de 12 anos e 37% entre 12 e 16 anos. Da adolescência até a fase adulta (entre 17 e 29 anos), foi quando 23% dos idosos começaram a trabalhar.

Entre 1986 e 1996, a taxa de participação da população masculina idosa na atividade econômica aumentou de 28,5% para 32% e a da feminina, de 5,7% para 7,9%. Entretanto, as taxas de atividade dos idosos mantêm, atualmente, a tendência de queda de participação, apontada na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1996, onde as taxas eram

mais baixas que a dos adultos, especialmente entre as mulheres. Segundo a PNAD 1999, mais de um terço dos idosos ainda se encontrava no mercado de trabalho. Em relação ao início da década, essa proporção apresentou decréscimo, passando de 35,3% para 31,5%, devido ao aumento do número de idosos no período compreendido entre 1992 e 1999. (Síntese de Indicadores Sociais, 2000)

Ao serem perguntados sobre sua condição de trabalho referente à semana anterior à entrevista, 52% encontravam-se aposentados, 25% trabalhavam, 16,0% estavam voltados ao afazeres domésticos e 2,6% não estavam trabalhando.

No ano de 1986, as aposentadorias representavam 51% em relação ao total de benefícios em manutenção, sendo 30% referentes ao meio urbano e 21%, ao meio rural.

Atualmente, do contingente de idosos no mercado de trabalho (4,5 milhões), 3 milhões são aposentados ou pensionistas. Na categoria de aposentados e pensionistas encontravam-se 77% dos idosos do país.

Segundo Camarano, 1999, a situação do sistema previdenciário do país tem-se deteriorado com o passar dos anos, pois a relação de dependência previdenciária (número de contribuintes por beneficiário) caiu dramaticamente. No ano de 1940, tínhamos cerca de 31 contribuintes para cada beneficiário; hoje, temos cerca de 1,7 contribuinte na ativa para sustentar cada beneficiário. Sob as condições atuais de elegibilidade, a projeção aponta para uma relação de 1:1 em 2030 (CAMARANO *et al.*, 1999).

Tais números representam sério impacto sobre os idosos no tocante a suas reivindicações quanto à melhoria dos benefícios recebidos, sempre relegados a um segundo plano diante do atual estado crítico em que se encontra a previdência.

Os números levantados junto à população entrevistada retratam a aposentadoria precoce entre os idosos (não excluindo o fato do ingresso no mercado de trabalho também ser precoce).

A maior parte dos idosos deixou de trabalhar entre 50 - 69 anos (59%) enquanto 1/3 dos idosos com menos de 50 anos já não trabalhavam mais. E 8% só pararam de trabalhar com 70 anos e mais.

Segundo os idosos, problemas de saúde (26%) era a principal razão pela qual não estavam trabalhando no momento da entrevista; para outros, o fato de estarem aposentados por idade (24%); outros motivos (22%); a família não querer que o idoso trabalhe (18%) e 10% por não conseguirem trabalho.

Em estudo realizado em 1988 com idosos do Município de São Paulo, a falta de saúde também foi o motivo principal para os idosos aposentados de baixa renda não buscarem atividades remuneradas ou não, apesar da necessidade e interesse em voltar a trabalhar (FUNDAÇÃO SEADE, 1991).

Em 1998, 75% dos homens se aposentaram por tempo de serviço com idade inferior a 55 anos; para as mulheres, esse percentual sobe para 83%, configurando-se um padrão de aposentadoria extremamente precoce. (CAMARANO, 1999).

Dentre os idosos entrevistados, a porcentagem de incapacitados permanentemente foi três vezes maior que a de incapacitados temporariamente (1,6/0,5%).

Textualmente, dos 25% dos idosos que se encontravam trabalhando, 33% classificaram o trabalho como trabalho operário/artesanato; 32%, como trabalho não qualificado; 17%, como serviços de vendas/comércio; 7%, como empregados em oficinas; 11%, como outros.

Parte expressiva da população economicamente ativa (PEA) e idosa em 1996 era composta de pessoas já aposentadas. No caso da PEA masculina, apenas 21% não eram aposentados; os restantes 79% eram constituídos de aposentados que continuaram trabalhando.

Buscando inferir as razões que o levariam a continuar trabalhando mesmo aposentado, observou-se um elemento diferenciador que é a renda. Abstendo-se dos diferenciais de escolaridade, pode-se dizer que o aposentado puro tem rendimento menor do que o do indivíduo que trabalha. Mas, se o aposentado trabalha, o seu rendimento médio aumenta e é superior em R\$ 64,59 maior do que o rendimento do indivíduo que é apenas parte da PEA, ou seja, trabalhador. O rendimento feminino é bem menor do que o masculino, nas quatro categorias anteriormente selecionadas.

Em relação à fonte de renda individual, os aposentados (41%) eram a maioria, seguidos pelas donas de casa (23%), pensionistas (recebiam pensão vitalícia) 15%, aposentados que ainda estavam trabalhando (9%) e, finalmente, aqueles que tinham um trabalho como única fonte de renda (10%).

Comparativamente ao estudo de CAMARANO sobre o Idoso Brasileiro, 1999: dos aposentados que trabalhavam, a grande maioria - 54% dos homens e 47% das mulheres - estava lotada na agricultura. O segundo setor em importância na absorção de homens aposentados foi a indústria e, na de mulheres, a prestação de serviços.

Posteriormente, em questões pré-definidas referentes ao trabalho principal que desempenharam durante a maior parte da vida adulta, 57% relataram que foram operários empregados (não agropecuários); 30% trabalharam por conta própria; 5%, como patrões (com empregados) e 8%, em outros.

Segundo o SEADE, em 1991, os dados sobre o Brasil e o Estado de São Paulo, quanto à posição na ocupação principal, indicam que, com o aumento da idade, diminuem os percentuais de empregados e cresce o número dos que trabalham por conta própria e de empregadores, com um forte contraste entre as pessoas que permanecem em atividade.

A maior preocupação em ser trabalhador por conta própria pode ser reflexo das dificuldades que os idosos enfrentam para achar emprego, o que

os leva a buscar alternativas próprias. Mas pode ser também uma opção pessoal. Nesta alternativa, incluem-se os profissionais liberais com maior nível de instrução, além dos pequenos comerciantes.

Os números apontam, de fato, a importância do trabalho na vida do idoso, quer para complementar a renda familiar, quer para sua própria manutenção, realidade presente ainda no ano de 2003. No Município de São Paulo, principalmente na região central e em feiras/eventos, é comum a presença de idosos, geralmente comercializando artesanatos (bordados, pinturas), alimentos (doces, salgados e refrigerantes) como complemento da renda ou até para a sua própria sobrevivência.

Ressalta-se o fato de que 73% dos idosos, no momento da entrevista, tinham sua receita proveniente de aposentadoria ou pensão; 11% tinham como fonte de receita a ajuda de familiares (10% desses familiares estão no Brasil); 11% possuíam como renda aluguéis ou renda proveniente de aplicações bancárias; 3%, de outras fontes; 2%, não sabiam/não responderam. Evidenciam-se as dificuldades que os idosos enfrentam, atualmente, no tocante à renda. Apenas 20% dos idosos entrevistados percebiam valores acima de R\$ 939,00.

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, a renda familiar é muito importante em qualquer estágio da vida, mas é significativa sobretudo nos primeiros e últimos anos de vida. Em 1999, 12,2% dos idosos com mais de 60 anos de idade poderiam ser considerados pobres, pois sobreviviam com até meio salário mínimo per capita mensal. Se acrescentarmos o grupo que vive com renda entre meio e um salário mínimo per capita (28,1%) é possível estimar que 40,3% dos idosos vivem em famílias com rendimento muito baixo (FUNDAÇÃO IBGE, 2000).

Para os idosos pobres, as aposentadorias significam cerca de 50% da renda domiciliar total, enquanto que, para os não-pobres, representam 37%. Contudo, observou-se em 1996, uma melhora expressiva no nível de renda da população idosa, se medida pela proporção de idosos sem rendimentos. Enquanto, em 1970, 20% dos homens idosos não tinham

nenhum rendimento, em 1996 esta proporção foi reduzida para 2,4%. Entre as mulheres, as mudanças foram bem mais significativas. Aproximadamente 87% das mulheres idosas não recebiam nenhum rendimento em 1970; em 1996, esta proporção não ultrapassou 17% (CAMARANO *et al.*, 1999).

O SEADE, 1991, em pesquisa realizada junto aos idosos no Município de São Paulo, no ano de 1988, apontou que o acesso ao lazer estava relacionado com as condições econômicas e de saúde do idoso (FUNDAÇÃO SEADE, 1991).

Em todos os casos analisados, a televisão e o rádio são os principais veículos de entretenimento. O voluntariado não aparece como forma de (re)inserção junto à sociedade, como uma alternativa de atividade ao idoso, como estímulo ao envelhecimento ativo.

Em contrapartida à renda, 99% dos idosos declararam possuir moradia, sendo que 88% residiam em casa; 11%, em apartamento e 1% moravam em barraco/trailer.

Segundo dados do PNAD 1996, 80% dos idosos brasileiros já possuem casa própria paga; houve também reduções em até 50% na proporção de pessoas com casa alugada ou cedida, com situação semelhante para as pessoas com casa alugada (CAMARANO *et al.*, 1999).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O processo de construção da cidadania enquanto afirmação e reconhecimento de direitos é, especialmente na sociedade brasileira, um processo de transformação das práticas sociais enraizadas na sociedade como um todo. Um processo de aprendizado social, de construção de novas formas de relação, que inclui de um lado, evidentemente, a constituição de cidadãos enquanto sujeitos sociais ativos, mas também, de outro lado, para a sociedade como um todo, um aprendizado de convivência com esses cidadãos emergentes que recusam permanecer nos lugares que foram definidos socialmente e culturalmente para eles”.

(Dagnino, 1994)

São muitos os estereótipos atrelados à figura do idoso. Os mais freqüentes são que a maior parte dos idosos são aposentados, com tempo disponível de sobra, e sobrevivem com minguados recursos.

Nesse estudo, tal realidade coincidiu em parte com o estereótipo acima apontado. Praticamente 1/3 da população idosa entrevistada trabalha por necessidade do ganho a fim de complementar a sua renda advinda, principalmente, da aposentadoria.

A Fundação IBGE, aponta que parte expressiva da população economicamente ativa – PEA idosa de 1997 era composta de pessoas já aposentadas. Segundo Camarano, “(...) o fato do aposentado voltar ao mercado de trabalho é bem característico da sociedade brasileira. Em relação a outros países, essa é uma situação bastante esdrúxula”.

Apesar das dificuldades vividas pelos idosos a autora comenta, “(...) pode-se dizer que, em geral, o idoso está em melhores condições de vida do que a população mais jovem, ganha mais, uma parcela maior tem casa própria já paga e contribui significativamente para a renda das famílias onde

vivem. Essas melhoras expressivas no nível de renda da população idosa ao longo do tempo, se medida pela proporção de idosos sem rendimentos, para o que devem ter contribuído os benefícios de prestação continuada”.

É fato também que a pobreza nas famílias de idosos está fortemente associada ao baixo nível educacional devido a sua menor escolaridade. Isso reflete as menores oportunidades educacionais do passado, que afetaram principalmente as mulheres. Camarano, recomenda que se tenha cautela na interpretação da razão de dependência dos idosos: "(...) a inatividade potencial atribuível aos indivíduos idosos é mais observável entre as mulheres. Para elas, parece mais fácil associar o envelhecimento à inatividade, mas não necessariamente à dependência econômica. Isto se deve, provavelmente ao efeito *coorte*: menor participação na atividade econômica das mulheres idosas no passado”.

Segundo o IBGE, no ano de 1999, 12,2% dos idosos eram pobres, com meio salário mínimo *per capita* mensal; considerando-se que 28,1% recebe entre meio e até um salário mínimo *per capita* mensal, o Brasil possuía 40,3% dos seus idosos com sérias dificuldades financeiras.

A ausência de locais voltados para a Terceira Idade em número suficiente para atender essa demanda, na cidade de São Paulo, bem como as dificuldades financeiras por eles enfrentadas no seu dia-a-dia, sugerem que o idoso fica circunscrito às suas atividades diárias, envolvendo-se pouco com a comunidade.

Será ? Segundo Blecher, apenas 3% dos idosos frequentam clubes e 8% bailes da saudade. Esses números fazem parte dos resultados de uma pesquisa realizada com 1.800 pessoas, com 60 anos ou mais, em nove regiões metropolitanas do país. Interessados no aproveitamento do tempo disponível por parte desses idosos, na entrevista indagou-se se gostariam de fazer trabalho voluntário: 91 entre 100 idosos disseram não. E dos 30% que contribuem com instituições beneficentes, a maioria o faz com donativos em dinheiro.

Resultados que chamam a atenção tais quais os resultados apontados nesse estudo, onde apenas 27% dos idosos declararam-se envolvidos em algum tipo de atividade voluntária, sendo que 22% participaram indiretamente dessas atividades e na sua maioria o fizeram com doações em dinheiro.

O voluntariado entre os idosos no município de São Paulo, caracteristicamente é realizado com expressiva participação, pelos idosos brasileiros “jovens” (com idades entre 60 a 74 anos), casados, católicos, com baixa escolaridade (de 01 a 04 anos de estudo), com a capacidade funcional em dia (80%), e na sua maioria praticado por mulheres.

Já o idoso que não participou de nenhuma atividade voluntária até o último ano anterior a entrevista, apresentou alguns resultados, percentualmente, abaixo dos idosos voluntários, principalmente, quanto a renda (muitos com rendimentos em torno de até R\$ 150,00), 10% da capacidade funcional reduzida em relação ao idoso voluntário (70%) e maior analfabetismo.

Denota-se uma diferença no contorno de ambos os voluntários, sugerindo um maior dificuldade em voluntariar por parte daquele idoso que não praticou nenhuma atividade voluntária.

Porém despertou a atenção o fato de independente da renda, a maior prática voluntária ter sido a Indireta. Talvez por não haver ainda, espaços abertos ao voluntariado que traga o agente próximo daquele que receberá a ação? Ou por ser mais fácil voluntariar a distância, não “comprometendo” o fator “tempo” tão precioso nas grandes cidades? Ou talvez por “culturalmente” não estar habituado a voluntariar diretamente? Ou por já ter trabalhado uma vida toda e estar preferencialmente disponível ao descanso e ao lazer?

Acreditando que todas essas perguntas têm fundamento e nas leituras apreendidas, observa-se que o questionamento sobre as condições daqueles cidadãos sob a égide da desigualdade já faz parte da pauta de

muitos grupos da sociedade e do Estado. A exemplo: a Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética e Desenvolvimento do Banco Interamericano de Desenvolvimento, tem reunido em diversos eventos e seminários, personalidades latino-americanas e mundiais para debates e reflexões sobre os desafios éticos atuais para a região. Entre os temas discutidos estão:

- Que valores deveriam ser considerados ao formular o desenvolvimento e políticas públicas?
- Como as sociedades devem confrontar problemas éticos como a pobreza, a exclusão social, as desigualdades profundas e a discriminação das minorias?
- Que códigos de conduta ética deveriam ser adotados pelos políticos, a comunidade empresarial, os altos funcionários, os líderes de organizações populares, entre outros grupos da sociedade?
- Como pode ser promovida a ética da solidariedade?

A intenção desse exemplo vem na linha do entendimento que o idoso em muitos momentos na sociedade ora é excluído ora é discriminado. Afinal, exceto, uma pequena minoria, os idosos dispõe de poucos meios para que a realidade atual mude ou que então sofra alterações num curto espaço de tempo.

Em contrapartida esse contingente nos próximos vinte anos tornar-se-á mais idosa e receberá um novo grupo de idosos que, caso não haja mudanças padecerão das mesmas ou piores dificuldades por eles vividos.

Entretanto, o voluntariado pode surgir como um meio eficiente de mudança dessa realidade, permitindo o lazer, melhorando a condição econômica do idoso, incentivando as relações intergeracionais, promovendo a auto-estima além de consolidar para as gerações futuras “uma cultura do voluntariado” como expressão de uma ética da solidariedade e responsabilidade.

Inúmeras iniciativas vêm surgindo no horizonte promovendo um novo modelo de atuação social baseado no princípio da parceria. Governo e sociedade são capazes de gerar os recursos humanos, técnicos e financeiros necessários para combater com eficiência a pobreza e a exclusão social.

Segundo considerações de Dal Rio "(...) o trabalho voluntário, sem dúvida, contribui para que se desqualifiquem quaisquer estereótipos e preconceitos subjacentes à condição de aposentados e ajuda a desenhar uma das possíveis formas de viver o pós-trabalho e a velhice, dando-lhes significado. O voluntariado, por sua vez, é uma fonte de realimentação do desenvolvimento e realização pessoais, além de propiciar a continuidade da inserção nos espaços públicos e privados".

Ainda a autora comenta que aqueles idosos, cuja vocação já era voltada para um trabalho social, no tempo do pós-trabalho dão continuidade à sua história, tornando-se voluntariamente ativos. Bem como as pessoas que estão procurando manter fontes de prestígio e de poder, antes advindas, principalmente do mundo produtivo, para as quais o voluntariado representa uma forma de dar continuidade às antigas relações de trabalho e à sociabilidade existentes.

