Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

# Fatores associados à percepção de suficiência de renda entre a população idosa do município de São Paulo – Estudo SABE

Jorge Avelino Bento

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

**São Paulo**

**2011**

# Fatores associados à percepção de suficiência de renda entre a população idosa do município de São Paulo – Estudo SABE.

**Jorge Avelino Bento**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Lebrão

**São Paulo**

**2011**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

**AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais Jayme e Izailde; minha esposa Kátia; “seu” Djalma e “dona” Ivone, meus sogros; e especialmente ao Mateus, Mariana e Catarina crianças e filhos maravilhosos, pela ajuda e motivação.

À Maria Lúcia Lebrão, minha orientadora, pela oportunidade e por me ajudar a continuar aprendendo.

Ao Ricardo Seiko pela ajuda e compreensão ao flexibilizar meus horários de trabalho.

Aos professores, funcionários e colegas da Faculdade de Saúde Pública que me apoiaram, cada um de seu modo, na obtenção de novos saberes.

Aos idosos do Estudo SABE, sem os quais não seria possível realizar esse trabalho.

*“A distinção entre passado, presente e futuro é apenas uma ilusão teimosamente persistente."*

Albert Einstein

“*Riobaldo, hoje em dia eu nem sei o que sei, e, o que soubesse, deixei de saber o que sabia.”*

Grande Sertão: Veredas – João Guimarães Rosa

**RESUMO**

Bento JA. Fatores associados à percepção de suficiência de renda entre a população idosa do município de São Paulo – Estudo SABE. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

**Objetivos:** Identificar fatores associados à percepção de suficiência de renda dos idosos do município de São Paulo, que relataram alguma vez ter trabalhado com remuneração e que possuíam renda. **Métodos:** A partir da entrevista com 2.143 idosos (60 anos e mais), em 2000, foram identificados 1.300 que não precisaram de ajuda para responder o questionário, com 13 pontos ou mais no MEEM (Mini Exame de Estado Mental), que exerceram algum tipo de trabalho remunerado, que tinham algum tipo de renda e que, esta coincidisse com a quantidade de fontes de renda informada. Utilizou-se na análise estatística o teste de associação para amostras complexas (Rao-Scott), análise univariada e multivariada de regressão logística, sendo construído através desta última o modelo final, ao nível de significância de 5%. **Resultados e discussão:** Perceberam como suficiente sua renda, 31% dos idosos. Aqueles com renda acima dos patamares analisados (*per capita* acima de ½ salário mínimo e renda total acima do mínimo necessário para atendimento das necessidades básicas) apresentaram maiores chances de percepção satisfatória. Independente da renda, os seguintes fatores estiveram associados com uma melhor percepção de suficiência de renda: ter trabalhado predominantemente em atividades não físicas, ter iniciado atividade laboral com 14 anos ou mais, possuir seguro/plano de saúde privado, ter duas ou mais fontes de renda, não ter passado por privação alimentar em seus primeiros 15 anos de vida, ter 70 anos ou mais, ter boa saúde e ser independente quanto à realização de atividades da vida diária. **Conclusão:** Situações herdadas, adquiridas ou impostas, assim como ações e decisões adotadas, durante o curso de vida, contribuíram para uma melhor percepção de suficiência de renda dos idosos.

**Descritores:** Percepção de suficiência de renda, idosos e renda, auto-avaliação da situação econômica, Estudo SABE.

**ABSTRACT**

Bento JA. Factors associated with perception of sufficiency of income among the elderly in São Paulo - SABE Study. [Master Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2011.

**Objectives**: Identify factors associated with perception of sufficiency of income the elderly in São Paulo, reported ever having worked with pay and had income. **Methods**: From interviews with 2,143 elderly (60 years and over) in 2000 identified 1,300 who needed no help in answering the questionnaire, with 13 or more points on the MMSE (Mini Mental State Examination), who work with pay, had some income and that this coincided with the amount of income sources informed. Was used in the statistical analysis of the association test for complex survey (Rao-Scott), univariate and multivariate logistic regression, using the latter in the construction the final model, at a significance level of 5%. **Results and discussion**: Perceived their income as sufficient, 31% of the old people. Those with income above the levels considered (up to ½ per capita wage and total income above the minimum required for basic needs) were more likely satisfactory perception. Regardless of income, the following factors were associated with a better perception of sufficiency of income, having worked predominantly in non-physical labor activity has started with 14 years or older, have insurance or private health plan, more than one source of income, not starve in its first 15 years of life, be 70 years or more, have good health and perform activities of daily living without any help. **Conclusion**: Situations existing, legacy situtations or conditions imposed, as well as actions and decisions made during the course of life, have contributed to a better perception of sufficiency of income the elderly.

Keywords: Perceived sufficiency of income, elderly and income, Making ends meet, Self-rated economic status, SABE study.

**ÍNDICE**

1. INTRODUÇÃO .....17
   1.1 AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA .....17
   1.2 DIREITO DE ENVELHECER BEM .....21
   1.3 DETERMINANTES SOCIAIS .....25
   1.4 POBREZA E POPULAÇÃO IDOSA .....27
   1.5 POBREZA. QUE POBREZA? .....35
   1.6 NECESSIDADES BÁSICAS E HUMANAS .....48
   1.7 ESTUDO SABE .....53
2. OBJETIVOS .....57
   2.1 OBJETIVO GERAL .....57
   2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....57
3. MATERIAL E MÉTODO .....58
   3.1 FONTE DE DADOS .....58
   3.2 INSTRUMENTO .....58
   3.3 POPULAÇÃO .....60
   3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO .....61
   3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....66
   3.6 QUESTÕES ÉTICAS .....67
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....68
   4.1. MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA .....99
5. CONCLUSÃO .....106
6. BIBLIOGRAFIA .....109

7. ANEXOS .....127

ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA .....127

ANEXO 2 - TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA .....128

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO SABE-2000 e VERSÃO ELETRÔNICA DESTE TRABALHO .....129

**LISTA DE TABELAS**

**Tabela 1 -** Distribuição da população segundo sexo e idade, Brasil, 2000 e 2010 .....19

**Tabela 2** – Distribuição dos idosos, segundo características sociodemográficas, município de São Paulo, em 2000 .....68

**Tabela 3** – Distribuição dos idosos, segundo sexo e faixa etária, município de São Paulo, em 2000 .....70

**Tabela 4** – Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000 .....72

**Tabela 5** – Distribuição dos idosos, segundo situação socioeconômica, nos primeiros 15 anos de idade e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000 .....77

**Tabela 6** – Distribuição dos idosos, segundo trajetória laboral e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.....79

**Tabela 7** – Distribuição da mediana da renda total e aposentadoria recebida pelos idosos, segundo faixa etária, município de São Paulo, 2000 .....84

**Tabela 8** – Distribuição da mediana da renda total e aposentadoria recebida pelos idosos, segundo anos de estudo, município de São Paulo, 2000 .....85

**Tabela 9** – Distribuição do rendimento mensal dos idosos e população brasileira, segundo classes de rendimentos, município de São Paulo e Brasil, 2000 .....87

**Tabela 10** – Distribuição dos idosos, segundo situação da renda, município de São Paulo, em 2000 .....90

**Tabela 11** – Distribuição dos idosos, segundo características da estrutura familiar e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000 .....93

**Tabela 12** – Distribuição dos idosos, segundo características de condições de saúde e percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000 .....97

**Tabela 13** – Variáveis consideradas para inclusão nos modelos logísticos A e B, segundo valor de p e risco de chances, Estudo SABE, 2000 .....101

**Tabela 14** – Modelo logístico multivariado A, percepção satisfatória de suficiência de renda entre idosos do município de São Paulo, 2000 .....103

**Tabela 15** – Modelo logístico multivariado B, percepção satisfatória de suficiência de renda entre idosos do município de São Paulo, 2000 .....104

## LISTA DE GRÁFICOS

**Gráfico 1 -** Proporção de pessoas com 60 anos e mais, mundo e regiões desenvolvidas e em desenvolvimento, 1950-2050.....18

**Gráfico 2** – Pobreza familiar antes e depois do pagamento de aposentadorias e pensões e simulação da focalização entre os mais pobres, Brasil, 1992-2003 .....34

**LISTA DE FIGURAS**

**Figura 1 -** Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) .....27

**Figura 2** – Teoria do Ciclo de Vida: renda, consumo, poupança e riqueza em função da idade .....33

**Figura 3** – Pirâmide da Hierarquia das Necessidades, segundo Abraham Maslow .....49

**LISTA DE QUADROS**

**Quadro 1** – Composição do Índice de Pobreza Multidimensional, PNUD, 2011.....44

**Quadro 2** – Índice de Bienestar del Adulto Mayor (IBAM) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 15 países da América Latina, 1997 .....47

**SIGLAS UTILIZADAS**

ABVD – Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária

BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

EPESE – *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

IBAM – *Índice de Bienestar para El Adulto Mayor*

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPC – Índice de Preços ao Consumidor

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPF – Índice de Pobreza Familiar

IPH – Índice de Pobreza Humana

IPM – Índice de Pobreza Multidimensional

MEEM – Mini Exame de Estado Mental

PEA – População Economicamente Ativa

PIAE – Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares

PPC – Paridade do Poder de Compra

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPHI – *The Oxford Poverty and Human Development Iniative*