Concluiu que, "(...) a razão maior que induz à prática do trabalho voluntário no tempo do pós-trabalho, configura-se como um traço pré-existente no pensamento e na ação de certos indivíduos".

Uma das políticas já desenhadas e que inclui o voluntariado como uma estratégia, é a adoção do "envelhecimento ativo", apresentada na Introdução desse estudo, que poderá trazer ao voluntariado força e respeitabilidade, como já vem acontecendo com as novas associações da sociedade civil e com o envolvimento de empresas nesse tipo de atividade, resgatando, para o idoso, uma melhor qualidade de vida, com cidadania.

Em suma, o aparato institucional necessário para assegurar que alguns padrões de justiça social figurem, integralmente, nos planos de

crescimento econômico precisa refletir-se em demandas e programas formulados essencialmente com a participação e a genuína capacidade de opinar dos pobres marginalizados e dos socialmente isolados, bem como das organizações mais intimamente ligadas a esses setores. Visto que as características multinacionais de toda a atividade econômica interferem diretamente nas vidas e os destinos dos marginalizados, a construção de uma nova ordem social precisa incluir essa base.

Porém não se pode esquecer que antes de tudo, o ser humano idoso ou não, voluntário ou não, tem segundo Paulo Freire :

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não Conceder aos outros”.

Paulo Freire

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABONG - Associação Brasileira de Organizações não Governamentais.

ONGs no Brasil: Perfil e catálogo das associadas à Abong. São Paulo:

Peres, 2002, p.7-24 e p.266-267. Série Desenvolvimento Institucional.

Disponível em <http://www.abong.org.br>

Bass S, Caro F, Chen Y-P (orgs.). **Achieving a productive aging society.**

Westport, Connecticut: Auburn House, 1993. p.142-3.

Blasco A, Parrella M. **Filosofia do voluntariado.** Venezuela, Caracas, 1993.

[Apostila do Curso de capacitação em gerência. Programa Voluntários do Conselho da Comunidade Solidária (s/d)].

Beauvoir S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. p.664-5.

Boaretto, **Terceira Idade em Movimento.** In: Relatório de Pesquisa. São

Paulo: Mimeo, 2000. p.10-20

Blecher N. **Mitos encanecidos.** Revista Exame. Editora Abril, 2001.

Disponível em <http://www.exame.com.br>

Camarano AA et al. **Como vai o idoso brasileiro ?** Texto para Discussão

Nº 681. Rio de Janeiro: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada,

1999. p.49-51.

Camarano AA (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros.**

Rio de Janeiro: IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1999.

p.11-320.

Camargo ABM. **Mortalidade por causas externas no Estado de São**

Paulo e suas regiões. São Paulo, 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Cavalcanti, M. **Voluntariado e a gestão das políticas sociais**. São Paulo: Futura, 2002.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. **Healthy aging: Preventing disease and improving quality of life among older Americans**. Atlanta, United States of America: CDC, 1999. Disponível em <http://www.cdc.gov>

Centro de Voluntários. Disponível em <http://www.portaldovoluntario.org.br>, em 2002.

Chaimowicz F. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Demografia, Saúde e Sociedade. 1ª. ed. Belo Horizonte: Postgraduate Brasil, 2000. p.17-82.

Comisión Europea. **Modernizing and improving social protection in the European Union**. Bruselas, Comisión Europea, 1997.

Comisión Europea. **The ageing population and technology: Challenges and opportunities**. Bruselas, Comisión Europea, European Technology Assessment Network (ETAN), 1998.

Comisión Europea. **Towards a Europe of all ages**. Bruselas, Comisión Europea, 1999.

Comisión Europea. **Social Report**. Bruselas, Comisión Europea, Dirección General del Empleo y Asuntos Sociales, 2000.

Comunidade Solidária. Disponível em <http://www.comunidadesolidaria.org.br>, em 2002.

Corrullón M. **O voluntariado no Brasil**. [Apostila *Terceiro setor do voluntariado*, Programa Voluntários do Conselho da Comunidade Solidária (s/d)].

Cumming E, Henry W. **Growing old: The process of disengagement**. New York: Basic Books, 1961.

Dagnino E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: Dagnino E. (org). **Anos 90. Política e Sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

Dal Rio MC. **O trabalho voluntário: uma questão contemporânea e um espaço para o aposentado**. São Paulo, 2001. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

EMPLASA - Empresa Metropolitana de Planejamento da Grande São Paulo S.A. **Por dentro do Município de São Paulo**. São Paulo, Emplasa, 2000. (CD ROM)

Fernandes RC. O que é o Terceiro Setor ? In: loschpe EB. (org.) **Terceiro Setor – desenvolvimento sustentado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

Freire P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

Havighurst R, Albrecht R. **Older people**. Londres: Longmans, 1953. p.141.

Iglezias JCR. **Cirurgia coronária no paciente idoso. Determinantes de morbidade e mortalidade hospitalar**. São Paulo, 2000. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Medicina da USP].

Fundação IBGE. **Censo Demográfico, 2000. Características da população e domicílios**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>

Fundação IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais, 2000**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 5, p.271-299, 2001.

Fundação SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SP). **O idoso na Grande São Paulo**. Coleção Realidade Paulista, 3. 1990.

Fundação SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SP). A população idosa e o apoio familiar. **Informe Demográfico** 1991; 24: 81.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Ação Social das Empresas do Sudeste: quem são, onde estão**. Diretoria de Cooperação e Desenvolvimento, 1999. [Http://www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br)

Keogh F. **Mental disorders in older Irish people: Incidence, prevalence and treatment**. Dublin: National Council for the Elderly, 1996. p.155.

Landim L, Scalon MC. **Doações e trabalho voluntário no Brasil – uma pesquisa**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2000.

Machado MAN. **O movimento dos idosos: Um novo movimento social?** São Paulo, 2002. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

Moody H. Age, productivity and transcendence. In: Bass S, Caro F, Chen YP. (comps). **Achieving a productive aging society**. Westport, Connecticut, Auburn House, 1993.

Moraes R. Marca de Solidariedade. **Revista ISTO É**, São Paulo, 10/2003, p.44-5, 2003.

Organização das Nações Unidas. **International plan of action on ageing**. 2002. New York: United Nations, April, 2002. Disponível em <http://www.un.org/ageing/documents.htm>

Organização das Nações Unidas, Department of Economic and Social Affairs. **Population division. Population ageing, 1950-2050**. New York: Naciones Unidas, 2002.

Organização das Nações Unidas - Serviço de Informação de las Naciones Unidas, **Derechos Humanos y personas de edad**. Ginebra: Naciones Unidas, (s/d).

Organização das Nações Unidas. **Official Records of the General Assembly**, Forty-sixth Session, Suplemento N°. 49 (A/46/49), resolution 46/91, anex.,1991.

Organização das Nações Unidas - **Report of the World Assembly on Ageing**, Vienna, 26 July:6 August 1982 (United Nations publication, Sales N°. E.82.I.16), capítulo VI, sect. A . 1982.

Organização das Nações Unidas -**The World Aging Situation: Strategies and Policies**. Proceedings of the World Assembly on Population Aging, Vienna, 1982.

PAHO - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Family Health and Population Program. A survey of ageing, health and well-being in seven Latin American and Caribbean cities (SABE)**. Washington, DC: PAHO, 2000. <http://www.paho.org>

Perez C, Junqueira LP. (org.). **Voluntariado e a gestão de políticas sociais**. São Paulo: Futura, 2002.

- Pfeiffer E. (comp.). **Successful aging: A conference report**. Durham, Carolina do Norte: Duke University, 1974.
- Política Nacional do Idoso – Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça e Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
- Ramos L, Kalache R. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. **Rev. Saúde Pública, São Paulo** 1987; 21(3): 225-33.
- Ramos LR. **Growing old in São Paulo, Brazil. Assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community**. London, 1987. [Tese de PhD - London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London].
- Reis JT. **Trabalho voluntário e os direitos humanos**. Belo Horizonte, 2001. [Monografia - Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte].
- Rowe J, Kahn R. Human aging: Usual and successful. **Science** 1987; 237: p.141.
- RSVP - Retired and Senior Volunteer Program. Disponível em <http://www.seniorcorps.org>, em 2003.
- Santos B de S. **Pela mão de Alice: O social e o político na pós-modernidade**. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1990.
- SEBRAE – Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Voluntariado Empresarial**. Brasília: SEBRAE, 2000.

Seminário Internacional. **Envelhecimento populacional – Uma agenda para o século 21**. Brasília, 1, 2 e 3 de julho de 1996.

SESC São Paulo - Serviço Social do Comércio. **O voluntariado e a terceira idade**. São Paulo: SESC, 2002.

Stengel M. et al. (orgs.). **Políticas públicas de apoio sociofamiliar**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2001. p.85-124.

U.S. Census Bureau. **An Aging World: 2001**. Disponível em <http://www.census.gov/prod/2001pubs/p95-01-1.pdf>, em 2002.

Veras RP. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 2002. p.13.

Veras RP. **Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 1999.

Veras RP. **País jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 1994.

Walker A. Una estrategia de envejecimiento activo. **Revista Internacional de Seguridad Social** 2002; 55(1):139-64.

Walker A. **Age and attitudes**. Bruselas: Comisión Europea, Dirección General del Empleo y Asuntos Sociales, 1993. p.143

Walker A. Work and income in the third age: An EU perspective. **Geneva Papers on Risk and Insurance**, 1994; 19(73): 143.

Walker A, Naegele G. (comps). **The politics of old age in Europe**. Buckingham: Oxford University Press, 1999. p.159.

World Health Organization. **Active ageing: a policy framework**. Ginebra: OMS: 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponível em [http:// www.who/ageing](http://www.who/ageing), em 2002

World Health Organization. **Health for all: Update targets**. Copenhagen, Organización Mundial de la Salud, 1994. p143

World Health Organization. **Health and ageing: A discussion paper**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2001a. p.144

World Health Organization. Disponível em <http://www.un.org.esa/socdev/ageing>, em 2003.

Wilkinson R. **Unhealthy societies: The affliction of inequality**. Londres: Routledge, 1996.

ANEXO 1

Número do Questionário | _ | _ | _ | _ |

Número do Setor | _ | _ |

Número do Domicílio | _ | _ | _ | _ |



SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO NA AMÉRICA LATINA E CARIBE

Projeto S.A.B.E.



Organização Pan-Americana da Saúde

Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo

Declaração de Consentimento
Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SABE

Por este meio aceito colaborar com o estudo "Saúde, Bem-estar e Envelhecimento" SABE. Os objetivos principais deste estudo são:

1. Descrever as condições de saúde das pessoas com 60 anos e mais no país.
2. Avaliar o acesso e utilização dos serviços disponíveis para o cuidado da saúde das pessoas com 60 anos e mais, incluindo os não tradicionais.
3. Definir a contribuição da família, dos programas de assistência pública e dos recursos privados para satisfazer as necessidades de saúde das pessoas com 60 anos e mais.

Meu consentimento em participar é voluntário, sem coerção ou força. Também entendo que tenho o direito de terminar a entrevista no momento em que desejar.

Aceito responder um questionário sobre meu estado de saúde e que sejam tomadas minhas medidas como o peso, estatura e gordura corporal. Serão realizados, além disso, um exame de força muscular manual e umas provas de eficiência física (caminhar, agachar, dobrar, levantar e sentar em uma cadeira).

Entendo que serão tomadas as medidas necessárias para assegurar a confidencialidade de toda informação que eu dê e que não será revelada minha identidade. Foi-me informado que se eu tiver alguma dúvida ou pergunta adicional sobre este estudo, posso telefonar à **Dra. Maria Lúcia Lebrão**, Coordenadora do Estudo em São Paulo nos telefones **3066-7724/3066-7744**.

Entendo que não terei benefício direto como participante neste estudo nem há perigo algum por participar do mesmo.

Nome: _____ Data: _____

Assinatura: _____

PESQUISA SOBRE SAÚDE, BEM ESTAR E ENVELHECIMENTO, 1999

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO | | | | | | | |

SETOR: _____

BAIRRO: _____

ENDEREÇO (rua, ruela, número externo e interno): _____

QUARTEIRÃO DA LISTA | | | | SEGMENTO | | | | DOMICÍLIO | | | | CASA | | | |

TOTAL DE PESSOAS ENTREVISTADAS NO MESMO DOMICÍLIO | |

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO | | | | | | | |

PARENTESCO _____

NOME DO ENTREVISTADO				SEXO: H M
VISITAS	1	2	3	4
DATA	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS	_ _ DIA _ MÊS
NOME DO ENTREVISTADOR				
CÓDIGO DO ENTREVISTADOR	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
HORA DE INÍCIO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
HORA DE TÉRMINO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
DURAÇÃO	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
RESULTADO*	_ _	_ _	_ _	_ _

* Códigos de Resultados:

- 01 Entrevista completa
- 02 Entrevista completa com informante substituto
- 03 Entrevista completa com informante auxiliar
- 04 Entrevista incompleta (anote em observações)
- 05 Entrevista adiada

- 06 Ausente temporário
- 07 Nunca encontrou a pessoa
- 08 Recusou-se
- 09 Incapacitado e sem informante
- 10 Outros (anote em observações)

OBSERVAÇÕES: _____

NOME DO INFORMANTE SUBSTITUTO OU AUXILIAR:	PARENTESCO COM O ENTREVISTADO:		TEMPO DE CONHECIMENTO (NO CASO DE NÃO SER FAMILIAR)	
	SUPERVISÃO	CRÍTICA	CODIFICAÇÃO	DIGITAÇÃO
NOME				
DATA	_ _ _ DIA MÊS	_ _ _ DIA MÊS	_ _ _ DIA MÊS	_ _ _ DIA MÊS

2000

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

HORA DE INÍCIO: [] [] : [] []

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

A.1a
Em que mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?

MÊS [] []
ANO [] [] [] []

A.1b
Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?

IDADE [] [] [] []

A.1c ATENÇÃO:

SOME A IDADE COM O ANO DE NASCIMENTO E ANOTE O TOTAL.
SE O(A) ENTREVISTADO(A) JÁ FEZ ANIVERSÁRIO EM 2000, A SOMA DEVE SER 2000. SE NÃO FEZ ANIVERSÁRIO AINDA, A SOMA DEVE SER 1999.

NO CASO DE INCONSISTÊNCIA, ESCLAREÇA COM O(A) ENTREVISTADO(A), PEÇA ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO QUE MOSTRE A DATA DE NASCIMENTO OU A IDADE.

SE A PESSOA TIVER MENOS DE 60 ANOS, AGRADEÇA E ENCERRE A ENTREVISTA.

SOMA [] [] [] []

A.2
O(a) Sr(a) nasceu no Brasil?

SIM 1 →
NÃO 2
NS 8
NR 9

VÁ PARA
Ade

A.3
Em que país o(a) Sr(a) nasceu?

País

A.4a
No total, quantos anos o(a) Sr(a) viveu no Brasil?

ANOS [] [] [] []
NS 998
NR 999

A.4b
Desde que o Sr.(a) nasceu até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

A.5a
O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado?

SIM 1
NÃO 2
NR 9

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

<p>A.5b</p> <p>O(a) Sr.(a) foi à escola?</p>	<table> <tr> <td>SM</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} - VÁ - PARA A.7</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	SM	1	} - VÁ - PARA A.7	NÃO	2	NS	8	NR	9																		
SM	1	} - VÁ - PARA A.7																										
NÃO	2																											
NS	8																											
NR	9																											
<p>A.6</p> <p>Qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO E REGISTRE SÓ A OPÇÃO QUE CORRESPONDA A ESSE GRAU.</p> </div>	<table> <tr> <td>Primeiro grau (ou primário + ginásio)</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Segundo grau (antigo clássico e científico) ...</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Primeiro grau + auxiliar técnico</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Magistério - segundo grau (antigo normal)</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Graduação (nível superior)</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pós-graduação</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>988</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>999</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">05 ?</p>	Primeiro grau (ou primário + ginásio)	01	<input type="checkbox"/>	Segundo grau (antigo clássico e científico) ...	02	<input type="checkbox"/>	Primeiro grau + auxiliar técnico	03	<input type="checkbox"/>	Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)	04	<input type="checkbox"/>	Magistério - segundo grau (antigo normal)	06	<input type="checkbox"/>	Graduação (nível superior)	07	<input type="checkbox"/>	Pós-graduação	08	<input type="checkbox"/>	NS	988		NR	999	
Primeiro grau (ou primário + ginásio)	01	<input type="checkbox"/>																										
Segundo grau (antigo clássico e científico) ...	02	<input type="checkbox"/>																										
Primeiro grau + auxiliar técnico	03	<input type="checkbox"/>																										
Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)	04	<input type="checkbox"/>																										
Magistério - segundo grau (antigo normal)	06	<input type="checkbox"/>																										
Graduação (nível superior)	07	<input type="checkbox"/>																										
Pós-graduação	08	<input type="checkbox"/>																										
NS	988																											
NR	999																											
<p>A.7</p> <p>Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado?</p>	<table> <tr> <td>SOZINHO</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>ACOMPANHADO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	SOZINHO	1	ACOMPANHADO	2	NR	9																					
SOZINHO	1																											
ACOMPANHADO	2																											
NR	9																											
<p>A.7a Há 5 anos, o Sr. morava exatamente com as mesmas pessoas com quem mora agora? ou morava sozinho?</p>	<table> <tr> <td>SM</td> <td>1</td> <td>→</td> <td rowspan="3">} VAPARA A.8</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	SM	1	→	} VAPARA A.8	NÃO	2		NR	9																		
SM	1	→	} VAPARA A.8																									
NÃO	2																											
NR	9																											
<p>UTILIZE A REDAÇÃO CORRESPONDENTE SEGUNDO O CASO</p>																												
<p>A.7b</p> <p>Há 5 anos o(a) Sr.(a) vivia...</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>LEIA CADA OPÇÃO E CIRCULE TODAS AS AFIRMATIVAS</p> </div>	<table> <tr> <td>SÓ?</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)?</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S)?</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S)?</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>COM OUTRO FAMILIAR?</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>COM OUTRO NÃO FAMILIAR?</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	SÓ?	1	COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)?	2	COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S)?	3	COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S)?	4	COM OUTRO FAMILIAR?	5	COM OUTRO NÃO FAMILIAR?	6	NS	8	NR	9											
SÓ?	1																											
COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)?	2																											
COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) CASADO(A)(S)?	3																											
COM UM OU MAIS FILHO(A)(S) SOLTEIRO(A)(S)?	4																											
COM OUTRO FAMILIAR?	5																											
COM OUTRO NÃO FAMILIAR?	6																											
NS	8																											
NR	9																											

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.7c

Por que o(a) Sr(a) já não mora com as mesmas pessoas com quem morava há 5 anos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

RAZÕES RELACIONADAS COM SEUS FILHOS:

ECONÔMICAS	01
SEPARAÇÃO CONJUGAL	02
UNIÃO CONJUGAL	03
PARA CUIDAR DAS CRIANÇAS	04

RAZÕES RELACIONADAS COM SUA SITUAÇÃO PESSOAL:

ECONÔMICAS	05
SEPARAÇÃO CONJUGAL	06
FALECIMENTO	07
SE SENTIA SÓ	08
PRECISAVA DE AJUDA	09
FICOU DOENTE	10
OUTRO _____	11
<i>Especifique</i>	
NS	98
NR	99

A.8

Em geral, o(a) Sr.(a) gosta de morar sozinho?

Ou...

com as pessoas com quem mora hoje?

UTILIZE A REDAÇÃO CONFORME
A SITUAÇÃO

SM	1	→	VÁ PARA A.10a
NÃO	2		
NS	8		
NR	9		

A.9

Se o(a) Sr(a) pudesse escolher, preferiria morar...

LEIA AS OPÇÕES E ANOTE TODAS
AS AFIRMATIVAS

SÓ?	1
COM ESPOSO(A) OU COMPANHEIRO(A)?	2
COM FILHO(A)?	3
COM NETO(A)?	4
COM OUTRO FAMILIAR?	5
COM OUTRO NÃO FAMILIAR?	6
NS	8
NR	9

A.10a

Há 5 anos, o(a) Sr.(a) morava nesta mesma casa?

SM	1	→	VÁ PARA A.11a
NÃO	2		
NR	9		

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.10b

Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) veio morar aqui?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

- ESTAR PERTO DE OU COM O(A) FILHO(A) 01
- ESTAR PERTO DE OU COM FAMILIARES OU AMIGOS 02
- ESTAR PERTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 03
- MEDO DA VIOLÊNCIA 04
- FALECIMENTO DO(A) ESPOSO(A)/COMPANHEIRO(A) 05
- POR SEPARAÇÃO CONJUGAL 06
- POR UNIÃO CONJUGAL 07
- CUSTO DA MORADIA 08
- OUTRO 09
Especifique
- NS 98
- NR 99

VÁ PARA A.11a

A.10c

Por que o Sr. *desejava* estar com ou perto dos filhos, com outros familiares ou amigos?

ANOTE TODAS AS OPÇÕES MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

- POR PROBLEMAS DE SAÚDE:
- SEUS (PRÓPRIOS) 01
 - DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 02
- POR PROBLEMAS ECONÔMICOS:
- SEUS (PRÓPRIOS) 03
 - DO(S) FILHO(S) OU FAMILIARES 04
- PORQUE SE SENTIA SÓ 05
- PARA AJUDAR A CUIDAR DOS NETOS OU OUTRAS CRIANÇAS 06
- PORQUE PENSA QUE OS IDOSOS DEVEM MORAR COM A FAMÍLIA OU PARENTES 07
- OUTRO 08
Especifique
- NS 98
- NR 99

A.11a

Qual é sua religião?

- CATÓLICA 1
- PROTESTANTE OU EVANGÉLICA 2
- JUDÁICA 3
- OUTROS CULTOS SINCRÉTICOS 4
- OUTRO 5
Especifique
- NENHUMA 6
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA A.12

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.11b

Qual a importância da religião em sua vida?

IMPORTANTE 1
 REGULAR 2
 NADA IMPORTANTE 3
 NS 8
 NR 9

A.12 (PERGUNTA OPCIONAL)

Qual destas opções o descreve melhor?

BRANCO (de origem européia) 1
 MESTIÇO (combinação de branco e índio) 2
 MULATO (combinação de branco e negro) 3
 NEGRO 4
 INDÍGENA 5
 ASIÁTICO 6
 OUTRA 7
 NS 8
 NR 9

HISTÓRIA DE UNIÕES

A.13a

Com relação ao seu estado marital, alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre?

SIM 1
 NÃO 2 →
 NR 9

VÁ PARA
A.18

A.13b

No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

Nº DEVEZES [] [] []

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.14	A.15	A.16	A.17
<p>Em que ano começou sua primeira (segunda, etc) união ou casamento?</p> <p>UTILIZE UMA LINHA PARA CADA CASAMENTO OU UNIÃO</p> <p>NS 9998</p> <p>NR 9999</p> <p>→</p> <p>A.14</p>	<p>Esta foi:</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>união livre? 1</p> <p>casamento civil ou na igreja? 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→</p> <p>A.15</p>	<p>Esse casamento ou união continua ou terminou?</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>Continua? 1</p> <p>VÁ PARA A.18</p> <p>TERMINOU EM:</p> <p>Separação? 2</p> <p>viuvez? 3</p> <p>divórcio? 4</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→</p> <p>A.16</p>	<p>Em que ano terminou esse casamento ou união?</p> <p>VERIFIQUE EM A.13b, SE A PESSOA TEVE OUTRA UNIÃO MARITAL</p> <p>SIM VÁ PARA A.14</p> <p>NÃO VÁ PARA A.18</p> <p>NS 9998</p> <p>NR 9999</p> <p>→</p> <p>A.17</p>
INÍCIO	UNIÃO	TÉRMINO	TÉRMINO
1			
2			
3			
4			
5			

AGORA QUERO FAZER-LHE ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA HISTÓRIA FAMILIAR:

A.18
Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve?

NÃO INCLUA ENTEADOS, FILHOS ADOTIVOS, ABORTOS OU FILHOS NASCIDOS MORTOS.

NÚMERO DE FILHOS: [] [] []

NS 98

NR 99

A.19
Tem ou teve enteados?

SM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ PARA A.21

A.20
Quantos enteados(as) teve?

NÚMERO DE ENTEADOS: [] [] []

NS 98

NR 99

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.21

Tem ou teve filhos adotivos?

SM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
A.23

A.22

Quantos filhos adotivos teve?

NÚMERO DE FILHOS ADOTIVOS: | | |

NS 98

NR 99

A.23

No total, quantos dos filhos, enteados e filhos adotivos que mencionou, ainda estão vivos?

NÚMERO DE FILHOS VIVOS: | | |

NS 98

NR 99

Agora, gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus pais.

A.24

O seu pai ainda está vivo?

SM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
A.26VÁ PARA
A.27

A.25

Onde mora seu pai?

NESTA CASA 1
 EM OUTRA CASA NESTE BAIRRO 2
 EM OUTRO BAIRRO NESTA CIDADE 3
 EM OUTRA CIDADE NESTE PAÍS 4
 EM OUTRO PAÍS 5
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
A.27

A.26

Que idade tinha seu pai quando faleceu?

IDADE | | |

NS 998

NR 999

A.27

Sua mãe ainda está viva?

SM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
A.29VÁ PARA
A.30

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

A.28

Onde mora sua mãe?

- NESTA CASA 1
- EM OUTRA CASA NESTE BAIRRO 2
- EM OUTRO BAIRRO NESTA CIDADE 3
- EM OUTRA CIDADE NESTE PAÍS 4
- EM OUTRO PAÍS 5
- NS 8
- NR 9

VÁ PARA
A.30

A.29

Que idade ela tinha quando faleceu?

IDADE | | | |

NS 998

NR 999

A.30 FILTRO

As perguntas A.1 a A.29 foram realizadas com um informante substituto.

SIM 1 →

NÃO 2

VÁ PARA
B.10a

HORA DE TÉRMINO: | | : | |

HORA DE INÍCIO: [] [] : [] []

Neste estudo estamos investigando como o(a) Sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

B.1

Como o(a) sr(a) avalia sua memória atualmente?
(leia as opções)

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

B.2

Comparando com um ano atrás, o(a) sr(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

B.3

Por favor me diga a data de hoje.

PERGUNTE MÊS, DIA, ANO, E DIA DA SEMANA ANOTE UM PONTO EM CADA RESPOSTA CORRETA

	Correto	
MÊS [] []	<input type="checkbox"/>	Segunda feira.....01
DIA DO MÊS [] []	<input type="checkbox"/>	Terça feira.....02
ANO [] [] [] []	<input type="checkbox"/>	Quarta feira.....03
DIA DA SEMANA [] []	<input type="checkbox"/>	Quinta feira.....04
		Sexta feira.....05
		Sábado.....06
		Domingo.....07
TOTAL	<input type="checkbox"/>	

B.4

Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

LEIA OS NOMES DOS OBJETOS DEVAGAR E DE FORMA CLARA SOMENTE UMA VEZ E ANOTE.

SE O TOTAL É DIFERENTE DE "3":

1) REPITA TODOS OS OBJETOS ATÉ QUE O ENTREVISTADO OS APRENDA. MÁXIMO DE REPETIÇÕES: 5 VEZES

2) ANOTE O NÚMERO DE REPETIÇÕES QUE TEVE QUE FAZER

3) NUNCA CORRIJA A PRIMEIRA PARTE

4) ANOTE-SE UM PONTO POR CADA OBJETO LEMBRADO E ZERO PARA OS NÃO LEMBRADOS

	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE [] []	<input type="checkbox"/>	Não lembrou...0
MESA [] []	<input type="checkbox"/>	
CACHORRO [] []	<input type="checkbox"/>	
TOTAL	<input type="checkbox"/>	

NÚMERO DE REPETIÇÕES: [] []

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.5

Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr. contasse de trás para frente:

1 3 5 7 9

ANOTE A RESPOSTA NO ESPAÇO
CORRESPONDENTE

A PONTUAÇÃO É O NÚMERO DE DÍGITOS NA ORDEM
CORRETA

EX 9 7 5 3 1 - ACRESCENTOU UM NÚMERO: 5-1=4
9 3 5 7 - 2 NÚMEROS FORA DE ORDEM: 5-2=3
9 5 3 1 - ESQUECEU UM NÚMERO: 5-1=4
9 9 7 5 3 1 - UM NÚMERO EXTRA: 5-1=4.

RESPOSTA DO ENTREVISTADO:

RESPOSTA CORRETA:

9 7 5 3 1

Número de dígitos na ordem correta:

B.6

Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.

PASSE O PAPEL E ANOTE 1
PONTO PARA CADA AÇÃO
CORRETA.

Ação correta = 1

Correto

Ação incorreta = 0

PEGA O PAPEL COM A MÃO DIREITA.....

DOBRA NA METADE COM AS DUAS MÃOS.....

COLOCA O PAPEL SOBRE AS PERNAS.....

TOTAL

B.7

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

ANOTE 1 PONTO POR RESPOSTA
CORRETA EM QUALQUER
ORDEM.

Lembrou..... 1

Não lembrou..... 0

Correto

ÁRVORE

MESA

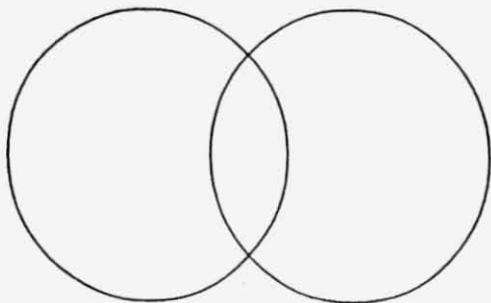
CACHORRO

TOTAL

B.8

Por favor, copie este desenho.

ENTREGUE AO ENTREVISTADO O DESENHO COM OS CÍRCULOS QUE SE CRUZAM. A AÇÃO ESTÁ CORRETA SE OS CÍRCULOS NÃO SE CRUZAM MAIS DO QUE A METADE. ANOTE UM PONTO SE O DESENHO ESTIVER CORRETO



Correto

TOTAL

B.9 FILTRO

SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B.3 A B.8 E ANOTE O TOTAL NA CASELA.

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

TOTAL

A SOMA É 13 OU MAIS 1 → **VÁ PARA A SEÇÃO C**

A SOMA É 12 OU MENOS 2

B.9a

Alguma outra pessoa que mora normalmente nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

SIM 1

NÃO 2

AVALIE COM O SUPERVISOR SE A ENTREVISTA PODE CONTINUAR SÓ COM A PESSOA ENTREVISTADA

ANOTE O NOME DO INFORMANTE E APLIQUE A ELE A ESCALA PFEFFER _____

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

MOSTRE AO INFORMANTE A SEGUINTE CARTELA COM AS OPÇÕES E LEIA AS PERGUNTAS. ANOTE A PONTUAÇÃO COMO SEGUIE:

SIM É CAPAZ	0
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	0
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	1
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	1
NECESSITA DE AJUDA	2
NÃO É CAPAZ	3

	Pontuação
B.10a (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	
B.10b (NOME) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?	
B.10c (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
B.10d (NOME) é capaz de preparar comida?	
B.10e (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	
B.10f (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	
B.10g (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
B.10h (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	
B.10i (NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	
B.10j (NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	
B.10k (NOME) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?	

B.11 FILTRO

Some os pontos das perguntas B10a a B10k e anote na caseta denominada "TOTAL".

TOTAL

A soma é 6 ou mais1 →

CONTINUE A ENTREVISTA
COM AJUDA DO
INFORMANTE SUBSTITUTO.
REVISE A SEÇÃO A

A soma é 5 ou menos2 →

CONTINUE A ENTREVISTA
COM O ENTREVISTADO.
CASO A PESSOA
NECESSITE DE AJUDA PARA
RESponder ALGUMAS
PERGUNTAS, CONTINUE
COM UM INFORMANTE
AUXILIAR

HORA DE TÉRMINO: | | : | |

HORA DE INÍCIO: []:[]:[]

C.1

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

EXCELENTE	1
MUITO BOA	2
BOA	3
REGULAR	4
MÁ	5
NS	8
NR	9

C.2

Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

C.3

Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

MELHOR	1
IGUAL	2
PIOR	3
NS	8
NR	9

C.4

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

VÁ PARA C.5

C.4a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para baixar sua pressão sanguínea?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.4b

Para baixar sua pressão sangüínea, durante os últimos doze meses, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.4c

Sua pressão sangüínea geralmente está controlada?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.4d

Em comparação com 12 meses atrás, o seu problema de pressão alta está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.5

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C. 6

C.5a

Está tomando algum medicamento oral para controlar seu diabetes?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.5b

Para controlar seu diabetes, utiliza injeções de insulina?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.5c

Nos últimos doze meses, para tratar ou controlar seu diabetes, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.5d

Seu diabetes está geralmente controlada?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.5e

Em comparação com 12 meses atrás, seu diabetes está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.6

Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.7

C.6a

Em que ano ou com que idade foi diagnosticado o seu câncer pela primeira vez?

IDADE [] []
 ANO [] [] [] []
 NS 9998
 NR 9999

C.6b

O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de câncer, além do primeiro que o(a) Sr.(a) mencionou?

SIM,
 QUANTOS? []
 NÃO 7
 NS 8
 NR 9

C.6c

Em que órgão ou parte do corpo começou seu câncer? Comece com o mais recente.

REGISTRE TODOS OS ORGÃOS OU PARTES DO CORPO EM QUE CADA UM COMEÇOU

Órgão(s) ou parte(s) do corpo:

NS 98
 NR 99

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.6d

Com que idade ou em que ano foi diagnosticado seu câncer (mais recente)?

IDADE

ANO

NS 9998

NR 9999

C.6e

O(a) Sr(a) recebeu algum tratamento para o câncer (mais recente)?

SIM 1

NÃO 2 →

NS 8

NR 9

VÁ PARA
C.6gVÁ PARA
C.6h

C.6f

Nos últimos 12 meses, que tipo de tratamento para seu câncer o(a) Sr(a) recebeu?