RDU – Relatório de Desenvolvimento Humano

SABE – Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento

SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados

SEMPLA – Secretaria Municipal de Planejamento de São Paulo

SHARE – *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*

SM – Salário Mínimo

UNFPA = Fundo de População das Nações Unidas

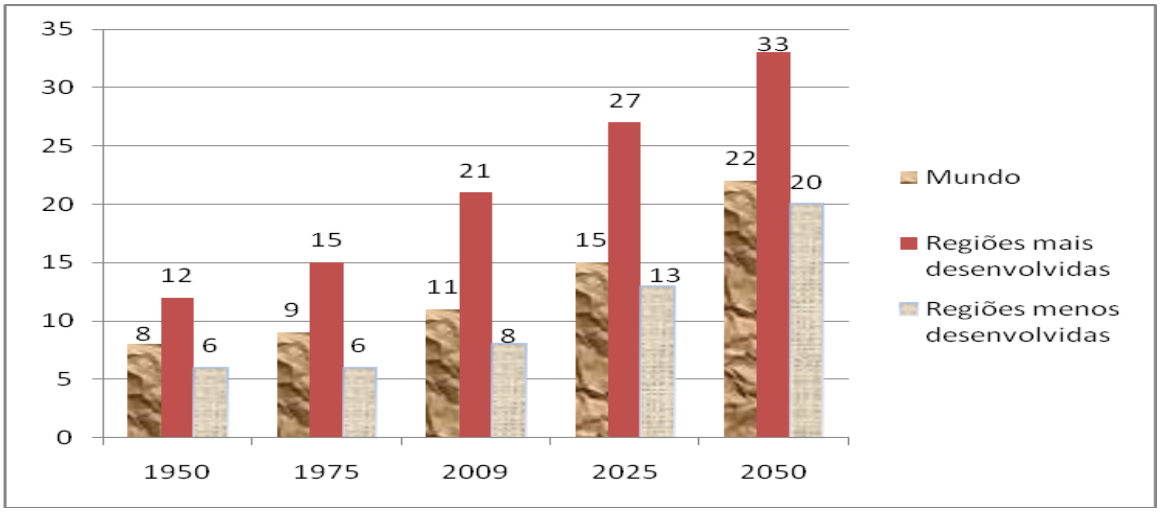
# 1 - INTRODUÇÃO

## 1.1 AUMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

O perfil etário da população mundial passa por profundas transformações, sem precedentes na história da humanidade. Em 1950, as pessoas com 60 anos e mais representavam 8% da população mundial, em 2009 eram 11% e em 2050 estima-se que dobrarão para 22%. Em números absolutos, a quantidade de idosos triplicou entre 1950 e 2000 (600 milhões) e, segundo projeções, serão dois bilhões de pessoas na metade do atual século. Enquanto a população mundial, como um todo, cresceu em torno de 1,2% ao ano (a.a.) a população de idosos cresceu 2,6%. As diferenças entre as várias regiões do planeta quanto à composição etária da população, ainda são significativas (ONU, 2009).

Os países classificados como desenvolvidos, atualmente, têm em média 1/5 de sua população com 60 anos e mais e, em 2050, calcula-se que estes representarão quase um terço. Em relação aos países em desenvolvimento a proporção de idosos, em 2050, provavelmente será idêntica à atual situação dos países desenvolvidos, muito acima dos atuais 8% (ONU, 2009). Entre 2009 e 2050 estima-se que a proporção da população mundial idosa dobrará, passando de 11% para 22% (gráfico 1). Desde meados do século passado, a quantidade de idosos residentes em países em desenvolvimento (52%) é maior do que a existente nos países desenvolvidos (39%) (Kalache *et al*, 1987; CEPAL, 2007).

Gráfico 1 – Proporção de pessoas com 60 anos e mais, mundo e regiões desenvolvidas e em desenvolvimento, 1950-2050.




Fonte: Organização das Nações Unidas[1]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza como idosos nos países desenvolvidos pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e nos países em desenvolvimento, como os países da América Latina e Caribe, pessoas com 60 anos e mais.

Na América Latina as etapas quanto à alteração do perfil etário ocorreram e ocorrem de formas diferenciadas entre os países. Na realidade, o processo em andamento, segundo a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe) seria caracterizado em quatro níveis de transição (CEPAL, 2000), ou seja:

1 – Avançada: etapa onde se encontram os países com crescimento populacional em torno de 1% ao ano, decorrentes das baixas taxas de natalidade e mortalidade (Argentina, Bahamas, Barbados, Chile, Cuba, Jamaica, Uruguai, etc.);

[1] Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf

2 – Plena: taxa de crescimento populacional em torno de 2% a.a., resultado de taxa de natalidade em declínio e redução da mortalidade (Brasil, Colômbia, Equador, México, Peru, Venezuela, etc.);

3 – Moderada: países como Guatemala, Honduras, Nicarágua e Paraguai teriam taxas de crescimento acima de 2,5%, decorrentes de uma taxa de natalidade elevada, porém com taxas de mortalidade com significativa queda;

4 – Incipiente: países com altas taxas de natalidade e mortalidade (Bolívia e Haiti), apresentando taxas de crescimento maiores do que 2% a.a.

A proporção de brasileiros com idade igual ou superior a 60 anos, em 1940, era de 4,1% do total e dobrou para 8,6% em 2000 (IBGE, 2007), sendo que, nos dois últimos censos (2000 e 2010), passou de, aproximadamente, 14,5 para quase 21 milhões (tabela 1), superando em números absolutos a quantidade de idosos de países como França, Inglaterra e Itália (IBGE, 2009 e 2010).

**Tabela 1** - Distribuição da população segundo sexo e idade, Brasil, 2000 e 2010

| | Homens | | | | Mulheres | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Faixa etária | 2000 | | 2010 | | 2000 | | 2010 | |
| Mais de 100 anos | 2.947 | 0,0% | 7.247 | 0,0% | 22.834 | 0,0% | 16.989 | 0,0% |
| 95 a 99 anos | 15.328 | 0,0% | 31.529 | 0,0% | 32.545 | 0,0% | 66.806 | 0,1% |
| 90 a 94 anos | 60.069 | 0,1% | 114.964 | 0,1% | 109.291 | 0,1% | 211.595 | 0,2% |
| 85 a 89 anos | 203.270 | 0,2% | 310.759 | 0,3% | 317.052 | 0,4% | 508.724 | 0,5% |
| 80 a 84 anos | 425.614 | 0,5% | 668.623 | 0,7% | 598.686 | 0,7% | 998.349 | 1,0% |
| 75 a 79 anos | 786.538 | 0,9% | 1.090.518 | 1,2% | 998.711 | 1,2% | 1.472.930 | 1,5% |
| 70 a 74 anos | 1.246.410 | 1,5% | 1.667.373 | 1,8% | 1.528.101 | 1,8% | 2.074.264 | 2,1% |
| 65 a 69 anos | 1.631.423 | 2,0% | 2.224.065 | 2,4% | 1.948.191 | 2,3% | 2.616.745 | 2,7% |
| 60 a 64 anos | 2.155.980 | 2,6% | 3.041.034 | 3,3% | 2.455.964 | 2,8% | 3.468.085 | 3,6% |
| Total | 6.527.579 | 7,8% | 9.156.112 | 9,8% | 8.011.375 | 9,3% | 11.434.487 | 11,7% |

Fonte: Censos IBGE 2000 e 2010
Disponível em http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/

Entre os censos de 1991 e 2000, o grupo de idosos de 75 anos ou mais foi o que mais cresceu relativamente (49,3%), maior do que os 35,6%

verificados entre as pessoas de 60 a 64 anos. Nesse mesmo período também se constatou que o aumento da proporção das mulheres idosas em relação aos homens idosos passou de 54% para 55,1%, ou seja, para cada 100 idosas, em 2000, havia 85,2 idosos (IBGE, 2000). Acrescente-se que, entre 1940 e 2000, a expectativa de vida da população brasileira passou de 42,7 anos para 70,4 anos (IBGE, 2007).

O Banco Mundial aponta que no Brasil, em um período de dezoito anos (2007 a 2025), haverá uma duplicação da população idosa. Ressalte-se que o mesmo ocorreu ao longo de 140 anos na França e 86 anos na Suécia (DIAS e MATIJASCIC, 2008).

O processo de envelhecimento da população brasileira, como na maioria dos países, seria decorrente da queda das taxas de fecundidade. Esse processo seria conhecido como envelhecimento pela base, onde haveria a redução da proporção de pessoas jovens em decorrência do aumento do número de idosos. Outro processo conhecido é o do envelhecimento pelo topo, que ocorreria ao aumentar a quantidade de anos vividos pelas pessoas idosas (CAMARANO e KANSO, 2007).

Além destes, o processo de migração entre as diversas regiões do Brasil teria significativa importância, pois aumentaria a proporção de idosos nas regiões de origem e diminuiria a proporção destes nas regiões de chegada (BERCOVICH, 1993). Além dos especialistas da área, é bastante relatado a informação de que, entre 1960 e 1980, o êxodo rural brasileiro alcançou um total de 27 milhões de pessoas (CAMARANO e ABRAMOVAY, 1999).

A capital do Estado de São Paulo - onde o Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento) analisa os dados de seus idosos - apresentou entre

1980 e 2011 um aumento de seu índice de envelhecimento[2] de 21,1% para 52,3% (CECHIN e CECHIN, 2007; SEADE, 2011). A taxa de fecundidade total caiu de 3,17 para 1,93 filhos entre 1980 e 2002 e a taxa de mortalidade, que era de 6,78 em 1980, passou para 6,0 em 2005 (SEMPLA, 2010). Estima-se que, em 2024, a população de idosos paulistanos (2,2 milhões) superará, em números absolutos, a de crianças e jovens de até 14 anos (2,13 milhões) (OESP, 2010).

Através do índice Futuridade, elaborado pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), em 2008, a cidade de São Paulo se situava entre as piores cidades do Estado em condições de vida para os idosos. Ocupava a 503ª posição entre os 645 municípios do Estado. O resultado apresentado levava em consideração a mortalidade precoce de idosos (entre 60 e 69 anos), acesso à renda e participação em atividades culturais e esportivas, por exemplo,[3].

## 1.2 DIREITO DE ENVELHECER BEM

Segundo Popolo (2001), com o avanço da população idosa o processo de envelhecimento das sociedades passou a ser, cada vez mais, reconhecido em diversos encontros nacionais e internacionais. Cita a ocorrência da 1ª Conferência Mundial sobre Envelhecimento em Viena (Áustria), em 1982. Nesse encontro teriam sido relacionadas sessenta e seis recomendações que envolveriam diversos temas como saúde, assistência social, habitação,

---

[2] proporção de pessoas com 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos

[3] Publicado no Jornal Folha de São Paulo, caderno Cotidiano pg. C4, em 29 de maio de 2009.

previdência, trabalho, etc. (MDS, 2010). Vinte anos depois, ocorreria a 2ª Conferência em Madri, sendo que, entre a primeira e segunda, algumas iniciativas marcantes surgiram no tocante aos direitos dos idosos.