ANOTE TODOS OS TIPOS
MENCIONADOS
ESPONTANEAMENTE

NENHUM, NOS ÚLTIMOS 12 MESES 1

QUIMIOTERAPIA OU MEDICAÇÃO 2

CIRURGIA OU BIOPSIA 3

RADIAÇÃO/RAIOS X 4

MEDICAMENTOS PARA OS SINTOMAS
(DOR, NÁUSEA, ALERGIAS) 5

OUTRO 6

Especifique

NS 8

NR 9

VÁ PARA
C.6h

C.6g

Qual foi a razão principal pela qual o(a) Sr(a) NÃO recebeu tratamento?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

TEVE CÂNCER HÁ MAIS DE 12 MESES 01

O MÉDICO NÃO INDICOU 02

NÃO TINHA CONDIÇÕES DE PAGAR 03

NÃO TINHA PLANO DE SAÚDE 04

NÃO TINHA QUEM O LEVASSE 05

RESPONSABILIDADES FAMILIARES (TINHA DE
CUIDAR DE ALGUÉM NA FAMÍLIA) 06

NÃO QUIS ACEITAR O TRATAMENTO 07

OUTRO 08

Especifique

NS 98

NR 99

C.6h

O seu câncer se estendeu para outras partes do corpo?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.7

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA C 8

C.7a

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.7b

Em comparação com doze meses atrás, essa doença pulmonar melhorou, ficou igual ou piorou?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.7c

O(a) Sr.(a) está recebendo oxigênio?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.7d

O(a) Sr.(a) está recebendo alguma terapia física ou respiratória?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.7e

Sua doença pulmonar limita suas atividades diárias tais como trabalhar ou fazer as tarefas domésticas?

MUITO 1
 POUCO 2
 NÃO INTERFERE 3
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.8

Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) teve um ataque do coração, uma doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.9

C.8a

Em que ano ou com que idade foi diagnosticado, pela primeira vez, seu problema cardíaco?

ANO | | | | |
 IDADE | | | | |
 NS 9998
 NR 9999

C.8b

Nos últimos 12 meses seu problema cardíaco melhorou, ficou igual ou piorou?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.8c

O(a) Sr(a) toma algum medicamento para seu problema cardíaco?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.8d

Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) tem consultado um médico ou enfermeiro por causa de um problema cardíaco?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.8e

Durante os últimos 12 meses foi hospitalizado um dia ou mais por um problema do coração?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.8f

Sua doença cardíaca limita suas atividades diárias como as tarefas domésticas ou o trabalho?

MUITO 1
 POUCO 2
 NÃO INTERFERE 3
 NS 8
 NR 9

C.9

Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) teve uma embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.10

C.9a

Em que ano ou com que idade teve o mais recente?

ANO
 IDADE
 NS 9998
 NR 9999

C.9b

Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico a respeito deste problema ou derrame cerebral?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.9c

O(a) Sr(a) tem alguma seqüela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

DEPOIS DO DERRAME, O(A) SENHOR(A) TEM TIDO...

C.9d

Alguma fraqueza nos braços e nas pernas ou dificuldade de movimentar ou usar seus braços ou pernas?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.9e

Alguma dificuldade para falar ou engolir?
(depois do derrame)

(depois do derrame)

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

C.9f

Alguma dificuldade com sua visão?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

C.9g

Alguma dificuldade para pensar ou encontrar as
palavras certas?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

C.9h

Está tomando algum medicamento por causa do
derrame ou suas complicações?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

C.9i

Recebe ou recebeu algum tipo de fisioterapia
ou terapia ocupacional por causa do derrame
ou suas complicações?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

C.9j

Esta condição interfere muito, pouco, ou nada
em suas atividades diárias?

MUITO 1
POUCO 2
NADA 3
NS 8
NR 9

C.10

Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.11

C.10a

Sente dor, rigidez ou inchaço nas articulações?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.10b

Em comparação com 12 meses atrás, sua artrite, reumatismo ou artrose está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.10c

Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico especificamente por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.10d

O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.10e

A artrite, reumatismo ou artrose limita suas atividades diárias como trabalhar ou fazer coisas da casa?

MUITO 1
 POUCO 2
 NADA 3
 NS 8
 NR 9

C.10f

O(a) Sr.(a) sofreu alguma cirurgia por causa da artrite, reumatismo ou artrose?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.11

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.10g</p> <p>Qual articulação foi operada?</p>	<p>QUADRIL 1</p> <p>JOELHO 2</p> <p>OUTRO 3 <i>Especifique</i></p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.11</p> <p>Teve alguma queda nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA C.11c</p>
<p>C.11a</p> <p>Quantas vezes calu nos últimos 12 meses?</p>	<p>N°VEZES <input type="text"/></p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
<p>C.11b</p> <p>Em alguma queda se machucou de tal maneira a ponto de precisar de tratamento médico?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.11c</p> <p>Nos últimos 12 meses fraturou o quadril?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.11d</p> <p>Nos últimos 12 meses fraturou o pulso?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.11e</p> <p>Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o Sr. tem osteoporose?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA C.12</p>
<p>C.11f</p> <p>Em que ano ou com que idade foi diagnosticada a osteoporose?</p>	<p>ANO <input type="text"/></p> <p>IDADE <input type="text"/></p> <p>NS 9998</p> <p>NR 9999</p>

C.12

Normalmente não gostamos de falar sobre isso mas, precisa saber para o estudo se, nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu urina sem querer?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.12b

C.12a

Quantos dias aconteceu isso, no último mês?

MENOS DE 5 DIAS 1
 DE 5 A 14 DIAS 2
 MAIS DE 15 DIAS 3
 NS 8
 NR 9

C.12b

Nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu controle dos movimentos intestinais ou das fezes?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

Agora quero que o(a) Sr(a) me conte se, nos últimos 12 meses, teve algum dos seguintes problemas:

Nos últimos 12 meses, o(a) sr.(a) teve...	SIM	NÃO	NS	NR
C.13a dor no peito?	1	2	8	9
C.13b inchaço persistente nos pés ou tornozelos?	1	2	8	9
C.13c falta de ar quando está acordado(a)?	1	2	8	9
C.13d vertigem ou tontura persistentes?	1	2	8	9
C.13e dor ou problemas nas costas?	1	2	8	9
C.13f dor de cabeça persistente?	1	2	8	9
C.13g fadiga ou cansaço grave?	1	2	8	9
C.13h tosse persistente, catarro ou chiado no peito?	1	2	8	9
C.13i problemas nas articulações (quadril, joelho, cotovelo, pulso, etc.)?	1	2	8	9
C.13j náusea persistente e vômito?	1	2	8	9
C.13k transpiração excessiva ou sede persistente?	1	2	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Agora gostaria de saber alguns detalhes sobre a saúde dos olhos, ouvidos e boca.

C.14

Como é a sua **visão** (sem óculos ou lente de contato) para enxergar de longe (como reconhecer um amigo do outro lado da rua)?

- EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 CEGO 6 → VÁ PARA C.14f
 NS 8
 NR 9

C.14a

O (a) Sr.(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de longe?

- SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA C.14c
 NS 8
 NR 9

C.14b

Usando óculos ou lentes, normalmente como é sua visão para enxergar as coisas à distância?

- EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

C.14c

Normalmente como é a visão do(a) Sr(a) (sem óculos ou lente de contato) para enxergar de perto (como ler um jornal ou ver fotos em uma revista)?

- EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

C.14d

O(a) Sr(a) usa óculos ou lentes de contato para enxergar de perto?

SIM 1
 NÃO 2 →
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.14f

C.14e

Usando óculos ou lentes como costuma, como é sua visão para ver de perto?

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 NS 8
 NR 9

C.14f

O(a) Sr.(a) já foi operado(a) de catarata?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA
C.14h

C.14g

O(a) Sr(a) sabe se lhe puseram lentes intraoculares?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.14h

Um médico já tratou o(a) Sr(a) de glaucoma?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.15

O(a) Sr(a) usa algum tipo de aparelho para ouvir melhor?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.15a

Em geral, como o(a) Sr(a) diria que é a sua audição (com ou sem aparelho de audição)?

EXCELENTE 1
 MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 MÁ 5
 SURDO(A) 6
 NS 8
 NR 9

C.16

Agora passemos a falar da boca e dos seus dentes. Faltam-lhe alguns dentes?

SIM, UNS POUCOS (ATÉ 4) 1
 SIM, BASTANTE (MAIS DE 4 E MENOS DA METADE) 2
 SIM, A MAIORIA (A METADE OU MAIS) 3
 NÃO 4 → VÁ PARA C.17
 NS 8
 NR 9

C.16a

O(a) Sr(a) usa ponte, dentadura ou dentes postiços?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.17

Nos últimos 12 meses, com que frequência teve que comer menos ou mudar de comida por causa dos seus dentes, pontes ou dentadura postiça?

Sempre: a situação ocorre nos 7 dias da semana.

Frequentemente: a situação ocorre de 3 a 6 dias por semana.

Algumas vezes: a situação ocorre de 2 a 1 vez por semana.

Raramente: a situação ocorre menos de 1 vez por semana, mas ocorre em algumas ocasiões.

Nunca: a situação não ocorre em nenhum momento

SEMPRE 1
 FREQUENTEMENTE 2
 ALGUMAS VEZES 3
 RARAMENTE 4
 NUNCA 5
 NS 8
 NR 9

Agora gostaria que me respondesse se o que lhe pergunto aconteceu sempre, frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca, nos últimos 12 meses.

Nos últimos 12 meses...	Sempre	Freqüentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	NS	NR
C.17a Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã?	1	2	3	4	5	8	9
C.17b Quantas vezes conseguiu engolir bem?	1	2	3	4	5	8	9
C.17c Quantas vezes não conseguiu falar bem por causa dos seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17d Quantas vezes não conseguiu comer as coisas que queria por ter algum problema com seus dentes ou com sua dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17e Quantas vezes não quis sair à rua ou falar com outras pessoas por causa de seus dentes ou da sua dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Quando se olha no espelho, quantas vezes esteve contente de como vê seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17g Quantas vezes teve que usar algum remédio para aliviar a dor de seus dentes ou os problemas na sua boca?	1	2	3	4	5	8	9
C.17h Quantas vezes esteve preocupado ou se deu conta de que seus dentes ou sua dentadura não estão bem?	1	2	3	4	5	8	9
C.17i Quantas vezes ficou nervoso por problemas de dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17j Quantas vezes não comeu como queria diante de outras pessoas por causa dos seus dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.17k Quantas vezes teve dor nos dentes por causa de alimentos frios, quentes ou doces?	1	2	3	4	5	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.18 FILTRO

Sexo do entrevistado

C.18a

Nos últimos dois anos, a senhora examinou seus seios, regularmente, para ver se tinha "nódulos" (bolinhas ou tumores)?

C.18b

Nos dois últimos anos, um profissional de saúde examinou a sra. para ver se tinha "nódulos" nos seios?

C.18c

Nos dois últimos anos a senhora fez mamografia ou ralo-x dos seios (mamas)?

C.18d

Nos dois últimos anos a senhora fez o teste de Papanicolau, ou seja, o exame para determinar se tem câncer do cervix ou do colo do útero?

C.18e

A senhora fez histerectomia, isto é, uma cirurgia para tirar o útero e os ovários, ou apenas o útero?

C.18f

Que idade tinha quando lhe fizeram a histerectomia?

MULHER..... 1

HOMEM..... 2 → **VÁ PARA C.19**

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SIM, ÚTERO E OVÁRIOS 1

SIM, APENAS ÚTERO 2

NÃO 3

NS 8

NR 9

VÁ PARA C.18g

IDADE

NS 998

NR 999

VÁ PARA C.18h

C.18g

Que idade tinha quando menstruou pela última vez?

IDADE

AINDA MENSTRUA 00

NS 98

NR 99

C.18h

A senhora tomou alguma vez ou toma atualmente estrógeno, isto é, hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos (emplastos) ou creme?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ PARA
C.20

C.18i

Com que idade começou a tomar hormônios para a menopausa?

IDADE

C.18j

Por quanto tempo a senhora tomou ou tem tomado estrógeno?

MESES

1 - 4 ANOS 13

5 - 9 ANOS 14

10 ANOS E MAIS 15

NS 98

NR 99

C.18k

A senhora está, atualmente, tomando estrógeno, isto é hormônio de mulher?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

VÁ PARA
C.20

C.19

Nos últimos 2 anos, alguma vez lhe fizeram o exame da próstata?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

	SIM	NÃO	NS	NR
C.19a Precisa urinar com frequência?	1	2	8	9
C.19b O senhor acha que mesmo tendo vontade de urinar, o jato é fraco e pequeno?	1	2	8	9
C.19c Sente um ardor ou queimação quando urina?	1	2	8	9
C.19d O senhor precisa urinar 3 vezes ou mais durante a noite?	1	2	8	9

C.20
Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem algum problema nervoso ou psiquiátrico?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA C. 21a

C.20a
Em comparação com 12 meses atrás, seu problema nervoso ou psiquiátrico está melhor, igual ou pior?

MELHOR 1
 IGUAL 2
 PIOR 3
 NS 8
 NR 9

C.20b
O(a) Sr(a) tem tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.20c
Durante os últimos 12 meses, o(a) sr(a) tomou algum remédio contra a depressão?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

Agora pense nas últimas duas semanas e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período ...

	SIM	NÃO	NS	NR
C.21a O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	1	2	8	9
C.21b Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	1	2	8	9
C.21c Sente que sua vida está vazia?	1	2	8	9
C.21d Tem estado aborrecido freqüentemente?	1	2	8	9
C.21e Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	1	2	8	9
C.21f Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	1	2	8	9
C.21g Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1	2	8	9
C.21h Com freqüência se sente desamparado ou desvalido?	1	2	8	9
C.21i Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	1	2	8	9
C.21j Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	1	2	8	9
C.21k O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?	1	2	8	9

	SIM	NÃO	NS	NR
C.21i Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	1	2	8	9
C.21m Sente-se cheio de energia?	1	2	8	9
C.21n Se sente sem esperança diante da sua situação atual?	1	2	8	9
C.21o O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor?	1	2	8	9

Os estudos feitos mostram que a nutrição e o estilo de vida são fatores muito importantes para a saúde. Por isso gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação.

<p>C.22a</p> <p>Quantas refeições completas o(a) Sr(a) faz por dia?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>CONSIDERAR O CAFÉ DA MANHÃ COMO UMA REFEIÇÃO</p> </div>	<p>UMA 1</p> <p>DUAS 2</p> <p>TRÊS OU MAIS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22b</p> <p>Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22c</p> <p>Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

<p>C.22d</p> <p>Come carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22e</p> <p>Come frutas ou verduras pelo menos duas vezes por dia?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22f</p> <p>Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite nos últimos 12 meses?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22g</p> <p>Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (Incluir água, café, chá, leite, suco etc.)</p>	<p>MENOS DE 3 COPOS 1</p> <p>DE 3 A 5 COPOS 2</p> <p>MAIS DE 5 COPOS 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22h</p> <p>Nos últimos 12 meses, tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?</p>	<p>SIM....Quantos quilos?</p> <p>ENTRE 1 E 3 kg 1</p> <p>MAIS DE 3 kg 2</p> <p>NÃO PERDEU 3</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>C.22i</p> <p>Com relação a seu estado nutricional o(a) Sr(a) se considera bem nutrido?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

C.23

Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).

NENHUM	1	→	VÁ PARA C.24
MENOS DE 1 DIA POR SEMANA	2		
1 DIA POR SEMANA	3		
2-3 DIAS POR SEMANA	4		
4-6 DIAS POR SEMANA	5		
TODOS OS DIAS	6		
NS	8		
NR	9		

C.23a

Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos de vinho, cervejas, aguardente ou outra bebida tomou, em média, por dia?

COPOS DE VINHO	_____
CERVEJAS	_____
OUTRA BEBIDA	_____
NS	98
NR	99

C.24

O Sr. tem ou teve o hábito de fumar?

LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTER UMA
RESPOSTA AFIRMATIVA.

FUMA ATUALMENTE	1	
JÁ FUMOU, MAS NÃO FUMA MAIS	2	→
NUNCA FUMOU	3	
NS	8	
NR	9	

VÁ PARA
C.24b

VÁ PARA
C.25a

C.24a

Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?

DEFINIÇÃO: UM MAÇO=20 CIGARROS

CIGARROS POR DIA	_____	} VÁ PARA C.24c
CACHIMBOS	_____	
CHARUTOS	_____	

C.24b

Há quantos anos deixou de fumar?

SE DEIXOU DE FUMAR HÁ MENOS
DE UM ANO, ANOTE "00"

Há quantos anos:	_____
Idade em anos:	_____
Ano	_____
NS	9998
NR	9999

C.24c

Que idade tinha quando começou a fumar?

Há quantos anos:

Idade em anos:

Ano

NS 9998

NR 9999

C.25a

Nos últimos 12 meses, tem feito exercícios ou realizado atividades físicas vigorosas regularmente, como esportes, caminhada rápida, dança ou trabalho pesado, 3 vezes por semana?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

C.25b

Nos últimos 12 meses, realizou regularmente, para se distrair, algum trabalho manual, artesanato ou atividade artística, pelo menos uma vez por semana?

SIM 1

NÃO 2

NS 8

NR 9

GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS PRIMEIROS 15 ANOS DE SUA VIDA.

C.26

Como o(a) Sr(a) descreveria a situação econômica de sua família durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida?

LEIA CADA OPÇÃO ATÉ
OBTER UMA RESPOSTA
AFIRMATIVA

BOA 1

REGULAR 2

RUIM 3

NS 8

NR 9

C.27

Durante a maior parte dos primeiros 15 anos da sua vida, o(a) Sr(a) descreveria sua saúde naquela época como excelente, boa, ou ruim?

EXCELENTE 1

BOA 2

RUIM 3

NS 8

NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

Antes dos 15 anos o(a) Sr(a) se lembra de ter tido alguma destas doenças?		SIM	NÃO	NS	NR
C.28a	Nefrite	1	2	8	9
C.28b	Hepatite	1	2	8	9
C.28c	Sarampo	1	2	8	9
C.28d	Tuberculose	1	2	8	9
C.28e	Febre reumática	1	2	8	9
C.28f	Asma	1	2	8	9
C.28g	Bronquite crônica	1	2	8	9
C.28h	Alguma outra?	1	2	8	9
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PERGUNTE SOBRE AS OUTRAS 3 MAIS IMPORTANTES </div> <i>Especifique</i> _____ _____ _____	1	2	8	9
		1	2	8	9

C.29

Durante os primeiros 15 anos da sua vida ficou na cama por um mês ou mais devido a algum problema de saúde?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.30

Durante os primeiros 15 anos da sua vida, o(a) Sr(a) diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

HORA DE TÉRMINO: | | : | |

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

HORA DE INÍCIO: []:[]:[]

Precisamos entender as dificuldades que algumas pessoas têm em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária DEVIDO A ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE. O Sr poderia me dizer, por favor, se encontra alguma dificuldade (atualmente) em fazer cada uma das seguintes atividades que vou dizer. NÃO CONSIDERE QUALQUER PROBLEMA QUE O SR ESPERA QUE DURE MENOS DE TRÊS MESES.

	SIM	NÃO	NÃOPODE	NÃOFAZ	NR
D.1a Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?	1	2 VÁ PARA D.2	3	4	9
D.1b Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?	1	2 VÁ PARA D.2	3	4	9
D.1c Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	1	2	3	4	9
D.2 Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas?	1	2	3	4	9
D.3 Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período?	1	2	3	4	9
D.4 Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1	2 VÁ PARA D.6	3	4	9
D.5 Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	1	2	3	4	9
D.6 Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	1	2	3	4	9
D.7 Tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	1	2	3	4	9
D.8 Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1	2	3	4	9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

	SIM	NÃO	NÃO PODE	NÃO FAZ	NR
D.9 Encontra alguma dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?	1	2	3	4	9
D.10 Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	1	2	3	4	9

Vou dizer para o(a) Sr(a) algumas atividades da vida diária. Por favor, diga se tem alguma dificuldade em realizá-las DEVIDO A UM PROBLEMA DE SAÚDE. Exclua os problemas que o(a) Sr(a) espera que dure menos de três meses.

D.11

O(a) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA
D.13a

D.12a

O(a) senhor(a) costuma usar algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um quarto, caminhando?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA
D.12c

D.12b

Que tipo de aparelho ou meio de apoio o(a) sr.(a) usa?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

CORRIMÃO 01
 ANDADOR 02
 BENGALA 03
 MULETAS 04
 SAPATOS ORTOPÉDICOS 05
 SUPORTE OU REFORÇO(P/ PERNAS OU OMBRO)
06
 PRÓTESE 07
 OXIGENIO OU RESPIRADOR 08
 MÓVEIS OU PAREDE COMO APOIO 09
 CADEIRA DE RODAS 10
 OUTRO 11
Especifique
 NS 98
 NR 99

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

<p>D.12c</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para atravessar um cômodo caminhando?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.13a</p> <p>O(a) senhor(a) encontra dificuldade para se vestir (Incluindo calçar sapatos, chinelos ou meias)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>} VÁ PARA D.14a</p>
<p>D.13b</p> <p>O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para se vestir?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.14a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho? (Incluindo entrar ou sair da banheira)</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>} VÁ PARA D.15a</p>
<p>D.14b</p> <p>O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou aparelho para tomar banho (como corrimão, barra de apoio ou cadeira/ banquinho)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.14c</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para tomar banho?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

<p>D.15a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer? (cortar a comida, encher um copo, etc.)</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA D.16a</p>
<p>D.15b</p> <p>O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para comer?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.16a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA D.17a</p>
<p>D.16b</p> <p>O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio para deitar ou levantar da cama?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.16c</p> <p>O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>
<p>D.17a</p> <p>O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA D.18a</p>

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.17b

O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.17c

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para usar a privada ou o vaso sanitário?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.18a

O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?

SIM 1
 NÃO 2 → **VÁ PARA D.19a**
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8 } → **VÁ PARA D.19a**
 NR 9

D.18b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.19a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?

SIM 1
 NÃO 2 → **VÁ PARA D.20a**
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8 } → **VÁ PARA D.20a**
 NR 9

D.19b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.20a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à Igreja, etc.?

SIM	1	
NÃO	2	→
NÃO CONSEGUE	3	
NÃO COSTUMA FAZER	4	
NS	8	} →
NR	9	

VÁ PARA D.21a

VÁ PARA D.21a

D.20b

Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte, lhe oferece transporte ou ajuda para conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.21a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?

SIM	1	
NÃO	2	→
NÃO CONSEGUE	3	
NÃO COSTUMA FAZER	4	
NS	8	} →
NR	9	

VÁ PARA D.22a

VÁ PARA D.22a

D.21b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

D.22a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?

SIM	1	
NÃO	2	→
NÃO CONSEGUE	3	
NÃO TEM TELEFONE	4	
NS	8	} →
NR	9	

VÁ PARA D.23a

VÁ PARA D.23a

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.22b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para telefonar?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.23a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D24a
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4 }
 NS 8 } → VÁ PARA D24a
 NR 9 }

D.23b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas domésticas leves?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.24a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?

SIM 1
 NÃO 2 → VÁ PARA D25a
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4 }
 NS 8 } → VÁ PARA D25a
 NR 9 }

D.24b

O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para as tarefas pesadas da casa?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL(AVD/AIVD)

D.25a

O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios?

SIM 1
 NÃO 2
 NÃO CONSEGUE 3
 NÃO COSTUMA FAZER 4
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA
D.26

VÁ
PARA
D.26

D.25b

O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para tomar seus remédios?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

D.26 FILTRO

Recebe ajuda?

VERIFICAR AS RESPOSTAS AFIRMATIVAS EM
D12c, D13b, D14c, D15b, D16c, D17c, D18b, D19b,
D20b, D21b, D22b, D23b, D24b, D25b.

NINGUÉM AJUDA00 → VÁ PARA SEÇÃO E

PELO MENOS UM "SIM" ↴

QUANTAS PESSOAS NO TOTAL, O(A)
AJUDA(M) NAS ATIVIDADES DIÁRIAS ?.....| | |

SEÇÃO D. ESTADO FUNCIONAL (AVD/AVD)

D.26a	D.26b	D.26c	D.26d		D.26e
<p>Por favor, diga os nomes das pessoas que o(a) ajudam com as atividades que mencionel, começando com a pessoa que ajuda mais.</p>	<p>Que relação tem (NOME) com o(a) senhor(a)?</p> <p>Esposo(a)/Companheiro(a) 01</p> <p>Filho(a) 02</p> <p>Enteado 03</p> <p>Pais ou sogros 04</p> <p>Irmão/irmã 05</p> <p>Genro/nora 06</p> <p>Neto(a) 07</p> <p>Outro familiar 08</p> <p>Outro não familiar 09</p> <p>Ajuda paga/ doméstica 10</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>	<p>Onde vive (NOME)?</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> </div> <p>Mesma casa 1</p> <p>Mesmo bairro 2</p> <p>Outro bairro na mesma cidade 3</p> <p>Outra cidade, mas mesmo país 4</p> <p>Outro 5</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p>	<p>No total, com que frequência (NOME) costuma ajudar o(a) senhor(a)?</p> <p>FREQUÊNCIA</p> <p>PERÍODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÉS 2</p> <p>ANO 3</p>		<p>No total, há quanto tempo (NOME) vem ajudando o(a) senhor(a)?</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>
↓	→	→	→	→	→
NOME	PARENTESCO	RESIDÊNCIA	FREQUÊNCIA	PERÍODO	TEMPO
1	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
2	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
3	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
4	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS
5	_ _ _	_ _	_ _	_	_ _ MESES _ _ ANOS

HORA DE TÉRMINO: |_|_| : |_|_|

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

HORA DE INÍCIO: []:[]:[]

GOSTARIA DE TOMAR NOTA DOS REMÉDIOS E OUTRAS COISAS QUE O(A) SR(A) ESTÁ TOMANDO OU USANDO ATUALMENTE.

E.1

O(a) sr.(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando?

SIM 1

NÃO 2

ENTREVISTADO(A) NÃO TOMA MEDICAMENTOS... →

VÁ PARA
E.6

E.2 LISTA DE REMÉDIOS	E.3	E.4	E.5
<p>CASO A PESSOA ENTREVISTADA NÃO TENHA MOSTRADO OS REMÉDIOS, PERGUNTE:</p> <p>E.2. O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2.</p>	<p>QUEM O RECEITOU?</p> <p>MÉDICO 1</p> <p>FARMACÊUTICO 2</p> <p>ENFERMEIRA 3</p> <p>O(A) SR(A) MESMO 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA?</p> <p>NÃO TOMA DE MANEIRA CONTÍNUA 95</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>COMO OBTVEU OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O COMPROU?</p> <p>SEGURO SOCIAL 1</p> <p>OUTRO SEGURO PÚBLICO 2</p> <p>SEGURO PARTICULAR 3</p> <p>DO SEU PRÓPRIO BOLSO 4</p> <p>FLHOS PAGAM 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
MEDICAMENTO OU REMÉDIO	RESPONSABILIDADE	TEMPO	MODO DE OBTENÇÃO
1 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
2 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
3 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
4 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
5 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
6 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
7 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []
8 _____ [] []	[] []	MESES [] [] [] [] ANOS [] [] [] []	[] [] [] []

E.2 LISTA DE REMÉDIOS	E.3	E.4	E.5
<p>CASO A PESSOA ENTREVISTADA NÃO TENHA MOSTRADO OS REMÉDIOS, PERGUNTE:</p> <p>E.2. O(a) SR.(a) PODERIA ME DIZER O NOME DOS REMÉDIOS QUE ESTÁ USANDO OU TOMANDO?</p> <p style="text-align: center;">↓ E.2</p>	<p>QUEMO RECEITOU?</p> <p>MÉDICO.....1</p> <p>FARMACÊUTICO.....2</p> <p>ENFERMEIRA.....3</p> <p>O(A) SR(A) MESMO...4</p> <p>OUTRO.....5</p> <p>NS.....8</p> <p>NR.....9</p> <p style="text-align: center;">→ E.3</p>	<p>HÁ QUANTO TEMPO O USA, DE MANEIRA CONTÍNUA?</p> <p>NÃO TOMA DE MANEIRA CONTÍNUA 95</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">→ E.4</p>	<p>COMO OBTEVE OU QUEM PAGOU PELO REMÉDIO, NA ÚLTIMA VEZ QUE O COMPROU?</p> <p>SEGURO SOCIAL 1</p> <p>OUTRO SEGURO PÚBLICO .. 2</p> <p>SEGURO PARTICULAR 3</p> <p>DO SEU PRÓPRIO BOLSO .. 4</p> <p>FLHOS PAGAM 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: center;">→ E.5</p>
MEDICAMENTO OU REMÉDIO	RESPONSABILIDADE	TEMPO	MODO DE OBTENÇÃO
9 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
10 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
11 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
12 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
13 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
14 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
15 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
16 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____
17 _____	_____	MESES..... ANOS.....	_____

SEÇÃO E - MEDICAMENTOS

E.6

Atualmente, o(a) Sr(a) toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para cuidar da sua saúde?

SIM 1 → VOLTE PARA E2 E ANOTE
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

E.7

O(a) Sr(a) toma ou usa algum outro medicamento? Por exemplo: aspirina ou outro medicamento contra a dor, laxantes, medicamentos para gripe, medicamento para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, unguentos ou suplemento alimentar?

SIM 1
 NÃO 2 } VÁ PARA E.7b
 NS 8
 NR 9

E.7a

Durante as duas últimas semanas, o(a) Sr(a) tem tomado ou usado algum desses medicamentos?

SIM 1 → VOLTE PARA E2 E ANOTE
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

E.7b FILTRO

Toma medicamentos.
(Ver Perguntas E.1, E.6 e E.7)

TOMA PELO MENOS UM 1
 NÃO TOMA NENHUM 2 → VÁ PARA E 9

E.8

No total, durante o último mês, quanto o (a) Sr(a) gastou com remédios, sem contar o que já está pagando pelo seguro saúde ou programa (incluindo injeções, cremes, etc. comprados com ou sem receita médica)?

Nada 0
 GASTO TOTAL R\$ | | | | |
 SE A PESSOA NÃO SABE O VALOR EXATO, INVESTIGUE...
 MENOS DE R\$ 8,00 1
 DE R\$ 8,00 A R\$ 20,00 2
 R\$ 20,00 OU MAIS 3
 NS 8
 NR 9

E.9

Em algum momento, durante os últimos 12 meses, o(a) Sr(a) deixou de tomar, ou tomou menos de algum remédio que lhe foi receitado?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

SIM, POR QUE?

PELO CUSTO 1
 O REMÉDIO NÃO ESTAVA DISPONÍVEL 2
 NÃO TINHA TRANSPORTE 3
 NÃO GOSTA DE TOMAR REMÉDIOS 4
 OUTRA RAZÃO 5
Especifique
 NÃO DEIXOU DE TOMAR NENHUM REMÉDIO 6
 NS 8
 NR 9

HORA DE TÉRMINO | | | | |

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

HORA DE INÍCIO: [] [] : [] []

F.1

Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem?

ASSINALE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS

SEGURO SOCIAL 1 →

VÁ PARA
F.3

OUTRO SEGURO PÚBLICO: 2

SEGURO PRIVADO: 3

PLANO DE SAÚDE PRIVADO 4

NENHUM 5

NS 8

NR 9

VÁ PARA
F.3

NOME: _____

Seu seguro cobre tudo, em parte ou nenhum dos seguintes gastos médicos?	TUDO	PARTE	NENHUM	NS	NR
F.2a Consulta de clínica geral?	1	2	3	8	9
F.2b Consulta de especialista?	1	2	3	8	9
F.2c Medicamentos prescritos?	1	2	3	8	9
F.2d Os exames que lhe mandam fazer?	1	2	3	8	9
F.2e Os gastos com hospitalização ou internação?	1	2	3	8	9
F.2f Óculos?	1	2	3	8	9
F.2g Próteses ou aparelhos de apoio?	1	2	3	8	9
F.2h Serviços de reabilitação? (i.e. fisioterapia)	1	2	3	8	9
F.2i Serviço de odontologia?	1	2	3	8	9
F.2j Consulta homeopática?	1	2	3	8	9
F.2k Pagamento de ganhos perdidos por doença? (No caso de estar trabalhando)	1	2	3	8	9

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.3

Durante os últimos 12 meses, onde o(a) Sr(a) foi quando se sentiu doente ou quando precisou fazer uma consulta de saúde?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

NÃO FEZ CONSULTA MESMO PRECISANDO	01	
NÃO FICOU DOENTE, NÃO NECESSITOU NENHUMA CONSULTA.....	02	→ VÁ PARA F.31
CONSULTÓRIO PARTICULAR	03	} VÁ PARA F.4
CLÍNICA PÚBLICA	05	
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PARTICULAR	07	
HOSPITAL PARTICULAR	08	
HOSPITAL PÚBLICO	09	
SERVIÇO DE EMERGÊNCIA EM HOSPITAL PÚBLICO	10	
FARMÁCIA	12	
CURANDEIRO	13	
OUTRO _____	96	
<i>Especifique</i>		
NS	98	
NR	99	

F.3a

Por que não foi?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

DISTÂNCIA, FALTA DE TRANSPORTE	1	} VÁ PARA F.31	
NÃO TEM TEMPO	2		
NÃO TEM DINHEIRO	3		
O ATENDIMENTO NÃO É BOM	4		
OUTRO _____	5		
<i>Especifique</i>			
NS	8		
NR	9		

F.4

Durante os últimos 4 meses, quantas vezes diferentes esteve internado em um hospital, pelo menos por uma noite?

VEZES	<input type="text"/>	
NENHUMA VEZ	00	} VÁ PARA F.11
NS	98	
NR	99	

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.5

No total, quantas noites esteve internado em um hospital nos últimos 4 meses?