Em 1991, através da Resolução 46, a Assembléia Geral da ONU aprovou cinco princípios (independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade), que deveriam ser atendidos por todos os países em relação aos direitos das pessoas idosas. Entre os dezoito direitos elencados, ao idoso deveria ser garantido, por exemplo, o acesso à alimentação, água, moradia e saúde, assim como beneficiar-se da assistência e proteção da família e da comunidade[4].

Ainda segundo Popolo (2001), em 1994, durante a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, houve a reafirmação do valor do bem envelhecer e a necessidade de se estabelecerem metas e medidas para melhorar a qualidade de vida dos idosos e em 1999 foi comemorado o Ano Internacional das Pessoas Idosas.

No Brasil, somente em 1982, após a 1ª Conferência Mundial, através do Decreto 86.880[5] - que instituiu aquele ano como o “ano nacional do idoso” e criou uma comissão nacional para coordenar e apresentar sugestões relacionadas aos seus problemas - é que surgem as primeiras leis federais enfatizando o termo idoso.

---

Resolução aprovada em 16/12/1991 e disponível em http://www.ufrgs.br/bioetica/onuido.htm[4]

[5] http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-86880-27-janeiro-1982-436521-publicacaooriginal-1-pe.html

A Constituição de 1988 trouxe alguns avanços às pessoas com 65 anos[6] e mais, principalmente, ao prever a garantia de um salário-mínimo aos que não pudessem prover a própria manutenção e nem tê-la garantida pela sua família (renda per capita menor que ¼ do salário-mínimo vigente), através do Benefício de Prestação Continuada (BPC) que seria regulamentado somente em 1994[7]. É interessante lembrar que esse benefício não entra no cálculo da renda familiar *per capita,* permitindo, desse modo, que mais de um idoso na mesma residência o receba (MDS, 2010). Em 1994, surge a Política Nacional do Idoso (lei 8.842[8]) que cria, entre outros, normas para os direitos sociais dos idosos.

Em 2002, um pouco mais de três meses após a realização da 2ª Conferência Mundial sobre Envelhecimento, em 13 de maio, através do Decreto 4.227 é criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso[9]. Ainda nesse ano, é instituído o Estatuto do Idoso[10] que se propunha a regular os direitos assegurados aos idosos brasileiros e, em Ouro Preto-MG, representantes de diversos segmentos envolvidos com a temática do idoso elaboram a "Carta de Ouro Preto" [11], onde o eixo central das discussões tratou das desigualdades sociais, de gênero e saúde dos idosos em nosso país.

---

[6] A idade inicial era de 67 anos, porém com a aprovação do Estatuto do Idoso (2003) caiu para 65.

[7] Decreto 1.330 de 08/12/1994 regulamentou a lei que dispunha quanto a organização da assistência social lei nº 8.742, de 07/12/1993.

[8] http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm

[9] http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/fraWeb?OpenFrameSet&Frame=frmWeb2&Src=%2Flegisla%2Flegislacao.nsf%2FViw_Identificacao%2FDEC%25204.227-2002%3FOpenDocument%26AutoFramed. Após criação do Estatuto do Idoso este decreto é revogado pelo 5.109, de 17/06/2004.

[10] https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm

[11] www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/dezembro2003/cartadeouropreto.html

Em 2007, o governo brasileiro, junto com os demais países da América Latina e Caribe, aprovou a Declaração de Brasília. Esta foi resultado da 2º Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento (a primeira ocorreu em 2003, no Chile) que, entre seus 29 artigos, previa a elaboração de uma convenção sobre direitos humanos das pessoas idosas junto à ONU[12].

Desde a 1ª Conferência Mundial Sobre Envelhecimento, em 1982, diversos documentos foram redigidos e encontros realizados. De um modo geral tinham como ênfase ações no sentido de ampliar a participação dos idosos na sociedade, na promoção de sua saúde e bem-estar, assim como no surgimento de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.

Entre os documentos estava o Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento (PIAE), elaborado na 2ª Conferência Mundial e aprovado por mais de 160 países membros da ONU. Nele constavam 35 objetivos e 239 recomendações destinadas aos governos nacionais e entidades da sociedade civil. Os países signatários se comprometiam em: a) reduzir à metade a quantidade de idosos pobres até 2015, b) eliminar todas as formas de discriminação, incluindo a discriminação por idade, c) reconhecer o direito dos idosos à auto-realização, à participação ativa na vida econômica, social, cultural e política de seus países (KALACHE, 2008). Além disso, trouxe à tona a discussão de que a intersetorialidade entre as áreas da saúde, economia, mercado de trabalho e educação seria muito importante para garantir a efetividade das políticas voltadas ao envelhecimento (RODRIGUES *et al*, 2007).

[12] http://www.derhuman.jus.gov.ar/mercosur/area_reservada/docs/ActaXVIIRAADDHH/AnexoVIII-GTAdultosMayores.pdf

Concomitante ao lançamento do PIAE a OMS lançou o documento "*Envelhecimento Ativo: um marco para elaboração de políticas*" que o complementava e o ampliava. A recomendação seria no sentido de que as políticas de saúde, na área do envelhecimento, levassem em consideração os determinantes de saúde durante o curso de vida dos idosos, ou seja, sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, ambientais e acesso a serviços. A situação de saúde, conforme a própria OMS define, deve garantir o bem-estar físico, mental e social (WHO, 2005).

## 1.3 DETERMINANTES SOCIAIS

As questões relacionadas ao comportamento dos indivíduos junto ao ambiente em que estão inseridos são de grande importância para o entendimento de sua história de vida. Segundo Marx (2003), os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem arbitrariamente, em circunstâncias escolhidas por eles mesmos e, sim, em circunstâncias diretamente dadas e herdadas do passado.

Alguns estudos tentam entender a causalidade quanto ao processo saúde-doença, ou seja: de que modo o estilo de vida e/ou comportamentos de exposição a situações classificadas como de risco estariam relacionados à condição de saúde das pessoas (BARATA, 2005).

O Brasil, apesar de significativos avanços nos aspectos sociais e econômicos, ainda é um país com grandes desigualdades sociais, e, entre elas, destaca-se a iniqüidade nas condições de saúde de sua população.

Para Dahlgren e Whitehead (1991), essa iniqüidade seria decorrente das desigualdades na condição de saúde verificada entre grupos populacionais, sendo, pois, além de sistemática e relevante, evitável, injusta e desnecessária.

O Ministério da Saúde, através da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), ao traçar um panorama geral da saúde em nosso país com o intuito de propor políticas, programas e intervenções para amenizar as iniqüidades em saúde nas áreas urbanas, resolveu adotar o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). Esses autores desenvolveram um modelo onde expõem a existência de cinco camadas que interfeririam na condição de saúde das pessoas (CNDSS, 2008).

A base do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (figura 1) apresenta as características individuais de cada pessoa (idade, sexo e fatores hereditários) e representariam os determinantes individuais. A camada seguinte representaria o comportamento e estilos de vida individuais onde o livre arbítrio sofreria influencia da rede de informações (amigos, propagandas, etc.), por exemplo, em suas decisões de consumo (ex. tipo alimento), opções de cultura (ex. gostar de cinema, teatro, etc.), entre outros. Na seqüência têm-se as redes comunitárias e de apoio que expressariam o nível de coesão social do individuo. No nível seguinte estariam os fatores em que as pessoas em desvantagem social apresentariam maior vulnerabilidade de riscos à saúde. Na última camada encontram-se os macro-determinantes que influenciariam todos os demais.

Figura 1 - Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991)

Fonte: http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf

O conceito proposto pela OMS quanto aos determinantes do envelhecimento ativo possui pontos em comum com esse modelo, ao reforçar que tais determinantes seriam aplicáveis a todos os indivíduos e não somente aos idosos. Ambos abordam a questão socioeconômica como um importante fator relacionado à possível condição de saúde das pessoas, saúde no sentido proposto pela OMS (físico, mental e social).

## 1.4 POBREZA E POPULAÇÃO IDOSA

Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), apresentados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), demonstram que o Brasil conseguiu atingir, 10 anos antes do prazo, um dos “Objetivos do Milênio” que era diminuir pela metade a porcentagem de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza. Assim como teria caído, em nove

pontos percentuais, a desigualdade de renda entre os brasileiros entre 2001 e 2008 (IPEA, 2006 e 2007).

Hoffman (2006) relatou que, entre 1997 e 2004, a renda média dos 40% mais pobres cresceu 11,4%. Destaca, ainda, que o aumento das transferências governamentais - através de programas como Bolsa-família e BPC - contribuiu para o não crescimento da pobreza entre os anos de 2003 e 2004 e que, estes foram fundamentais para a queda verificada entre 2002 e 2004. Ressalte-se que o BPC é um programa que atende, além dos idosos, pessoas portadoras de deficiência incapacitante para o trabalho e, como já dito, que a renda familiar *per capita* seja inferior a ¼ do salário mínimo vigente. Sabóia também verificou que as transferências governamentais, que chamou de benefícios não-contributivos, entre eles o BPC e a aposentadoria rural tiveram papel fundamental na redução da pobreza de pessoas idosas, principalmente nas regiões rurais (SABOIA, 2003).

Entretanto, tais resultados precisam ser analisados com muito cuidado, pois as desigualdades socioeconômicas em nosso país são enormes. Segundo Barros “o que um cidadão pobre gasta durante um ano, um cidadão pertencente ao segmento dos 1% mais ricos do Brasil gasta em três dias” (IPEA, 2009). Em 2005, segundo relatório do PNUD, o Brasil ocupava a 11ª posição entre os países com maiores desigualdades em termos de distribuição de renda, à frente apenas de seis países africanos e quatro latino-americanos (MS, 2009).

Além disso, apesar do aumento da expectativa de vida verificada em nosso país, dados do PNUD, segundo Dias e Matijascic (2008), indicam que mais de 1/3 dos homens e mais de 1/5 das mulheres nascidos entre 2000 e

2005, não chegarão aos 65 anos de idade. Ou seja, independente de nosso país presenciar, desde o início do século atual, seu menor nível de desigualdade quanto à renda familiar *per capita* em relação aos últimos 30 anos, ele ainda se situa entre os países mais desiguais do mundo (AZEVEDO e FOGUEL, 2006).

Os idosos brasileiros presenciaram, durante seu curso de vida, um país com grandes contradições sociais. Para Palloni *et al* (2002), os idosos latino-americanos, de uma forma geral, foram expostos, quando jovens, a situações que limitariam sua ascensão social, como por exemplo: baixos níveis educacionais e participação num mercado de trabalho com predomínio de setores econômicos com baixa produtividade. Entre outras conseqüências teriam tido menor acesso aos serviços de saúde que atenuaria situações, que denominam de crises, na velhice.

Jagger *et al* (2008) ao realizarem meta-análise sobre expectativa de vida e de anos de vida saudável junto a 25 países europeus, com pessoas com 50 anos e mais, detectaram que diversos fatores sociais, econômicos e ambientais interferem em seus resultados, principalmente ao explicar as grandes diferenças entre as condições de saúde das pessoas dos países envolvidos. Ao citarem Wilkinson, (1992) os autores reforçam que, entre outros fatores, condição de maior pobreza quer em termos absolutos (por exemplo, pela taxa de pobreza) ou em termos relativos (por exemplo, pela desigualdade da distribuição de renda), estariam associados com a expectativa de vida reduzida.

Através do estudo *Whitehall*, Marmot *et al* (1984) identificaram maior ocorrência de mortes prematuras em trabalhadores classificados como de

menores qualificações ou competências em relação aos denominados como ocupantes de posições superiores.

Em seis grandes centros urbanos da América Latina, pesquisa realizada entre os idosos pertencentes aos grupos socioeconômicos menos privilegiados identificou a ocorrência de desigualdades em saúde. As diferenças quanto à magnitude encontrada, entre os centros urbanos, estariam associadas às diferenças no estágio de vida, ao processo de transição demográfica e aos indicadores socioeconômicos verificados nos países estudados (NORONHA e ANDRADE, 2004)., Através da teoria do Capital Humano - preconizada inicialmente por Theodore Willian Schultz e, posteriormente desenvolvida por Gary Stanley Becker - enfatiza-se que os indivíduos realizariam investimentos em si próprios, através da educação, saúde, cultura, etc., onde buscariam benefícios que pudessem usufruir em seu dia-a-dia e ao longo de sua vida, ou ainda, em características que, ao adquirirem, torná-los-iam trabalhadores mais produtivos (MORETO, 1997; PÉRES, 2005; SAUL, 2004). Infere-se, desse modo, pelos resultados obtidos por Noronha e Andrade (2004), que os idosos latino-americanos pouco puderam investir em si próprios.

Em países onde a transição demográfica encontrava-se em um estágio avançado foram encontradas menores taxas de idosos em situação de pobreza. Porém, em alguns estudos, a CEPAL identificou que a incidência da pobreza, entre os idosos, estaria subestimada (POPOLO, 2001). Reforça-se que, desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países em desenvolvimento (KALACHE *et al*, 1987).

Algumas teorias sustentam que os idosos reduzem suas despesas gerais e gerenciam seus gastos com menores rendimentos, como por exemplo:

através da diminuição de despesas relacionadas ao trabalho. Além disso, com acúmulo de recursos durante seu ciclo de vida, os idosos poderiam manter seu padrão de vida, através de recursos alternativos. Outras apontam que existiria uma dissonância cognitiva, pois ao ter baixos rendimentos o idoso alteraria suas interpretações a respeito do quanto necessitariam para sobreviver (NERI *et al*, 2004; BLAZER *et al*, 2005).

Camarano e Pasinato (2007), afirmam que a constatação de alguns estudos, no Brasil, de que a pobreza seria menor entre os idosos, tem sido motivo de várias controvérsias. Alguns autores indicariam a existência de um viés intergeracional nas políticas públicas que privilegiaria os idosos em relação aos demais grupos etários, principalmente, quanto à distribuição de recursos do Estado. Ainda segundo as autoras, ao citarem Goldani (2004), esse seria um falso debate, pois somente os gastos do Estado com os idosos seriam considerados e não os recursos aportados pelas famílias. Outros estudos apontariam para a importância da seguridade social na redução da pobreza não só dos idosos, mas da população como um todo. Na realidade, o que causaria maior pobreza, entre a população adulta mais jovem, seria a dificuldade destes em serem inseridos no mercado de trabalho.

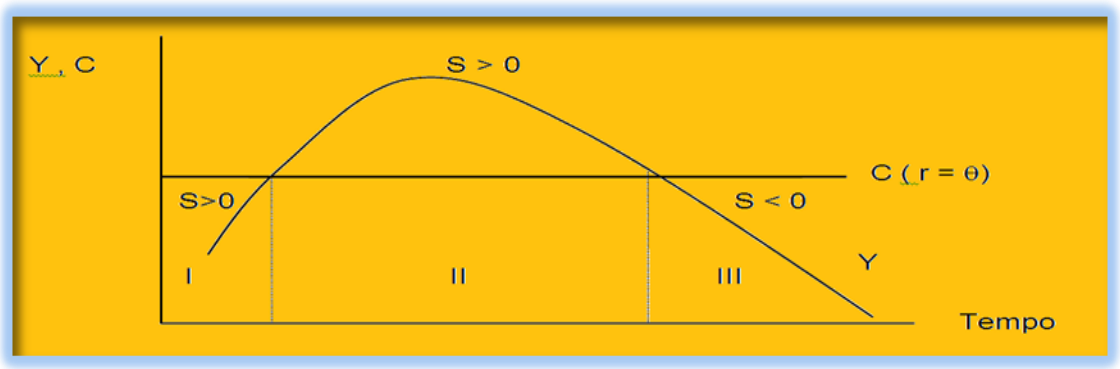
Através dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1997 (PNAD), Barros *et al* identificaram que a renda média dos idosos era maior do que a renda per capita das residências em que viviam. Além disso, enquanto 38% dos não-idosos eram pobres, verificaram que o mesmo ocorria com apenas 23% dos idosos. Em 1997, os idosos eram aproximadamente 8,6% da população total e entre os pobres sua participação era de 5,3%. No Brasil as famílias que possuem idosos têm seu grau de pobreza reduzida. Caso

eles morassem em domicílios separados, a pobreza entre os não-idosos seria dois pontos percentuais maior (BARROS *et al*, 1999).

Estudos que identificaram uma melhor situação de renda dos idosos em relação à população mais jovem, também são freqüentes em outros países. É interessante observar que Stuart Mill, em 1848, ao discorrer sobre o papel dos filhos primogênitos na produção industrial inglesa, já relatava tal situação (Mill, 2010). Nos Estados Unidos, Hurd (1990) reforçava essa argumentação e, mais recentemente, o *Institute of Wellbeing* apresentou um relatório elaborado, em 2009, por Sharpe e Arsenault com dados onde essa situação se repete no Canadá. Nesse relatório, os autores verificaram que entre 1981 e 2007 a renda média de todas as famílias caiu 4,8%, exceto entre as famílias constituídas por casais idosos que aumentou 41,3% (SHARPE e ARSENAULT, 2009).

Segundo a teoria do ciclo de vida de Modigliani (1986) os indivíduos iniciariam sua vida laboral (fase I – figura 2) com baixa renda e mais suscetíveis ao endividamento, na fase seguinte com o avanço de sua vida profissional poupariam parte de sua renda, a fim de estabilizarem seu padrão de consumo na velhice quando, devido à ausência do rendimento do trabalho, sua renda cairia. Em 1985 - trinta e três anos após escrever com Richard Brumberg o primeiro artigo expondo as bases dessa teoria – Modigliani relataria que um indivíduo acumula, com margem de erro de 5%, aproximadamente 20% de sua renda, ou seja, consumiria 80% da sua renda durante a vida laboral (NERI *et al*, 1998).

Figura 2 – Teoria do Ciclo de Vida: renda, consumo, poupança e riqueza em função da idade



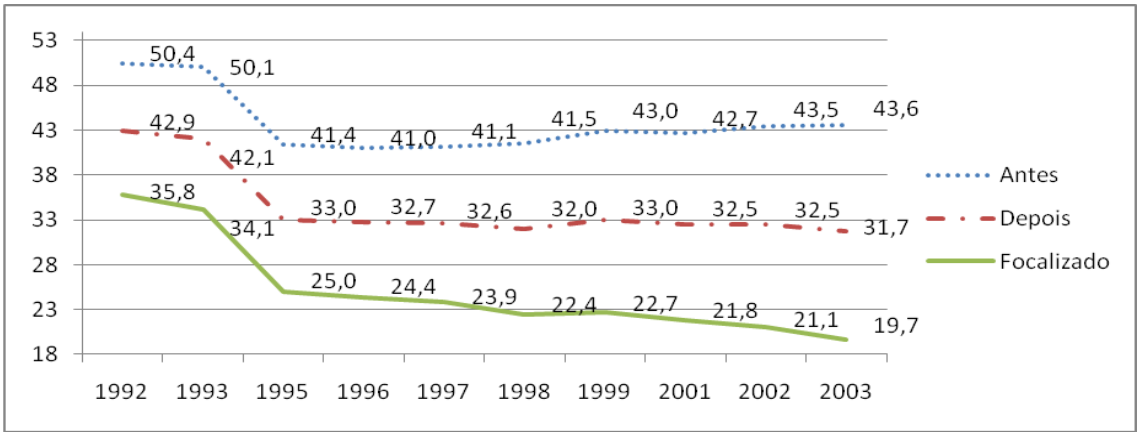

Obs.: Y=renda S=poupança C=consumo

Barros *et al* (1999) identificaram, com dados da PNAD de 1997, que a renda domiciliar cresce com a idade até cerca de 60 anos, declinando na seqüência. A renda principal, entre as pessoas de 60 anos e mais, provinha da aposentadoria e que ela representava 60% da renda domiciliar entre os idosos mais pobres.