NOITES

NS 998

NR 999

F.6

Onde o(a) Sr.(a) esteve internado na última vez?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

HOSPITAL PÚBLICO 1

HOSPITAL PRIVADO 3

CLÍNICA PRIVADA 4

CASA DE REPOUSO 5

OUTRO 6

Especifique

NS 8

NR 9

OPCIONAL PARA OS PAÍSES INTERESSADOS
EM VINCULAR O DADO COM OS
SISTEMAS DE REGISTRO

NOME DA INSTITUIÇÃO _____

ENDEREÇO _____

NS 98

NR 99

F.6b

Poderia me dizer o nome e o endereço deste lugar?

Minutos

Horas

NS 98

NR 99

F.7

Quanto tempo o(a) Sr.(a) demorou para chegar ao hospital?

Minutos

Horas

NS 98

NR 99

F.8

Depois que o(a) Sr.(a) chegou ao hospital, quanto tempo esperou para ser atendido?

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.9

Quem pagou pela internação?

**ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE**

ENTREVISTADO	01
ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	02
FILHO(A)	03
OUTRO FAMILIAR	04
OUTRO NÃO FAMILIAR	05
FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA	07
O SEGURO PARTICULAR COBRIU AS DESPESAS ...	08
NS	98
NR	99

**VÁ PARA
F.11**

F.10

No total, quanto pagou ou pagaram,
particularmente, por esta internação ?

TOTAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO,
INVESTIGUE:

MENOS DE R\$ 176,00	1
DE R\$ 176,00 A R\$ 441,00	2
R\$ 441,00 OU MAIS	3
NS	8
NR	9

F.11

(EXCLUINDO ESTA INTERNAÇÃO) Nos
últimos quatro (4) meses o(a) Sr.(a) procurou
assistência médica ou uma consulta médica
de qualquer tipo?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

**VÁ PARA
F.30**

F.12

Quantas vezes, nos últimos 4 meses, o(a)
Sr.(a) procurou atendimento médico?

VEZES [] [] [] []

NS	98
NR	99

F.13

Em relação à última vez que precisou de
atenção médica, com quem realizou a
consulta?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

MÉDICO	1
ENFERMEIRA	2
FARMACÊUTICO	3
CURANDEIRO (NATURALISTA)	4
OUTRO	5
NS	8
NR	9

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.14

Onde o(a) Sr.(a) recebeu esta atenção ou consulta?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

HOSPITAL PÚBLICO	01
HOSPITAL PRIVADO	03
FARMÁCIA	06
CONSULTÓRIO PARTICULAR	07
CLÍNICA PÚBLICA (UBS)	08
NA PRÓPRIA CASA	09
OUTRO _____	10
Especifique	
NS	98
NR	99

F.15

Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento?

DIAS	_____
MESES	_____
NS	98
NR	99

F.16

Quanto tempo demorou para chegar ao local onde fez a consulta?

Minutos	_____
Horas	_____
NS	98
NR	99

F.17

No local da consulta, quanto tempo esperou para ser atendido por um profissional de saúde?

Minutos	_____
Horas	_____
NS	98
NR	99

F.18

Quem pagou por esta consulta?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO	01
ESPOSO(A)/COMPANHEIRO	02
FILHO(A)	03
OUTRO FAMILIAR	04
OUTRO NÃO FAMILIAR	05
FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA, GRATUITA	07
O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS	08
NS	98
NR	99

VÁ PARA F.20

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.19

No total, quanto o(a) Sr.(a) pagou por esta consulta?

TOTAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO, INVESTIGUE:

MENOS DE R\$ 8,00	1
DE R\$ 8,00 A R\$ 20,00	2
R\$ 20,00 OU MAIS	3
NS	8
NR	9

F.20

Durante esta consulta, pediram ao(a) Sr.(a) radiografias, exames de laboratório ou outros exames?

SIM	1
NÃO	2
NS	8
NR	9

VÁ PARA
F.25

F.20a

E o(a) sr.(a) fez os exames solicitados?

SIM, FEZ TODOS	1	→	VÁ PARA F.22
NÃO FEZ TODOS, PORÉM TEM DATA MARCADA	2	→	VÁ PARA F.25
NÃO FEZ OU FEZ SÓ ALGUNS	3		

F.21

Por que não fez (todos) os exames que lhe indicaram?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ATENÇÃO CARA/CUSTO DOS EXAMES	1
CUSTO DO TRANSPORTE (DA VIAGEM)	2
TEMPO DE TRANSPORTE E A ESPERA	3
O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE	4
A FAMÍLIA PRECISAVA DELE(A)	5
NÃO TINHAMOS RECURSOS DISPONÍVEIS	6
OUTRO Especifique	7
NS	8
NR	9

VÁ PARA
F.25

F.22

Onde o(a) Sr.(a) fez os exames, diagnósticos ou exames de laboratório?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

HOSPITAL PÚBLICO	01
HOSPITAL DO SEGURO SOCIAL	02
HOSPITAL PRIVADO	03
CLÍNICA DO SEGURO	04
CLÍNICA PARTICULAR	05
FARMÁCIA	06
CONSULTÓRIO PARTICULAR	07
CLÍNICA PÚBLICA	08
LABORATÓRIO	09
OUTRO Especifique	10
NS	98
NR	99

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.23

Quem pagou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO 01
 ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 02
 FILHO(A) 03
 OUTRO FAMILIAR 04
 OUTRO NÃO FAMILIAR 05
 FOI ATENDIDO EM INSTITUIÇÃO
 PÚBLICA, GRATUITA 07
 O SEGURO PRIVADO COBRIU OS GASTOS 08
 NS 98
 NR 99

VÁPARA
F.25

F.24

Quanto pagou ou pagaram, particularmente, por
estes exames?

TOTAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO,
INVESTIGUE:

MENOS DE R\$ 8,00 1
 DE R\$ 8,00 A R\$ 20,00 2
 R\$ 20,00 OU MAIS 3
 NS 8
 NR 9

F.25

Durante a consulta lhe receitaram
medicamentos ou remédios?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁPARA
F.31

F.26

O(a) Sr.(a) conseguiu os medicamentos ou remédios
receitados?

SIM 1 →
 ALGUNS SIM E OUTROS NÃO 2
 NÃO 3
 NS 8
 NR 9

VÁPARA F.27

VÁPARA
F.31

F.26a

Por que não conseguiu os remédios?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

CUSTODOS MEDICAMENTOS 1
 O SEGURO NÃO COBRE ESTA DESPESA 2
 NÃO TINHA TRANSPORTE 3
 MEDICAMENTO NÃO ESTÁ DISPONÍVEL 4
 OUTRO 5
 NS 8
 NR 9

VÁPARA
F.31

SEÇÃO F. USO E ACESSO A SERVIÇOS

F.27

Tiveram que pagar por estes remédios?

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁPARA
F.31

F.28

Quem pagou?

ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

ENTREVISTADO 1
 ESPOSO(A)/COMPANHEIRO 2
 FILHO(A) 3
 OUTRO FAMILIAR 4
 OUTRO NÃO FAMILIAR 5
 NS 8
 NR 9

F.29

Quanto pagaram por estes medicamentos?

TOTAL [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

SE A PESSOA NÃO SOUBER O VALOR EXATO,
INVESTIGUE:

MENOS DE R\$ 8,00 1
 DE R\$ 8,00 A R\$ 20,00 2
 R\$ 20,00 OU MAIS 3
 NS 8
 NR 9

VÁPARA
F.31

F.30

Por que não fez nenhuma consulta médica nos
últimos 4 meses?ANOTE TODAS AS RESPOSTAS
MENCIONADAS ESPONTANEAMENTE

NÃO PRECISOU 01
 CUSTO 02
 CUSTO DA VIAGEM 03
 TEMPO DA VIAGEM E DA ESPERA 04
 O PROBLEMA NÃO ERA GRAVE 05
 O ATENDIMENTO É RUIM 06
 A FAMÍLIA PRECISAVA DELE(A) 07
 AUTOMEDICOU-SE 08
 OUTRO 09
 Especifique
 NS 98
 NR 99

F.31

Antes de terminarmos esta seção, o(a) Sr.(a) poderia
me dizer se recebeu algumas destas vacinas?

Gripe, durante os últimos 12 meses?

Tetano, durante nos últimos 10 anos?

SIM, GRIPE, DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES .. 1
 SIM, TÊTANO, NOS ÚLTIMOS 10 ANOS 2
 NENHUMA 3
 NS 8
 NR 9

HORA DE TÉRMINO: [] [] : [] []

SEÇÃO G - REDE DE APOIO FAMILIAR E SOCIAL

HORA DE INÍCIO: [] : []

AGORA TEMOS ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SUA CASA. AS FAMÍLIAS E OS AMIGOS AJUDAM-SE MUTUAMENTE DE VÁRIAS MANEIRAS. PARTE DA NOSSA PESQUISA TEM POR OBJETIVO DESCOBRIR COMO ISTO ACONTECE. PARA TERMOS UM PANORAMA COMPLETO DA SITUAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS, PRECISAMOS CONHECER ALGUNS DETALHES SOBRE AS PESSOAS QUE MORAM HABITUALMENTE NESTA CASA.

DADOS GERAIS DOS MEMBROS DO DOMICÍLIO

Anote o nome de todos os componentes da família e inclua o ENTREVISTADO. Pergunte G.3 a G.16 para cada componente da família e SOMENTE G.3 PARA O ENTREVISTADO.

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.1	G.2	G.3	G.4	G.5	G.6
		POR FAVOR, DIGA-ME O NOME DE CADA UMA DAS PESSOAS QUE VIVEM AQUI, COMEÇANDO PELO CHEFE DA FAMÍLIA; NÃO SE ESQUEÇA DE INCLUIR SEU NOME E O DAS CRIANÇAS. INCLUA TAMBÉM A EMPREGADA DOMÉSTICA QUE MORA NA CASA ANOTE OS NOMES DE TODOS OS MEMBROS DA CASA, INCLUA O ENTREVISTADO REGISTRANDO "ENTREVISTADO"	ENTÃO, SÃO [] [] PESSOAS QUE COMPÕEM ESTA FAMÍLIA? SIM 1 NÃO ... 2	QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O(A) CHEFE DA FAMÍLIA? ESPOSO(A)/ COMPANHEIRO(A) 02 FILHO(A) 03 PAIS 04 SOGROS 05 IRMÃOS 06 GENRO OU NORA 07 NETO(A) 08 ENTEADO(A) 09 OUTRO FAMILIAR 10 OUTRO NÃO FAMILIAR 11 EMPREGADO DOMÉSTICO 12 NS 98 NR 99	QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O(A) SR.(A)? ESPOSO(A)/ COMPANHEIRO(A) 01 FILHO(A) 02 PAIS 03 SOGROS 04 IRMÃOS 05 GENRO OU NORA 06 NETO(A) 07 ENTEADO(A) 08 OUTRO FAMILIAR 09 OUTRO NÃO FAMILIAR 10 EMPREGADO DOMÉSTICO 11 NS 98 NR 99	(NOME) É HOMEM OU MULHER? HOMEM 1 MULHER 2 NÃO SE APLICA 7
	LISTA DE PESSOAS ↓ G.1		PARENTESCO ↓ G.3	PARENTESCO ↓ G.4	SEXO → G.5	IDADE → G.6
1			01 CHEFE DO DOMICÍLIO	[] []	[] []	[] [] [] []
2			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
3			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
4			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
5			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
6			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
7			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
8			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
9			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []
10			[] []	[] []	[] []	[] [] [] []

DADOS GERAIS E EDUCAÇÃO

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	PARA PESSOAS COM 5 ANOS COMPLETOS OU MAIS		
	G.7	G.8	G.9
	(NOME) TEM DIREITO A SERVIÇO MÉDICO (OU COBERTURA MÉDICA)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 2 CÓDIGOS</div> SEGURO SOCIAL ? 1 OUTRO SERVIÇO PÚBLICO 2 EMPRESAS PRIVADAS 4 NÃO TEM DIREITO A SERVIÇO MÉDICO? 6 NA 7 NS 8 NR 9 <div style="text-align: center;">→ G.7</div>	(NOME), SABER LER E ESCREVER UM RECADO? SIM 1 NÃO 2 NA 7 NS 8 NR 9 <div style="text-align: center;">→ G.8</div>	(NOME) FREQUENTOU A ESCOLA? SIM 1 NÃO 2 NA 7 NS 8 NR 9 <div style="text-align: center;">→ G.9</div>
	AFILIAÇÃO	ALFABETIZAÇÃO	ASSISTÊNCIA
1	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VÁ PARA
G.11

CARACTERÍSTICAS ECONÔMICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

PARA AS PESSOAS DE 5 ANOS COMPLETOS OU MAIS		PARA PESSOAS COM 12 ANOS COMPLETOS OU MAIS			
G.10		G.11	G.12		
QUAL FOI O ÚLTIMO GRAU QUE (NOME) FOI APROVADO NA ESCOLA? <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ANOTE O ÚLTIMO GRAU APROVADO E O NÍVEL CORRESPONDENTE </div> <p>Série:</p> <p>Primeiro grau (ou primário + ginásio)..... 01 Segundo grau (antigo clássico e científico).....02 Primeiro grau + auxiliar técnico.....03 Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório)..... 04 Magistério - segundo grau (antigo normal)..... 06 Graduação (nível superior)..... 07 Pós-graduação.....08 NA.....97 NS.....98 NR.....99</p> <p style="text-align: right;">→ G.10</p>		ATUALMENTE (NOME)... <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA </div> <p>VIVE EM UNIÃO LIVRE 1</p> <p>É CASADO? 2</p> <p>É VIÚVO? 3</p> <p>É DIVORCIADO? 4</p> <p>É SEPARADO? 5</p> <p>É SOLTEIRO? 6</p> <p>NA 7</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p style="text-align: right;">→ G.11</p>		NA SEMANA PASSADA (NOME): <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> LEIA CADA OPÇÃO ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA </div> <p>TRABALHO? 01</p> <p>NÃO TRABALHO, MAS TINHA TRABALHO 02</p> <p>PROCUROU TRABALHO ? 03</p> <p>DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS? 04</p> <p>FOI PARA ESCOLA? 05</p> <p>ESTÁ APOSENTADO OU É PENSIONISTA? 06</p> <p>ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 07</p> <p>NÃO TRABALHO? 08</p> <p>NA 97</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: right;">→ G.12</p>	
NÍVEL	GRAU	ESTADO CML	CONDIÇÃO DE ATIVIDADE		
1	_____	_____	_____		
2	_____	_____	_____		
3	_____	_____	_____		
4	_____	_____	_____		
5	_____	_____	_____		
6	_____	_____	_____		
7	_____	_____	_____		
8	_____	_____	_____		
9	_____	_____	_____		
10	_____	_____	_____		

TRANSFERÊNCIAS

G.17a

Entre as pessoas que moram com o Sr. nesta casa, há alguém, com 60 anos ou mais, que esteja permanentemente em um hospital, asilo ou outra instituição?

SIM, QUANTAS?