Tafner (2007) relata que parece ser consenso entre os analistas o importante papel desempenhado pela previdência social na redução da pobreza individual e familiar, assim como da desigualdade. Segundo ele, entre 1992 e 2003 a pobreza familiar dos beneficiários da previdência social caiu, após o início do recebimento de aposentadorias e pensões, ou seja, antes do início do recebimento desses benefícios a pobreza entre essas famílias era maior. Através do gráfico 2, elaborado com dados de Tafner, é possível verificar a queda da pobreza familiar antes e depois do pagamento de aposentadorias e pensões. Inclusive, segundo ele, o impacto sobre a redução da pobreza seria muito mais intenso do que é, caso houvesse algum programa de transferência de renda focalizado nos mais carentes. Para tanto, ainda,

segundo Tafner, a previdência deveria ser entendida como um programa puro de renda mínima ou de transferência de renda, o que não é o caso.

Gráfico 2 – Pobreza familiar antes e depois do pagamento de aposentadorias e pensões e simulação da focalização entre os mais pobres, Brasil, 1992-2003[13].




Fonte: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq07_Cap01Seguridade_21.pdf

A situação dos idosos brasileiros quanto à proporção dos que não recebiam nenhum rendimento melhorou sensivelmente entre 1970 e 1997. Entre os homens, 17,2% não tinham nenhum rendimento em 1970, sendo que essa proporção caiu para 3,8% em 1997. Entre as mulheres, a proporção caiu de aproximadamente 79% para pouco menos de 20%, nos dois anos. O BPC e a expansão da previdência rural, conquistas da Constituição de 1988, teriam um papel fundamental nesses resultados (CAMARANO, 1997).

Ao desconsiderarmos o recebimento dos benefícios previdenciários, a incidência de pobreza per capita (≤ 2 US$ diários) entre os idosos brasileiros, em 2005, nas áreas urbanas, passaria de 3,7% para 47,2%, a maior quando

comparada com países como Argentina (39,5%), Bolívia (30,9%) e México (35,4%) (CAMARANO e PASINATO, 2007; GASPARINI *et al*, 2007).

Lima-Costa *et al* (2003) identificaram que, em 1998, 50% dos idosos brasileiros possuíam renda inferior a 1 salário mínimo (SM) e que metade da população idosa brasileira possuía um gasto mensal de aproximadamente um quarto de sua renda (23%).

Neri *et al* (2004), ao apresentarem a metodologia utilizada para a construção do Índice de Preços da Cesta de Consumo da população idosa brasileira, denominado IPC-31, constataram que famílias com, pelo menos, 50% de idosos apresentavam, proporcionalmente, maiores gastos em saúde, cuidado pessoal, alimentação e habitação. Após 12 meses, em maio de 2004, a inflação verificada entre os idosos foi maior do que a constatada em relação à população em geral (5,67% ante 5,29% no Índice de Preços ao Consumidor – IPC). O mesmo ocorreu ao analisarem os 10 anos anteriores.

## 1.5 POBREZA. QUE POBREZA?

As diferenças verificadas quanto à real situação de pobreza de uma determinada população, entre elas os idosos, decorrem das inúmeras medidas e conceitos existentes sobre como efetivamente classificar alguém como pobre.

A pobreza é um problema multidimensional, sendo que suas causas variam dependendo da idade, gênero, cultura e outros fatores sociais e econômicos (CRESPO e GUROVITZ, 2002). As comparações entre os resultados encontrados nos diversos estudos sobre o tema possuem problemas metodológicos, entre os quais as diferentes linhas de pobreza e

medidas de bem-estar existentes (BLAZER *et al*, 2005; GASPARINI *et al*, 2007).

Não há a pretensão neste trabalho de esmiuçar cada uma das medidas existentes, porém sucintamente discutir algumas delas.

Hagenaars e Praag (1985) afirmam que o conceito de pobreza varia de um país para outro, ou seja, depende da percepção do que é ser pobre na sociedade em que os indivíduos estão inseridos. Identificaram como sendo necessária a existência de, no mínimo, uma dessas três situações que caracterizariam um estado de pobreza: 1º impossibilidade de satisfazer as necessidades básicas, 2º ter menos recursos do que as pessoas próximas e 3º - sentimento de privação de recursos, ou seja: perceber que a renda disponível é insuficiente para satisfazer as necessidades que desejaria ver atendidas.

Para Townsend (2006), desde 1880, três conceitos alternativos de pobreza têm servido como base para a grande maioria dos estudos sobre o tema. O primeiro seria a idéia de subsistência. Nesse caso, seriam consideradas pobres as pessoas que não dispusessem de recursos para satisfazer suas necessidades, principalmente, físicas (calorias consumidas, através dos alimentos). Segundo ele, até hoje é adotada nos EUA como referencial de pobreza.

No Brasil o decreto-lei nº 399 de 30/04/1938[14], em seu sexto artigo, pretendia determinar o valor do salário-mínimo considerando-o como o necessário à vida de um trabalhador adulto. Nesse caso, seriam consideradas as despesas diárias com alimentação, habitação, vestuário, higiene e

[14] http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=12746

transporte., Em seu conteúdo, o decreto-lei apresentava uma relação de alimentos que se entendia, na época, como essenciais ao atendimento das calorias energéticas.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE), que mensalmente calcula o preço nacional da cesta básica de alimentos, o valor do salário-mínimo em dezembro de 2010 deveria ser de R$ 2.227,53, bem acima do valor oficial vigente que era de R$ 510,00. Sendo assim, um trabalhador da cidade de São Paulo que recebesse o salário-mínimo vigente, em fevereiro de 2011, teria que trabalhar 106 horas e 24 minutos no mês para atender o que preconizava o decreto-lei de 1938[15], muito acima das atuais 44 horas mensais.

As críticas a esse conceito derivam da argumentação de que as necessidades sociais (educação, saúde, cultura, etc.) seriam subestimadas em detrimento das necessidades alimentares. Sem dúvida, estas são fundamentais, ainda mais quando se vive num mundo em que mais de 900 milhões de pessoas passam fome[16]. Porém, as necessidades dos indivíduos estariam sujeitas a mudanças decorrentes do contexto social em que os mesmos estão inseridos, impactando nos padrões de consumo que não seriam fixos e invariáveis (TOWNSEND, 2006).

Para Leguizamon (2007), o Banco Mundial, ao promover a teoria das necessidades básicas, com ênfase na subsistência física, teria sofrido forte influência das idéias neoliberais, porém teria, também, incorporado noções do estruturalismo “cepalino”. Esse conceito dialogaria com a economia do bem-

[15] http://www.dieese.org.br/rel/rac/tramar11.xml#SAMPA

[16] http://www.fao.org/docrep/013/i2050s/i2050s07.pdf

estar, para a qual não haveria carência absoluta, pois as pessoas, ao terem capacidade para o trabalho, apresentariam essa situação como valor de troca junto ao mercado. Desse modo, estariam sujeitas à carência absoluta apenas as pessoas sem condições de trabalho.

Retornando a Townsend, na década de 1970, através de forte apoio da OIT (Organização Internacional do Trabalho), surgiria uma nova formulação que ele cita como sendo extensão do conceito de subsistência. Nesse caso, o conceito é focado na satisfação de necessidades básicas de uma família, como alimentação, abrigo e vestuário adequados, assim como na obtenção de novos serviços essenciais prestados à comunidade como o acesso a água, saneamento básico, educação e saúde pública. Nas zonas rurais, acesso a terra e ferramentas agrícolas seriam necessidades que deveriam ser consideradas.

A constituição brasileira de 1988 ampliou o entendimento do que o salário-mínimo deveria ser capaz de atender e incluiu - além dos itens do decreto de 1938: alimentação, habitação, vestuário, higiene e transporte - educação, saúde e lazer [17].

Townsend (2010) relatou que, no final do século passado, houve o surgimento de uma nova formulação denominada como “privação relativa”. Além de privações materiais e sociais, como nas anteriores, as pessoas seriam privadas de demandarem recursos sociais, oriundos dos costumes e progressos da sociedade em que estão inseridas. Ele argumenta que a pobreza não seria um estado absoluto, mas de privação relativa. A sociedade

[17] Constituição da República Federativa do Brasil, capítulo II, Dos Direitos Sociais, artigo 7º, inciso IV

mudaria constantemente, impulsionando novas obrigações e, conseqüentemente, desenvolvendo novas necessidades.

Em 1997, a ONU, através do PNUD (Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas), diante da grande quantidade de definições existentes quanto à classificação de pobreza, divulgou a seguinte frase:

> "Se o desenvolvimento humano envolve a ampliação de escolhas, através da pobreza as oportunidades e opções mais básicas ao desenvolvimento humano são negadas, como por exemplo: liberdade, dignidade, respeito dos outros, e uma vida longa e saudável".[18]

Essa frase tem como base o conceito de Desenvolvimento Humano, que reforça que outras características sociais, culturais e políticas, que influenciariam a qualidade de vida humana, deveriam ser analisadas e não só as econômicas; ou seja, a pobreza seria resultado de várias dimensões[19].

Reforçando tais argumentos Kakwani e Son (2006), afirmam que as medidas utilizadas para identificar a situação de pobreza através do número de pessoas que viveriam com menos de US$1 por dia seriam insatisfatórias, pois a falta de recursos financeiros seria apenas mais um tipo de privação que os acometeria. Segundo eles, "*uma pessoa pode ter renda suficiente para ser contada como não-pobre segundo a linha de US$1 por dia, mas não para ter capacidades básicas dependentes da renda*". Assim como, "*Se a redução da*

---

[18] Tradução livre da frase:"If human development is about enlarging choice, poverty means that opportunities and choices most basic to human development are denied to lead a long, healthy, creative life and to enjoy a decent standard of living, freedom, dignity self-respect and the respect of others."

[19] http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1997/chapters/

*pobreza, compreendida adequadamente, deve ser atingida, então serão necessárias novas medidas de sua extensão e de sua distribuição no mundo*"[20].

Ao criticar as linhas de pobreza que estabelecem certo nível de renda mínima, Neef *et al* (1998) sugerem que existem diversos tipos e conceitos de pobreza, por exemplo: a) pobreza de subsistência, inerente à ausência de renda e alimento e abrigo insuficientes, etc.; b) de proteção, que estaria relacionada a um sistema de saúde ruim, a situações de violência, etc.; c) de afeto, que decorreriam de situações de opressão, autoritarismo, etc.; d) de entendimento, através da baixa qualidade educacional, etc.; e) de identidade, como agressões e, entre outras, desrespeito às culturas locais e regionais; e f) de participação, onde haveria marginalização e discriminação de gênero, crianças, minorias, etc. Para eles, as pobrezas não seriam apenas pobrezas. Seriam mais do que isso, pois cada uma delas geraria disfunções.

Através do conceito de Desenvolvimento Humano, em 1990, o economista paquistanês Mahbub ul Haq desenvolveu, em parceria com Amartya Sen, o IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Ele é divulgado desde 1993 pelo PNUD, através de seu RDU (Relatório de Desenvolvimento Humano), contendo a classificação dos países quanto ao seu grau de desenvolvimento humano. Desde o início leva em consideração, ao ser elaborado, a expectativa de vida ao nascer, nível educacional (índice de analfabetismo e taxa de matrícula) e o PIB (Produto Interno Bruto) per capita

[20] http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=2310&lay=pde

dos países analisados[21]. O PIB per capita é obtido através da Paridade do Poder de Compra (PPC), em dólares, a fim de eliminar diferenças quanto ao custo de vida entre os países. As medidas variam de zero (pior situação) a um (melhor situação). Em 2010, o Brasil ocupava a 73ª posição (IDH=0,699) e situava-se junto aos países classificados como de "desenvolvimento humano alto", uma posição acima em relação a 2000[22].

Estudo realizado por Comin *et al* (2006) identificou que autores favoráveis ao IDH expõem sua consistência frente ao PIB e sua facilidade quanto à tomada de decisões nas políticas públicas. Entretanto, os que o criticam alegam que ele: a) não refletiria a idéia do desenvolvimento humano, b) apresentaria má qualidade dos dados e na construção do índice, c) possuiria debilidades na agregação dos dados e, d) teria problemas nas propriedades técnicas do índice. Bagolin (2004) conclui que o IDH é um avanço em relação aos indicadores até então existentes, porém não refletiria corretamente a idéia defendida pelo conceito de desenvolvimento humano.

Junto com o IDH, também foram divulgados de 1997 a 2009 os índices de Pobreza Humana IPH-1 e IPH-2, dos quais faziam parte somente os países considerados em desenvolvimento. Ressalte-se que ambos foram desenvolvidos por Amartya Sen e, neste caso, em parceria com Sudhir Anand. O IPH-1 tinha a intenção de medir o grau de privação básica do desenvolvimento humano em três dimensões e respectivos indicadores:

a) Uma vida longa e saudável: probabilidade de não viver até os 40 anos;

---

[21] http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_EN_Technical1.pdf

[22] http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3600&lay=pde

b) Nível de conhecimentos: exclusão do mundo da leitura e do conhecimento medido através da taxa de analfabetismo de adultos;
c) Nível de vida digno: tem a intenção de medir a falta de acesso a meios econômicos de subsistência é obtido através do percentual de pessoas sem acesso a uma fonte de água potável e percentual de crianças menores de 5 anos com insuficiência de peso.

O segundo (IPH-2) analisava as dimensões propostas pelo IPH-1, porém ampliava sua análise quanto à exclusão social, que seria obtida através da taxa de desemprego de longa duração (12 meses ou mais). Nas demais dimensões o IPH-2 diferia do IPH-1 ao ampliar para 60 anos a medida quanto à probabilidade de os indivíduos não viverem até essa idade, ao levar em consideração a taxa de analfabetismo entre as pessoas de 16 e 65 anos e ao obter o nível de vida digno, através da proporção de pessoas que viveriam abaixo da linha de pobreza por falta de renda.

Em 2001, através do IPH-1 de 2000 (14,2%) constatou-se que o Brasil ocupava a 21ª posição dentre 85 países (quanto melhor a posição menor a pobreza). Essa percentagem representava a quantidade de brasileiros vivendo com graves privações relacionadas às três dimensões apresentadas. Através desse resultado seria possível verificar a diferença que cada medida apresentava quanto à proporção de pessoas vivendo em pobreza. Nesse mesmo ano, verificou-se que 5,1% e 17,4% das pessoas viviam com até US$ 1,00/dia e US$ 2,00/dia, respectivamente[23].

[23] http://www.pnud.org.br/hdr/hdr2001/Brasil-IDH.pdf

Além dessas três medidas os relatórios de desenvolvimento humano elaborados pelo PNUD disponibilizavam medidas relacionadas ao desenvolvimento relativo ao gênero (IDG[24]) que refletia as desigualdades entre homens e mulheres; e a equidade de gênero (IEG) destinado a medir qual o grau de oportunidade da participação e de tomadas de decisão que as mulheres possuem na sociedade, assim como identificar as diferenças quanto aos rendimentos entre gênero[25].

Em 2010, o PNUD iniciou, em parceria com o centro de pesquisas *The Oxford Poverty and Human Development Initiative* (OPHI), a divulgação de uma nova medida, o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).

O IPM substituiu o IPH e procuraria apresentar uma visão ampliada sobre as pessoas que viveriam em dificuldades. Assim como o IDH, procura analisar as privações por parte das pessoas em relação às seguintes dimensões: acesso à educação, saúde e padrão de vida. Essas dimensões são subdivididas em dez indicadores (ver quadro 1). Quanto maior o IPM, maior é a situação de pobreza multidimensional das populações/pessoas analisadas[26].

[24] Também desenvolvido por Amartya Sen e Sudhir Anand

[25] http://hdr.undp.org/en/media/HDR_20072008_PT_technical.pdf

[26] http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3597&lay=pde

Quadro 1 – Composição do Índice de Pobreza Multidimensional, PNUD, 2011.

| Dimensão | Indicador | Há privação se.... | Peso no índice |
|---|---|---|---|
| Educação | Anos de Estudo | Nenhum membro do domícilio completou 5 anos de estudo | 16,70% |
| | Matrícula das crianças | Pelo menos uma criança em idade escolar não estiver frequentando a escola | 16,70% |
| Saúde | Mortalidade | Pelo menos uma criança na família morreu | 16,70% |
| | Nutrição | Pelo menos um adulto ou criança desnutrido | 16,70% |
| Padrão de vida | Eletricidade | O domicílio não é servido por eletricidade | 5,60% |
| | Sanitários | A estrutura sanitária não é adequada ou é compartilhada com outros domicílios | 5,60% |
| | Água | O domicílio não tem acesso a água potável ou a fonte de água potável está a mais de 30 minutos a pé de casa | 5,60% |
| | Piso | É de terra, areia ou esterco | 5,60% |
| | Combustível para cozinhar | A família usa lenha, carvão ou esterco | 5,60% |
| | Bens domésticos | O domicílio não tem mais de um: rádio, TV, telefone, biclieta ou moto e se não tem carro ou trator | 5,60% |

Fonte: http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3597&lay=pde

Segundo o RDU de 2010, no Brasil 8,5% da população viveria em pobreza multidimensional e 13,1% estaria em risco de apresentar essa situação. De novo, verifica-se diferença quanto à proporção de pessoas que viveriam em situação de pobreza, pois “apenas” 5,2% das pessoas, no Brasil, viveriam com menos de US$ 1,25 por dia e seriam consideradas pobres.

Esta última medida foi apresentada pelo Banco Mundial, em 2008[27], e segundo Reddy (2008), apresentava algumas limitações como, por exemplo: US$ 1,25 por dia seria muito baixo para suprir a demanda por itens de necessidade básica; assim como alguém poderia viver com uma quantia acima

[27] http://www.estadao.com.br/noticias/internacional,banco-mundial-cria-nova-linha-internacional-da-pobreza,231143,0.htm

desse valor e, mesmo assim, sentir-se insatisfeita quanto ao atendimento do que considera como sendo suas necessidades básicas.

Hammill (2009), utilizando como base o conceito de pobreza multidimensional, aplicou diferentes medidas de pobreza no México e mais cinco países da América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua). Todas apresentaram resultados diferentes que, segundo ele, se complementavam. Entre elas, associou conceitos da pobreza multidimensional com a Teoria de Maslow (hierarquia das necessidades), onde estabeleceu quatro dimensões que entendia como sendo significativas para analisar a situação de pobreza (SIMONS *et al*, 1987), ou seja:

*"1ª – Dimensões econômicas do bem-estar (renda e consumo);*
*2ª – Dimensões filosóficas do bem-estar (necessidades básicas como alimentação e habitação);*
*3ª – Dimensões socioeconômicas (educação e acesso à saúde); e,*
*4ª – "Dimensões socioculturais do bem-estar (rede e atividades sociais nas quais está inserido e realiza, respectivamente)."*

Outra medida que Hammill (2009) utilizou foi a Integrated Poverty Measure que, segundo ele, Katzman aplicou pela primeira vez em 1989. Nela seriam utilizados dois critérios: o de renda e de presença de insatisfação das necessidades básicas, onde são aplicadas três regras de agregação para o cálculo da pobreza, como:

a) Pobreza de curto prazo: As pessoas estariam em situação recente de pobreza relacionada à renda, porém teriam suas necessidades básicas satisfeitas em qualquer dimensão;

b) Pobreza estrutural: Através da análise de sua renda as pessoas não seriam consideradas pobres, porém apresentam uma combinação de algumas necessidades básicas insatisfeitas; e,
c) Pobreza crônica: As pessoas seriam pobres pela insuficiência de renda e por apresentarem suas necessidades básicas insatisfeitas.