NÃO 0

NS 8

NR 9

VÁ
PARA
G.18

NÚMERO ORDEM SERIAL	G.17b	G.17c	G.17d	G.17e
	INDICAR O NOME OU OS NOMES DAS PESSOAS AUSENTES	QUANTOS ANOS COMPLETOS TEM (NOME)?	(NOME) É HOMEM OU MULHER?	Em que tipo de instituição está agora?
	↓ G.17b	→ G.17c	→ G.17d	→ G.17e
	LISTA DE PESSOAS	IDADE	SEXO	INSTITUIÇÃO
1		_ _ _	_	_ _
2		_ _ _	_	_ _
3		_ _ _	_	_ _
4		_ _ _	_	_ _

G.18 FILTRO

O entrevistado tem pelo menos um filho, enteado ou filho adotivo, atualmente vivo que não reside nessa casa. (ver pergunta A.23 e G.3)

SIM 1

NÃO 2 →

VÁ PARA G.32

DADOS GERAIS DE FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.18a	G.19	G.20	G.21
		AGORA, QUERO PERGUNTAR SOBRE OS FILHOS QUE NÃO MORAM COM O SR. POR FAVOR DIGA-ME O NOME DOS SEUS FILHOS QUE NÃO VIVEM COM O SR. ANOTE OS NOMES DE TODOS OS FILHOS QUE NÃO MORAM COM O ENTREVISTADO E PERGUNTE G.19 A G.31 No. DE FILHOS FORA DA CASA _____ NÃO TEM FILHOS FORA DE CASA00 NS98 NR99 VA PARA G.32	(NOME) É SEU LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA Filho(a) prolo? 1 Enteadado? 2 Filho(a) adotivo? 3 NS 8 NR 9	(NOME) É HOMEM OU MULHER? HOMEM 1 MULHER 2
	↓ G.18a	→ G.19	→ G.20	→ G.21
	NOME	PARENTESCO	SEXO	IDADE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DADOS GERAIS DE FILHOS QUE NÃO MORAM NA CASA

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.26	G.27a		G.27b
	ONDE (NOME) VIVE? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA Mesmo bairro 1 Outro bairro na mesma cidade 2 Outra cidade, mas mesmo país 3 OUTRO PAÍS 4 NS 8 NR 9 → G.26	COM QUE FREQUÊNCIA O SR. VÊ OU FALA COM (NOME)? VEZES por PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ POR ANO..00, 4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR ..99, 9 → G.27a		COMO O SR. SE SENTE COM A SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA MUITO SATISFEITO 1 SATISFEITO 2 NÃO ESTÁ SATISFEITO 3 NS 8 NR 9 → G.27b
	RESIDÊNCIA	VEZES	PERÍODO	SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.32	G.33	G.34	G.35	G.36
	<p>Em seguida temos algumas perguntas a fazer sobre irmãos e irmãs que não moram com o Sr.</p> <p>Começando com seu irmão mais velho, por favor, diga-me os nomes de cada um dos seus irmãos que não vivem com o Sr.</p> <p>ANOTE TODOS OS IRMÃOS QUE NÃO MORAM NO DOMICÍLIO E PERGUNTE DE G.33 A G.43</p> <p>TEM IRMÃOS FORA DO DOMICÍLIO 1</p> <p>NÃO TEM IRMÃOS FORA DO DOMICÍLIO OU JÁ FALEECERAM 0</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA G.44</p> <p>↓ G.32</p>	<p>(NOME) É HOMEM OU MULHER?</p> <p>HOMEM 1</p> <p>MULHER 2</p> <p>→ G.33</p>	<p>QUE IDADE TEM (NOME)?</p> <p>IDADE EN ANOS CUMPLIDOS</p> <p>NS 998</p> <p>NR 999</p> <p>→ G.34</p>	<p>ATUALMENTE, (NOME)...?</p> <p>LÊIA AS OPÇÕES ATÉ OBTIVER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p> <p>VIVE EM UNIÃO</p> <p>LIVRE 1</p> <p>É CASADO? 2</p> <p>É VIÚVO? 3</p> <p>É DIVORCIADO? 4</p> <p>É SEPARADO? 5</p> <p>É SOLTEIRO? 6</p> <p>NS 8</p> <p>NR 9</p> <p>→ G.35</p>	<p>QUANTOS FILHOS TEM (NOME)?</p> <p>ANOTE O NÚMERO DE FILHOS</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>→ G.36</p>
	NOME DOS IRMÃOS	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE FILHOS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

G.37		G.38		G.39a		G.39b			
NA SEMANA PASSADA (NOME): LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA		ONDE (NOME) VIVE? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA		COM QUE FREQUÊNCIA VÊ OU FALA COM (NOME)? VEZES por PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ AO ANO.....00,4 Nunca.....00, 0 NS98, 8 NR99, 9		QUÃO SATISFEITO O SR. SE SENTE COM A SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA			
TRABALHOU? 01 NÃO TRABALHOU, MAS TINHA TRABALHO? 02 PROCUROU TRABALHO ? 03 DEDICOU-SE A OS FAZERES DOMÉSTICOS? 04 FOI A ESCOLA 05 ESTÁ APOSENTADO OU PENSIONISTA? 06 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 07 NÃO TRABALHOU? 08 NS 98 NR 99	Mesmo bairro 1 Outro bairro na mesma cidade 2 Outra cidade no mesmo país 3 Outro país 4 NS 8 NR 9	→ G.37		→ G.38		→ G.39a		→ G.39b	
CONDIÇÃO DE ATIVIDADE		RESIDÊNCIA		VEZES **		PERÍODO		SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO	
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	

DADOS GERAIS DE IRMÃOS E IRMÃS

		G.40		G.41		G.42		G.43	
N Ú M E R O D E R E G I S T R O		AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA.		COM QUE FREQUÊNCIA (NOME) AJUDA O SR.?		AGORA DIGA-ME SE O SR. AJUDA (NOME) DE ALGUMA FORMA.		NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. AJUDA (NOME)?	
		SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS.		VEZES por		SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS.		VEZES por	
		SIM, COM DINHEIRO 1		PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3		SIM, COM DINHEIRO 1		SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3	
		COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2		MENOS DE UMA VEZ AO ANO....00, 4		COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2		DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC. 3	
		DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC. 3		Nunca.....00, 0		DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC. 3		COMPANHIA 4	
		COMPANHIA 4		NS98, 8		COMPANHIA 4		OUTRO 5	
		OUTRO 5		NR99, 9		OUTRO 5		MENOS DE UMA VEZ AO ANO....00, 4	
		NÃO 6				NÃO 6		Nunca.....00, 0	
		NS 8				NS 8		NS98, 8	
		NR 9				NR 9		NR99, 9	
		VÁ PARA G.42 →		→ G.41		VÁ PARA G.44 → G.42		→ G.43	
		AJUDA RECEBIDA		VEZES PERÍODO		AJUDA DO ENTREVISTADO		VEZES PERÍODO	
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								

DADOS GERAIS DE OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

	G.44a	G.44b	G.45	G.46
N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	EXISTE ALGUM OUTRO FAMILIAR OU AMIGO DO QUAL O SR. RECEBE OU DÁ AJUDA E QUE NÃO MORA NA SUA CASA? SIM. → PODERIA ME DIZER O NOME DESTAS PESSOAS? 1 NÃO 2 NS 8 NR 9 VÁ PARA G.52 ANOTE TODOS OS OUTROS FAMILIARES E AMIGOS QUE NÃO RESIDEM NO DOMICÍLIO E PERGUNTE G.44b-G.51 ↓ G.44a	QUAL É O PARENTESCO DE (NOME) COM O SR.? PAIS 1 SOGROS 2 GENRO OU NORA 3 NETO 4 SOBRINHO(A) 5 OUTRO FAMILIAR 6 NÃO FAMILIAR 7 NS 8 NR 9 → G.44b	(NOME) É HOMEM OU MULHER? HOMEM 1 MULHER 2 → G.45	ONDE (NOME) VIVE? LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA MESMO BAIRRO 1 OUTRO BAIRRO, MAS NA MESMA CIDADE 2 OUTRA CIDADE, MAS MESMO PAÍS 3 OUTRO PAÍS 4 NS 8 NR 9 → G.46
	NOME	PARENTESCO	SEXO	RESIDÊNCIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

DADOS GERAIS DE OUTROS FAMILIARES E AMIGOS

N Ú M E R O D E R E G I S T R O	G.47a		G.47b		G.48		
		COM QUE FREQUÊNCIA VÊ OU FALA COM (NOME)? VEZES por PERÍODO: SEMANA 1 MÊS 2 ANO 3 MENOS DE UMA VEZ POR ANO00, 4 Nunca00, 0 NS98, 8 NR99, 9 → G.47a		QUÃO SATISFEITO O SR. SE SENTE COM SUA COMUNICAÇÃO COM (NOME)? <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</div> MUITO SATISFEITO 1 SATISFEITO 2 NÃO ESTÁ SATISFEITO 3 NS 8 NR 9 → G.47b		AGORA DIGA-ME SE (NOME) LHE OFERECE ALGUM TIPO DE AJUDA. <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">SE SIM, LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</div> SIM, COM DINHEIRO 1 COM SERVIÇOS COMO TRANSPORTE, AJUDA NAS TAREFAS DE CASA, ETC. 2 DANDO COISAS QUE PRECISA COMO COMIDA, ROUPAS, ETC. ... 3 COM COMPANHIA 4 OUTRO 5 NÃO 6 NS 8 NR 9 → G.48 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">VÁ PARA G.50</div>	
	VEZES	PERÍODO	SATISFAÇÃO COM A COMUNICAÇÃO		AJUDA RECEBIDA		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.52	G.53	G.54	
		<p>DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O SR. RECEBEU ASSISTÊNCIA DE ALGUM TIPO DE INSTITUIÇÃO OU ORGANIZAÇÃO QUE APOIA OS IDOSOS EM SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE TODOS OS CÓDIGOS QUE CORRESPONDEM. PONHA UMA SÓ RESPOSTA EM CADA LINHA</p> <p>SIM, SERVIÇO DE BEM ESTAR SOCIAL 1</p> <p>CENTRO DE IDOSOS 2</p> <p>SERVIÇO DE CUIDADOS EM CASA 3</p> <p>IGREJA OU TEMPLO 4</p> <p>OUTRO 5</p> <p>NÃO 6</p> <p>NS..... 8</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA G.55</p> <p>↓ G.52</p>	<p>QUE TIPO DE AJUDA O SR. RECEBE?</p> <p>LEIA CADA OPÇÃO E ANOTE ATÉ TRÊS CÓDIGOS</p> <p>DINHEIRO 01</p> <p>COMIDA 02</p> <p>ROUPA 03</p> <p>AJUDA NAS TAREFAS DA CASA 04</p> <p>AJUDA COM CUIDADO PESSOAL 05</p> <p>TRANSPORTE 06</p> <p>LAZER/DIVERSÃO 07</p> <p>COMPANHIA 08</p> <p>OUTRO 09</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>→ G.53</p>	<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. RECEBE ESTA AJUDA?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERÍODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ AO ANO...00,4</p> <p>NS98, 8</p> <p>NR99, 9</p> <p>→ G.54</p>
	ASSISTÊNCIA	TIPO DE AJUDA DAS INSTITUIÇÕES	VEZES	PERÍODO
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E TRANSFERÊNCIAS

N Ú M E R O D E E R E G I S T R O	G.55	G.56	G.57	
		<p>DURANTE O ÚLTIMO ANO, O SR. PRESTOU ALGUM SERVIÇO DE FORMA VOLUNTÁRIA OU GRATUITA PARA ALGUMA ORGANIZAÇÃO DA SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE TODOS OS CÓDIGOS QUE CORRESPONDAM. PONHA UMA SÓ RESPOSTA EM CADA LINHA</p> <p>SIM, SERVIÇO DE</p> <p>BEM ESTAR SOCIAL 01</p> <p>CENTRO DE IDOSOS 02</p> <p>CRECHE/CENTRO INFANTIL 03</p> <p>COLÉGIO/ UNIVERSIDADE 04</p> <p>POSTO DE SAÚDE 05</p> <p>IGREJA OU TEMPLO 06</p> <p>HOSPITAL 07</p> <p>OUTRO 08</p> <p>NÃO 09</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p>VÁ PARA SECCIÓN H</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">G.55</p>	<p>QUE TIPO DE AJUDA O SR. DÁ ÀS ORGANIZAÇÕES OU ENTIDADES DA SUA COMUNIDADE?</p> <p>ANOTE ATÉ 3 CÓDIGOS</p> <p>DINHEIRO 01</p> <p>COMIDA 02</p> <p>ROUPA 03</p> <p>ADMINISTRAÇÃO DO PROGRAMA 04</p> <p>TRANSPORTE 05</p> <p>AJUDA COM ENSINO 06</p> <p>AJUDA NAS OFICINAS 07</p> <p>OUTRO 08</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p> <p style="text-align: center;">→</p> <p style="text-align: center;">G.56</p>	<p>NO TOTAL, COM QUE FREQUÊNCIA O SR. DÁ ESTA AJUDA?</p> <p>VEZES</p> <p>por</p> <p>PERÍODO:</p> <p>SEMANA 1</p> <p>MÊS 2</p> <p>ANO 3</p> <p>MENOS DE UMA VEZ AO ANO...00, 4</p> <p>NS 98, 8</p> <p>NR 99, 9</p> <p style="text-align: right;">G.57</p>
	SERVICIO VOLUNTARIO	AJUDA O ENTREVISTADO	VEZES	PERÍODO
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

HORA DE TÉRMINO: :

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

HORA DE INÍCIO: []:[]:[]

H.1

Alguma vez, na sua vida, o(a) Sr.(a) teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie?

SIM 1 →
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA H.4

H.2

Alguma vez, na sua vida, trabalhou ou ajudou em um estabelecimento familiar, sem receber qualquer tipo de pagamento?

SIM 1 →
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA H.4

H.3

Qual a principal razão pela qual o(a) sr.(a) nunca trabalhou?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

PROBLEMA DE SAÚDE 1
 NÃO TINHA NECESSIDADE ECONÔMICA 2
 DEDICOU-SE A CUIDAR DA FAMÍLIA 3
 CASOU-SE MUITO JOVEM 4
 NÃO HAVIA OPORTUNIDADE DE TRABALHO 5
 OS PAIS NÃO DEIXARAM 6
 OUTRO 7
Especifique
 NS 8
 NR 9

VÁ
PARA H.26

H.4

Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a trabalhar, na primeira vez?

ANOS [] [] []
 NS 98
 NR 99

H.5

Na semana passada, o(a) Sr.(a)...(LEIA TODAS AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA)

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

TRABALHOU? 01
 TINHA TRABALHO POREM NÃO TRABALHOU? ... 02
 AJUDOU EM NEGÓCIO FAMILIAR, COM OU SEM PAGAMENTO? 03
 PROCUROU TRABALHO? 04
 DEDICOU-SE AOS AFAZERES DOMÉSTICOS? 05
 APOSENTADO OU PENSIONISTA? 06
 ESTÁ INCAPACITADO TEMPORARIAMENTE PARA O TRABALHO? 07
 ESTÁ INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO? 08
 NÃO TRABALHOU? 09
 NS 98
 NR 99

VÁ
PARA H.9

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.6
Além desta atividade, (condição em H.5), na semana passada o(a) Sr.(a)...

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA -
RESPOSTA AFIRMATIVA

- VENDEU ALGUM PRODUTO? 01
FEZ ALGUNS PRODUTOS PARA VENDER? 02
LAVOU, PASSOU, COZINHOU, CONSERTOU
ELETRODOMÉSTICOS OU REALIZOU QUALQUER
TAREFA EM TROCA DE PAGAMENTO? 03
AJUDOU ALGUÉM EM ALGUMA ATIVIDADE
DE PLANTIO OU CRIAÇÃO DE ANIMAIS? 04
(NÃO LER) NÃO REALIZOU NENHUMA DESTAS
ATIVIDADES? 05
NS 98
NR 99

VÁ
PARA H.9

H.7
Com que idade deixou de trabalhar?

- ANOS
NS 998
NR 999

H.8
Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) não trabalha atualmente?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

- NÃO CONSEGUE TRABALHO 1
PROBLEMAS DE SAÚDE 2
APOSENTADO POR IDADE 3
FOI COLOCADO À DISPOSIÇÃO 4
A FAMÍLIA NÃO QUER QUE TRABALHE 5
OUTRO 6
Especifique
NS 8
NR 9

H.9
Agora, vou me referir ao seu trabalho atual ou ao último que o(a) Sr(a) teve.

Qual é o nome da ocupação ou ofício que o(a) Sr.(a) desempenhou no seu trabalho principal, na semana passada (ou a última vez que trabalhou)?

- Textual
.....
.....
.....
NS 98
NR 99

H.10
Quais foram as atividades ou tarefas mais importantes que o(a) Sr.(a) desenvolveu no seu trabalho principal, na semana passada (ou a última vez que trabalhou)?

- Textual
.....
.....
.....
NS 98
NR 99

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.11

A que se dedica ou dedicava o estabelecimento onde o(a) Sr.(a) trabalha ou trabalhou?

ESTABELECIMENTO : NEGÓCIO, ESCRITÓRIO, FÁBRICA, EMPRESA, INSTITUIÇÃO OU COMPANHIA

Textual

NS 98

NR 99

H.12

Com relação ao seu trabalho principal, o Sr.(a) é ou era...?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

OPERÁRIO OU EMPREGADO NÃO AGROPECUÁRIO? 01

DIARISTA RURAL OU PEÃO DO CAMPO? 02

PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 1 A 5 EMPREGADOS)? 03

PATRÃO, EMPREGADOR OU PROPRIETÁRIO (COM 6 OU MAIS EMPREGADOS)? 04

TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA? 05

TRABALHADOR FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? ... 06

TRABALHADOR NÃO FAMILIAR, SEM PAGAMENTO? 07

TRABALHADOR POR EMPREITADA? 08

OUTRO 09

Especifique

NS 98

NR 99

H.13

Quantas horas o(a) Sr.(a) dedica ou dedicava ao seu trabalho principal ou atividade?

POR DIA: 1 [] [] []

POR SEMANA 2 [] [] []

POR MÊS 3 [] [] [] [] []

NS 998

NR 999

H.14a

Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) trabalhou, na semana passada, em sua ocupação principal (ou na última vez que trabalhou)?

DIAS [] [] []

NS 8

NR 9

H.14b

Quantas semanas por ano trabalhou (no seu trabalho principal) nos últimos 12 meses (ou a última vez que trabalhou)?