No Brasil, Barros *et al* (2006), através dos dados da PNAD de 2004, apresentaram um indicador sintético de pobreza similar ao IPH que denominaram de IPF (Índice de Pobreza Familiar). Este já levaria em consideração a praticidade e a utilidade de índices escalares quanto à análise da natureza, do perfil e da evolução da pobreza multidimensional. Enfatizavam que a utilização de medidas com tais características propiciaria análises mais apuradas da pobreza.

Ao construírem o IPF constataram que, logo depois das pessoas residentes em áreas rurais, os idosos apresentavam níveis de pobreza acima da média.

Outra tentativa de construir um índice através dos apresentados pelo PNUD, neste caso o IDH, foi o IBAM (Índice de Bienestar para el Adulto Mayor), desenvolvido por Fabina Del Popolo (2001). As variáveis utilizadas em sua construção foram:

a) Longevidade (esperança de vida aos 60 anos);
b) Educação (taxa de alfabetização e média de anos de estudo);
c) Nível digno de vida: taxa de idosos acima da linha de pobreza, cobertura previdenciária e valor médio da aposentadoria.

Através do IBAM constatou-se que os idosos brasileiros ocupavam a nona posição junto aos 15 países da América Latina analisados (quadro 2). Neste caso o Brasil se situaria entre os países com idosos vivendo predominantemente com nível médio de bem-estar e com baixos níveis educacionais e de longevidade.

Quadro 2 – Índice de Bienestar del Adulto Mayor (IBAM) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 15 países da América Latina, 1997

| País | IBAM | | IDH 1997 |
|---|---|---|---|
| | Nacional | Urbano | |
| Chile | 0,808 | 0,853 | 0,844 |
| Uruguai | - | 0,829 | 0,826 |
| Argentina | - | 0,820 | 0,827 |
| Panamá | 0,684 | 0,819 | 0,791 |
| Costa Rica | 0,622 | 0,741 | 0,801 |
| México | 0,542 | 0,624 | 0,786 |
| Colombia | 0,525 | 0,619 | 0,768 |
| Equador | - | 0,603 | 0,747 |
| Brasil | 0,455 | 0,494 | 0,739 |
| Republica Dominicana | 0,389 | 0,473 | 0,726 |
| Paraguai | - | 0,449 | 0,730 |
| El Salvador | 0,328 | 0,447 | 0,674 |
| Venezuela | 0,446 | - | 0,792 |
| Honduras | 0,285 | 0,369 | 0,641 |
| Bolívia | 0,129 | 0,305 | 0,652 |

Fonte: Disponível em: http://www.eclac.org/PUBLICACIONES/XML/9/9259/LCL1640.PDF, pg. 53.

Barros *et al* (1999) relatam que há limitações em se considerarem as medidas de pobreza convencionais (ex. linhas de pobreza), como indicadoras fiéis da real condição de vida, principalmente dos idosos; pois estes possuem hábitos e necessidades especificas. Expuseram o seguinte exemplo: *"Um idoso com renda domiciliar per capita exatamente igual à linha de pobreza pode, por exemplo, estar em situação de bem-estar inferior à de um não-idoso nas*

*mesmas condições, por gastar parte significativa da renda em remédios. No caso, o idoso poderia ser classificado como pobre e o não-idoso como não-pobre"*.

Acrescente-se que a satisfação do que se entende como necessidade mínima, os hábitos de consumo e o gosto das pessoas podem variar e mudar conforme o ambiente em que estão inseridas. Apesar de ser possível definir a quantidade de calorias mínimas que uma determinada pessoa precisaria suprir, por exemplo, em um dia. O que ela irá consumir e em que quantidade, dependerá, entre outras coisas, de suas preferências de consumo e estas ainda são muito desconhecidas (BARROS *et al*, 2006).

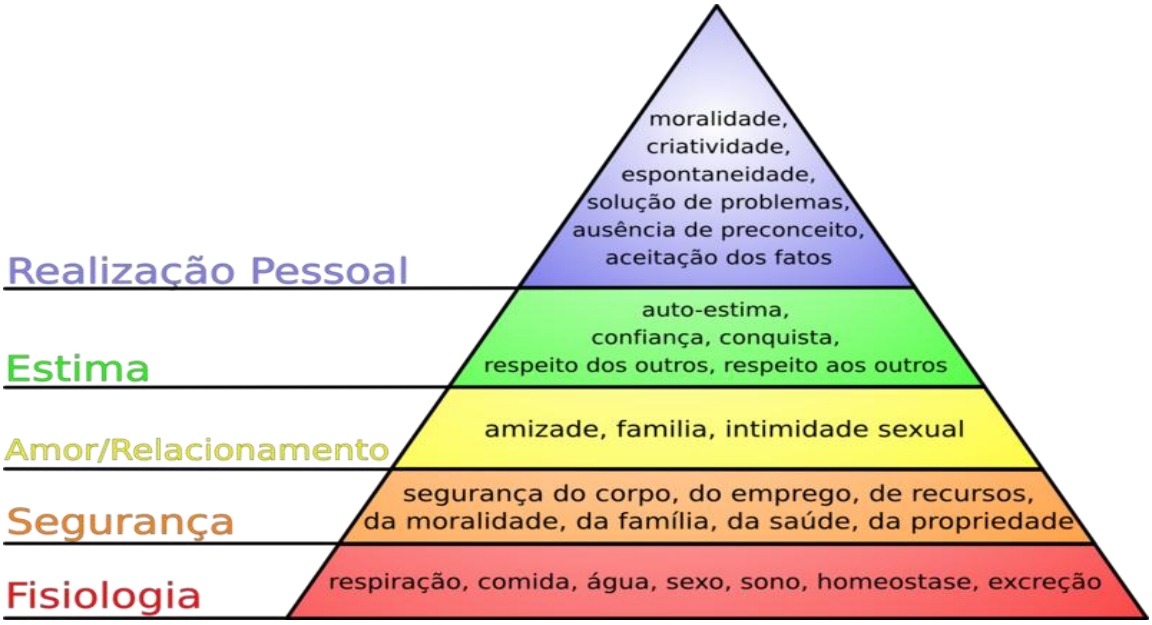
## 1.6 NECESSIDADES BÁSICAS E HUMANAS

Kahneman e Deaton (2010), ao analisarem os dados de uma pesquisa realizada entre 2008 e 2009, nos EUA, inferiram que as pessoas se sentiriam mais felizes e satisfeitas caso sua renda anual fosse de US$ 75.000,00. Porém, reforçam que há inúmeros questionamentos sobre o valor do crescimento para os indivíduos e que, outras questões, como doenças, divórcio e solidão seriam percebidos como piores devido à insuficiência de recursos financeiros.

Através da publicação da "*A theory of human motivation"*, em 1943, Abraham Maslow tentava explicar o comportamento humano, através do que denominou como sendo uma hierarquia de necessidades (figura 3). Na base da pirâmide estariam as necessidades que deveriam ser atendidas antes das necessidades do nível acima. Porém, não tão rígida, pois necessidades de níveis acima poderiam surgir antes de as situadas em níveis inferiores serem plenamente atingidas. Os níveis seriam interdependentes e justapostos.

Martinez e Paraguay (2003), ao citarem Pérez-Ramos, acrescentam que o modelo proposto por Maslow ajudaria a compreender o comportamento das pessoas. Em relação a situações de satisfação, entre elas as de trabalho, ao enfatizar a tendência humana em progredir além da escala hierárquica.

Figura 3 – Pirâmide da Hierarquia das Necessidades, segundo Abraham Maslow




Fonte:disponível em http://www.brunoamaral.com/wp-content/uploads/2007/08/800px-hierarquia_das_necessidades_de_maslow.png

Para Neef *et al* (1998), as necessidades humanas não seriam hierárquicas, infinitas, não mudam constantemente, assim como não seriam diferentes conforme a cultura, ambiente e período histórico em que os indivíduos estão envolvidos. A única hierarquia que existiria seria a necessidade de os indivíduos se manterem vivos. Na realidade cita a distinção entre necessidades e satisfatores. Existiriam duas categorias de necessidades as existenciais (ser, ter, fazer e estar) e as axiológicas (subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ociosidade, criação, identidade e liberdade)

e essas necessidades seriam inter-relacionadas e inter-atuantes. Não indicam apenas privações, mas, também e concomitantemente, o potencial humano individual e coletivo. Seriam, pois, inerentes a todo indivíduo independente de classe social ou sociedade em que esteja inserido.

Desse modo, o que mudaria entre os indivíduos e sociedades seriam os satisfatores que utilizariam para suprir suas necessidades. Cada indivíduo ou grupos de pessoas de culturas diversas e em diferentes momentos históricos indicariam o satisfator que julgam melhor para suprir o conjunto de suas necessidades que variariam consideravelmente.

Para Amartya Sen[28] deve-se ir além do pensamento utilitário para satisfazer prazeres ou desejos dos indivíduos, pois mesmo que pessoas desempregadas há muito tempo ou irremediavelmente pobres aprendam a aceitar e a se acomodar alegremente a seus estilos de vida carentes, essa alegria não tira a privação real de liberdade da qual padecem.

A limitação de renda não seria o único fator que impediria as pessoas de poderem ou não fazer ou concretizar algo, pois as características físicas e sociais adquiridas afetariam significativamente suas vidas. Na realidade, segundo ele, a incapacidade para se adquirir bens - e não os bens propriamente ditos - é que contribuiria para a privação de alimentos e com o aumento da desigualdade social.

Destaca que, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, os indivíduos apresentariam iniqüidades em relação à sua condição de saúde, ou seja: não haveria um paralelo entre crescimento econômico baseado na

[28] Artigo: Não há justiça sem poder – The Guardian – ESTADAO 26/03/2010

renda e melhores condições de saúde. As realidades em ambas as sociedades seriam muito mais complexas.