SEMANAS [] [] []

NS 98

NR 99

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

<p>H.15 A ocupação ou ofício que o(a) sr(a) desempenha (ou a última que desempenhou) é a que realizou durante a maior parte da sua vida adulta?</p>	<table border="0"> <tr> <td>SIM</td> <td>1</td> <td>→</td> <td rowspan="2">VÁ PARA H.18</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TRABALHOU POUCO TEMPO</td> <td>3</td> <td>→</td> <td rowspan="3">VÁ PARA H.21</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> <td></td> </tr> </table>	SIM	1	→	VÁ PARA H.18	NÃO	2		TRABALHOU POUCO TEMPO	3	→	VÁ PARA H.21	NS	8		NR	9	
SIM	1	→	VÁ PARA H.18															
NÃO	2																	
TRABALHOU POUCO TEMPO	3	→	VÁ PARA H.21															
NS	8																	
NR	9																	
<p>H.16 Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da sua vida?</p>	<p>Textual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.16a Quais foram as atividades ou tarefas mais importantes que desempenhou no emprego em que trabalhou a maior parte da sua vida?</p>	<p>Textual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.16b A que se dedica (ou dedicava) o estabelecimento no qual trabalhou a maior parte de sua vida?</p>	<p>Textual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.17 Por que mudou de ocupação?</p>	<p>Textual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.18 Quantos anos o(a) Sr.(a) dedica ou dedicou a esta ocupação?</p>	<p>ANOS [] [] []</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	
<p>H.19 Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tinha ou tem um problema de saúde provocado pelas condições desta ocupação?</p>	<table border="0"> <tr> <td>SIM</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} VÁ PARA H.21</td> </tr> <tr> <td>NÃO</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NS</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NR</td> <td>9</td> </tr> </table>	SIM	1	} VÁ PARA H.21	NÃO	2	NS	8	NR	9								
SIM	1	} VÁ PARA H.21																
NÃO	2																	
NS	8																	
NR	9																	
<p>H.20 Que tipo de problema é este?</p>	<p>Textual _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>NS 98</p> <p>NR 99</p>																	

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.21 FILTRO

TRABALHO ATUAL
(VERIFIQUE AS PERGUNTAS H.5 E H.6)

TRABALHA ATUALMENTE 1
NÃO TRABALHA ATUALMENTE 2 →

VÁ
PARA H.26

H.22

Qual é a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) trabalha?

ANOTE SOMENTE UMA RESPOSTA

NECESSITA DO GANHO 1
QUER AJUDAR A FAMÍLIA 2
QUER MANTER-SE OCUPADO 3
NECESSIDADE DE SENTIR-SE ÚTIL, PRODUTIVO 4
GOSTO DO MEU TRABALHO 5
OUTRO 6
(Especifique)
NS 8
NR 9

H.23

Em seu trabalho, o SR. recebe algum destes benefícios?

LEIA TODAS AS OPÇÕES E
ASSINALE TODAS AS AFIRMATIVAS

BONUS 01
PARTICIPAÇÃO NOS LUCROS 02
APOSENTADORIA OU PENSÃO 03
SERVIÇOS MÉDICOS PRIVADOS 04
AUXÍLIO PARA ALIMENTAÇÃO 05
GRATIFICAÇÃO DE NATAL (13 ° SALÁRIO) 06
OUTRO 07
(Especifique)
NENHUM 08
NS 98
NR 99

H.24

Neste trabalho, como pagam o Sr.?

LEIA TODAS AS OPÇÕES E ASSINALE
AS MENCIONADAS
ESPONTANEAMENTE

SALÁRIO FIXO (MENSAL OU QUINZENAL) 01
POR HORA OU POR DIA 02
POR EMPREITADA 03
POR COMISSÃO OU PORCENTAGEM 04
POR HONORÁRIOS 05
POR GORJETAS 06
EM ESPÉCIE 07
POR LUCROS 08
OUTRO? 09
Especifique
NÃO LHE PAGAM 10 →
NS 98
NR 99

VÁ
PARA H.26

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.25

No total, quanto o SR. ganha por este e outros trabalhos que realiza e com que frequência?

ESCOLHA A ALTERNATIVA QUE MAIS SE AJUSTAR

POR DIA 1 | | | | | | | | | |

POR SEMANA 2 | | | | | | | | | |

POR QUINZENA 3 | | | | | | | | | |

POR MÊS 4 | | | | | | | | | |

POR ANO 5 | | | | | | | | | |

NS 98

NR 99

H.26	H.27a QUANTIA	H.27b FREQUÊNCIA												
O(a) Sr.(a) recebe receita por...	Quanto o(a) Sr.(a) recebe por....(benefícios em H.26)	Com que FREQUÊNCIA o recebe (BENEFÍCIO em H.26)?												
LEIA TODAS AS OPÇÕES E ASSINALEAS AFIRMATIVAS	PARA CADA RESPOSTA AFIRMATIVA EM H.26 PERGUNTE H.27A E H.27B	Por semana..... 1 Por mês..... 2 Por quinzena..... 3 por ano..... 4												
apontadoria ou pensão? 1		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vezes</th> <th>Período</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Vezes	Período										
Vezes	Período													
ajuda de familiares que estão em outro país? 2														
ajuda de familiares que estão no país? 3														
aluguel (renda) ou aplicações bancárias? 4														
ajuda do bem estar: social? 5														
outro? 6 (Especifique)														
nada 7	NS..... 999998	NS..... 98												
NS 8	NR..... 999999	NR..... 99												
NR 9														

H.27c FILTRO

Recebe alguma receita.

(Ver perguntas H.23, H.24 e H.26.)

SIM 1

NÃO 2 → VÁ PARA H.29a

H.28

Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?

INCLUA O ENTREVISTADO NO TOTAL DE PESSOAS QUE DEPENDEM DESTES INGRESSOS

SÓ O ENTREVISTADO 01

NÚMERO DE PESSOAS | | |

NS 98

NR 99

Agora, vou mencionar algumas despesas da vida diária e gostaria que me dissesse se é o Sr quem paga ou alguém mais o ajuda.	O SR. PAGA		ALGUÉM MAIS	NÃO FAZ	NR
	Sim, todo	Sim, em parte			
H.29a Casa (luz, gás, telefone, água, aluguel, etc.)	1	2	3	4	9
H.29b Comida	1	2	3	4	9
H.29c Roupa	1	2	3	4	9
H.29d Gastos médicos (remédios, consultas, etc.)	1	2	3	4	9
H.29e Passelosou transporte	1	2	3	4	9
H.29f Outros _____ <i>Especifique</i> _____ _____	1	2	3	4	9

H.30

Considera que o Sr. (e sua companheira) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

SIM 1
NÃO 2
NS 8
NR 9

HORA DE TÉRMINO: [] [] : [] []

HORA DE INÍCIO: : :

J.1

Agora, quero fazer algumas perguntas sobre a sua casa.

Esta casa é?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

CASA? 1

APARTAMENTO? 2

BARRACO OU TRAILER? 3

ABRIGO? 4

OUTRO? _____ 5
Especifique

NR 9

J.2

Esta casa é:

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

PRÓPRIA E QUITADA, EM TERRENO PRÓPRIO? 1

AINDA ESTÁ PAGANDO? 2

PRÓPRIA, EM TERRENO QUE NÃO É PRÓPRIO? 3

ARRENDADA OU ALUGADA? 4

EMPRESTADA? 5

OUTRO? _____ 6
Especifique

NS 8

NR 9

J.3

A sua casa tem luz elétrica?

SIM 1

NÃO 2

J.4

Os moradores desta casa dispõem de água encanada?

LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTER UMA RESPOSTA AFIRMATIVA

DENTRO DA CASA? 1

FORA DA CASA, MAS NO TERRENO? 2

FONTE PÚBLICA? 3

NÃO DISPÕEM DE ÁGUA ENCANADA? 4

NR 9

J.5a

Esta casa tem algum sistema de drenagem do esgoto?

SIM 1

NÃO 2

NR 9

VÁ PARA J.6

J.5b

Está conectado a rede pública, fossa séptica ou poço?

CONECTADO A REDE PÚBLICA DE ESGOTO 1

CONECTADO A FOSSA SÉPTICA OU POÇO 2

ESCOAMENTO A CÉU ABERTO, RIO OU LAGO 3

NS 8

NR 9

SECCIÓN J. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

<p>J.6</p> <p>De que material é a maior parte do piso desta casa?</p>	<p>TERRA 1</p> <p>CIMENTO OU LADRILHOS 2</p> <p>MADEIRA, TACO, CARPETE OU OUTRO REVESTIMENTO 3</p> <p>NR 9</p>
<p>J.7</p> <p>No total, quantos cômodos tem esta casa, sem contar banheiro, cozinha e corredores?</p>	<p>NÚMERO DE CÔMODOS <input type="text"/></p>
<p>J.8</p> <p>Esta casa tem um cômodo para cozinhar?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NR 9</p>
<p>J.9</p> <p>Que tipo de combustível é utilizado para cozinhar?</p> <p>LEIA AS OPÇÕES ATÉ OBTEN UMA RESPOSTA AFIRMATIVA</p>	<p>GÁS NATURAL ENCANADO 1</p> <p>GÁS DE BOTIJÃO 2</p> <p>ELETRICIDADE 3</p> <p>QUEROSENE OU PARAFINA 4</p> <p>CARVÃO OU LENHA 5</p> <p>OUTRO 6</p> <p>NR 9</p>
<p>J.10</p> <p>Esta casa tem banheiro?</p>	<p>SIM, DENTRO DE CASA 1</p> <p>SIM, FORA DA CASA MAS NO MESMO TERRENO 2</p> <p>NÃO TEM 3</p> <p>NR 9</p> <p>VÁ PARA J.12</p>
<p>J.11</p> <p>O banheiro tem água encanada?</p>	<p>SIM 1</p> <p>NÃO 2</p> <p>NR 3</p>
<p>J.12</p> <p>Alguém desta casa possui...</p> <p>LEIA CADA OPÇÃO E ASSINALE TODAS AS AFIRMATIVAS</p>	<p>BICICLETA? 1</p> <p>MOTOCICLETA OU MOTONETA? 2</p> <p>AUTOMÓVEL? 3</p> <p>OUTRO VEÍCULO? 4</p> <p>NENHUM VEÍCULO 5</p> <p>NR 9</p>

J.13

Nesta casa tem

LEIA AS OPÇÕES E ANOTE TODAS
AS AFIRMATIVAS

Geladeira?	01
Máquina de lavar?	02
Aquecedor de água?	03
Forno microondas?	04
Televisão?	05
Telefone?	06
Vídeo-cassete?	07
Radio, aparelho de som (modular ou tocador de CD)?	08
Aquecimento central (calefação)??	09
Ar Condicionado?	10
Ventilador?	11
Nenhum	12
NR	99

HORA DE TÉRMINO: [] [] : [] []

TOMAR TRÊS MEDIDAS PARA TODAS AS PERGUNTAS ABAIXO

K.5 Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostadas na parede. Olhe bem para a frente.	ALTURA cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999
K.6 MEDIDA DA ALTURA DOS JOELHOS	ALTURA cm
K.7 CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO	CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO cm
K.8 CINTURA	CINTURA cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999
K.9 QUADRIL	QUADRIL cm NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999
K.10 PREGA TRICIPITAL	PREGA TRICIPITAL cm
K.11 PESO	PESO kg NÃO CONSEGUE PARAR DE PÉ 999
K.12 CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA	CIRCUNFERÊNCIA DE PANTURRILHA cm
K.13 LARGURA DO PULSO	LARGURA DO PULSO cm

SEÇÃO K. ANTROPOMETRIA

K.14

O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?

SIM 1 →
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

VÁ PARA A
SEÇÃO L

K.15

Agora vou usar um instrumento que se chama **DINAMÔMETRO** para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o Sr. **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses.

Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho?

Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o Sr. está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo.

ANOTE A MÃO USADA NO TESTE:

1.DIREITA

2.ESQUERDA

PRIMEIRA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

ENTREVISTADO INCAPACITADO 97

RECUSOU-SEA TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

_____kg

SEGUNDA VEZ:

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95

NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96

ENTREVISTADO INCAPACITADO 97

RECUSOU-SEA TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE:

_____kg

HORA DE TÉRMINO: ____ : ____

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

HORA DE INÍCIO: | | : | |

PARA CONTINUARMOS PRECISO REALIZAR ALGUNS TESTES PARA MEDIR SUA MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE. PRIMEIRO VOU-LHE MOSTRAR COMO FAZER CADA MOVIMENTO E, EM SEGUIDA, GOSTARIA QUE O SR TENTASSE REPETIR OS MEUS MOVIMENTOS. SE ACHAR QUE NÃO TEM CONDIÇÕES DE FAZÊ-LO OU ACHA ARRISCADO, DIGA-ME E PASSAREMOS A OUTRO TESTE.

L.1 FILTRO

Incapacitado para realizar qualquer teste de flexibilidade e mobilidade.

SIM 1 →
 NÃO 2

ENCERRE A ENTREVISTA

L.1a

Quero que o Sr. fique em pé, com os pés juntos, mantendo os olhos abertos. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos). Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer com o corpo, para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés.

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 RECUSOU-SEA TENTAR 98

VÁ PARA L.4

REALIZOU O TESTE EM:

segundos | | |

L.2

Agora, quero que o Sr. tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés na frente do outro pé, por uns dez segundos. O Sr. pode usar qualquer pé, aquele que lhe dê mais segurança. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar; porém, tente não mexer os pés. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (dez segundos).

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 RECUSOU-SEA TENTAR 98

VÁ PARA L.4

REALIZOU O TESTE EM:

segundos | | |

L.3

Ficando de pé, gostaria que o Sr tentasse se equilibrar em uma pé só, sem se apoiar em nada. Tente primeiro com qualquer um dos pés, depois tentaremos com o outro.

Eu contarei o tempo e vou lhe dizer quando começar e terminar (dez segundos). Podemos parar a qualquer momento que o(a) Sr(a) sinta que está perdendo o equilíbrio.

PÉ DIREITO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 RECUSOU-SEA TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos | | |

PÉ ESQUERDO

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
 NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
 RECUSOU-SEA TENTAR 98

REALIZOU O TESTE EM:

Segundos | | |

SEÇÃO L. MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

L.4
O Sr. se sente confiante para tentar levantar-se, rapidamente, da cadeira, cinco vezes seguidas?

L.5
Agora, quero que o Sr. tente levantar e sentar de uma cadeira, cinco vezes seguidas.

L.6
O Sr. se sente confiante para tentar levantar-se da cadeira, com os braços cruzados cinco vezes seguidas?

L.7
Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que o(a) Sr(a) se levante da cadeira, o mais rapidamente possível, cinco vezes sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que o Sr. conseguir ficar em pé, sente-se de novo e, levante-se novamente (60 segundos).

L.8
Nas últimas seis semanas, o Sr. sofreu uma cirurgia de catarata ou uma intervenção na retina?

L.9
Para este próximo teste, o Sr. terá que se agachar e apanhar um lápis do chão. Este é um movimento que vai fazer somente se NÃO sofreu uma cirurgia de catarata nas últimas seis semanas.

Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé.

COLOQUE O LÁPIS NO CHÃO, NA FRENTE DO ENTREVISTADO E AVISE-O QUANDO COMEÇAR. SE O ENTREVISTADO NÃO CONSEGUIR EM MENOS DE 30 SEGUNDOS, NÃO O DEIXE CONTINUAR.

SIM 1
NÃO 2 → VÁ PARA L. 8

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
RECUSOU-SEA TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:
segundos |__| |__|

VÁ PARA L. 8

SIM 1
NÃO 2 → VÁ PARA L. 8

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
RECUSOU-SEA TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:
segundos |__| |__|

Anote a altura do assento da cadeira
cm |__| |__|

SIM 1 → ENCERRE A ENTREVISTA
NÃO 2
NS 8
NR 9

TENTOU MAS NÃO CONSEGUIU 95
NÃO TENTOU, POR ACHAR ARRISCADO 96
RECUSOU-SEA TENTAR 98

COMPLETOU O TESTE EM:
segundos |__| |__|

HORA DE TÉRMINO: |__| : |__| : |__|

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

<p>1. Observou situação de violência, abandono ou maus tratos de algum integrante da casa com relação ao entrevistado?</p>
<p>2. Descreva a situação:</p>
<p>3. Teve dificuldades para completar o questionário individual?</p>
<p>4. De que tipo?</p>
<p>5. Ocorreu alguma situação especial que tenha dificultado seu trabalho durante a entrevista?</p>
<p>6. Descreva a situação:</p>

SIM 1

NÃO 2 → VÁPARA
3

Textual _____

SIM 1

NÃO 2 → VÁPARA
5

Textual _____

SIM 1

NÃO 2 → VÁPARA
7

Textual _____

PERGUNTAS E COMENTÁRIOS FINAIS

7. Mais alguém esteve presente durante a entrevista (além do informante ou substituto)?

SIM 1
NÃO 2 →



8. Que relação tinham com a pessoa entrevistada e que tipo de participação tiveram durante a entrevista?

Textual _____

9. Houve recusa e oposição da pessoa entrevistada durante o desenvolvimento da entrevista?

SIM 1
NÃO 2 →



10. Em que parte ou seção da entrevista?

Textual _____

11. Em que horário e dia da semana considera que é mais fácil encontrar a pessoa entrevistada, caso seja necessário um novo contato.

Textual _____

ANEXO 2

LEI DO SERVIÇO VOLUNTÁRIO

Lei n° 9.608, de 18 de fevereiro de 1998

Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Artigo 1 - Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza ou instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive, mutualidade.

Parágrafo Único: O serviço voluntário não gera vínculo empregatício nem obrigação de natureza trabalhista, previdenciária ou afim.

Artigo 2 - O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições do seu exercício.

Artigo 3 - O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo Único: As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

Artigo 4 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Artigo 5 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 18 de fevereiro de 1998; 117 da Independência e 110 da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Paulo Paiva