Na realidade no interior de cada país, cidade ou até mesmo bairro as iniqüidades em saúde e diferenças socioeconômicas ocorreriam. Na cidade de São Paulo há bairros que possuem regiões com IDH (0,972) maior do que o país que se encontra no topo da medida (Noruega com IDH=0,965). Em contrapartida, ainda na cidade de São Paulo, habitantes da Vila Nova União, na zona Leste, residem em um bairro com IDH igual a 0,689 [29].

Ainda, na cidade de São Paulo, os habitantes do Tatuapé residem em um bairro onde a expectativa de vida seria em média de 80 anos, bem maior do que a média prevista para o bairro Vila Nova União (64 anos). Nesse caso, a diferença (16 anos) é maior do que a apresentada por Marmot (2006) ao expor os dados de Glasgow, na Escócia, onde, em 2004, as pessoas que moravam em distritos carentes apresentavam expectativa de vida menor, em 12 anos, quando comparados com residentes em distritos considerados ricos.

Ao apresentar os conceitos de capacidade e funcionamentos, Sen defende que, para o primeiro, a liberdade é fundamental, pois propiciaria a realização de seus funcionamentos. Ou melhor, estes seriam entendidos como as diferentes condições de vida a que os indivíduos estão expostos, ou seja, o que conseguem ser e fazer. O modo como deseja viver, o que pretende adquirir, o que irá fazer, são escolhas do individuo que Sen chama de funcionamentos. Porém, para que este possa ser concretizado, o indivíduo precisaria ter condições, não só econômicas, para atender suas necessidades

[29] http://vejasp.abril.com.br/revista/edicao-2025/atlas-mostra-quais-sao-os-melhores-os-piores-bairros-de-sao-paulo

e concretizar seus desejos e, estas condições, seriam suas capacidades (SEN, 2000, 2001; VERDI, 2002).

Hammill (2009) afirma que se as medidas atuais de pobreza fossem complementadas com as análises subjetivas, um conjunto maior de informações seria obtido.

Tal afirmação é reforçada ao analisarmos os resultados do estudo elaborado por Litwin e Sapir (2009), que constatou que a auto-avaliação da situação econômica feita por idosos de 12 países (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe - SHARE)* era um indicador robusto de suas capacidades financeiras, sendo possível sua utilização por profissionais, neste caso da saúde, para obter outras informações significativas junto a essa população. Entretanto, ressaltam que os idosos mais velhos (80 e mais) podem subestimar suas dificuldades financeiras, ou seja: superestimariam seu nível de satisfação com a renda de que dispõem [57z]. Outros estudos identificaram a mesma tendência de idosos mais velhos superestimarem seu nível de satisfação com a renda disponível (HOWELL e HOWELL, 2008; KAHNEMAN e DEATON, 2010).

Blazer *et al* (2007) ao estudarem a percepção de necessidades básicas insatisfeitas de idosos com 64 anos e mais pertencentes ao estudo longitudinal EPESE (*Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*) identificaram que este seria um importante preditor quanto ao surgimento de sintomas depressivos. Idosos que percebiam insuficiência de renda apresentaram maior risco de debilidade em sua saúde mental. Dois anos antes já haviam publicado um artigo onde constataram a importância da análise da

percepção de suficiência de renda como ação preditora de mortalidade (BLAZER *et al*, 2005).

Muitos estudos estão sendo desenvolvidos com o intuito de ampliar o conhecimento e fornecer informação especializada, assim como indicadores, sobre as diversas esferas da vida da população idosa que, como já citado, apresenta altas taxas de crescimento. Entre eles há o Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), cujos dados sobre a percepção de suficiência de renda dos idosos serão analisados nesse trabalho.

## 1.7 ESTUDO SABE

O Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), é um estudo multicêntrico, coordenado pela OPAS (Organização Panamericana de Saúde), em convênio com a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina e Caribe), com o UNFPA (Fundo de População das Nações Unidas), com a OIT (Organização Internacional do Trabalho) e com o (BID) Banco Interamericano de Desenvolvimento que, juntamente, com sete países da América Latina e Caribe (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, México e Uruguai) tem como objetivo ampliar a obtenção de dados e informações sobre a população idosa. No Brasil, fazem parte os idosos do município de São Paulo e está sob coordenação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que conta com a parceria da FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e do Ministério da Saúde.

A amostra probabilística de idosos brasileiros entrevistados pelo Estudo SABE foi obtida através do método de amostragem por conglomerados

polietápicos, com estratificação das unidades primárias e levou em consideração os estratos socioeconômicos da área urbana do município.

A base para realização do cálculo da amostra foi a contagem populacional do IBGE de 1996. Sendo utilizado o cadastro permanente da Faculdade de Saúde Pública com 72 setores censitários, selecionados pelo critério de probabilidade proporcional à quantidade de domicílios junto ao cadastro da PNAD de 1995.

A fim de compensar a mortalidade de pessoas maiores de 75 anos e se obter o número desejado de entrevistas, nessa faixa etária, foram acrescidos 575 idosos. Estes foram obtidos através da seleção de moradias próximas aos setores selecionados ou, ainda, dentro dos limites dos distritos aos quais estes pertenciam.

Desse modo, a amostra final foi obtida de dois segmentos: o primeiro, resultado de sorteio, que corresponde a amostra probabilística formada por 1.568 entrevistas e, o segundo, resultado de uma amostra intencional (Silva, 2003).

A amostra final proposta para o conjunto de países participantes do Estudo SABE era de 13.023 idosos, no entanto foram obtidas 10.906 entrevistas. A amostra final de 2143 idosos brasileiros entrevistados representou uma taxa de resposta de 84,6% do inicialmente previsto para a cidade de São Paulo, acima da média que foi de 80%. Além disso, esse percentual correspondeu a 92% da meta originalmente prevista, considerada satisfatória para esse tipo de estudo.

A maioria dos idosos (88%) respondeu ao questionário pessoalmente. Na impossibilidade para tal, utilizou-se um informante-substituto (proxy) ou informante auxiliar.

O questionário aplicado foi elaborado por um comitê regional de especialistas e pesquisadores dos países participantes do SABE, e possuía, em 2000, as seguintes seções:

- Seção A - Informações pessoais;
- Seção B – Avaliação cognitiva;
- Seção C - Estado de saúde;
- Seção D - Estado funcional (ABVD/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 L – Mobilidade e flexibilidade; e,
- Seção K – Antropometria.

Ressalte-se que o Estudo SABE, em 2000, caracterizava-se como um estudo de corte transversal e simultâneo; construído de forma a ser comparável entre os países participantes.[30]. Em 2006, o Estudo SABE tornou-se um estudo longitudinal, não sendo alvo do presente trabalho os resultados obtidos.

Como já dito, o processo de envelhecimento da humanidade passa por mudanças sem precedentes. Tais alterações trazem conseqüências

[30] Para maiores detalhes sobre a metodologia do Estudo SABE ver: http://www.fsp.usp.br/sabe

importantes como modificações na estrutura social (ex. estrutura familiar), na economia (gastos com saúde, mercado de trabalho e previdência social) e cultural (convívio de varias gerações) de todos os países. Sendo assim, citando Kalache (2008), deve-se garantir aos idosos o direito à auto-realização, a saúde, seguridade e participação ativa na vida econômica, social, cultural e política de suas sociedades.

Os fatores socioeconômicos desempenham um importante papel no conjunto da sociedade. As iniqüidades e diferenças no acesso aos recursos econômicos e sociais, entre pessoas e países, ainda são significativas. Mesmo com a possível erradicação da pobreza extrema, no Brasil, ainda que a referência seja uma linha de pobreza baseada na renda diária mínima, inúmeras questões relacionadas ao atendimento e entendimento das necessidades básicas dos indivíduos continuarão sem respostas.

Entende-se que seria importante a elaboração de estudos que possam trazer à tona informações quanto às diferenças existentes entre os indivíduos no tocante aos fatores envolvidos no atendimento de suas necessidades. E através dos idosos, que vivenciaram e vivenciam diversos fatores e circunstâncias em sua trajetória de vida, novos subsídios poderão surgir no tocante ao entendimento dessa questão.

Sendo assim, este trabalho procurará desenvolver a análise dos fatores que estavam associados à percepção de suficiência de renda dos idosos do município de São Paulo, em 2000. Acredita-se que, ao identificá-los, os resultados possam ser úteis para o aprofundamento do tema, assim como no desenvolvimento de outros estudos que continuem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

# 2 OBJETIVOS

## 2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar fatores associados à percepção de suficiência de renda dos idosos, residentes no município de São Paulo, que relataram alguma vez ter trabalhado com remuneração e que possuíam renda em 2000.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características da história laboral junto à percepção de suficiência de renda.

- Identificar fatores de desigualdades na percepção de suficiência de renda entre os idosos.

- Verificar possíveis fatores associados à percepção de suficiência de renda independente da medida de renda utilizada.

# 3. MATERIAL E MÉTODO.

## 3.1. FONTE DE DADOS.

O presente trabalho explorará os dados obtidos através de entrevista domiciliar realizada pelo Estudo SABE, com pessoas de 60 anos e mais residentes no município de São Paulo.

## 3.2. INSTRUMENTO

Neste trabalho o instrumento utilizado foi o questionário aplicado pelo Estudo SABE (anexo 3), através da análise da resposta de questões pertencentes as seções: A (dados pessoais), B (avaliação cognitiva), C (estado de saúde), D (estado funcional), F (uso e acessibilidade a serviços), G (rede de apoio familiar e social) e H (história de trabalho e fontes de renda).

Da seção A, as seguintes questões foram analisadas: A.1b (*Quantos anos completos o/a Sr./Sra. tem?*); A.2 (*O/A Sr./Sra. nasceu no Brasil?*); A.4b (*Desde que o Sr./Sra. nasceu até os 15 anos, viveu no campo por 5 anos ou mais?*); A.5b (*O/A Sr./Sra. foi a escola?*); A.6 *(Qual a última série de que grau, na escola, o Sr. obteve com aprovação?);* A.11 (*Qual é sua religião*); A.12 (Qual destas opções[31] o descreve melhor?); A.13a *(Com relação ao seu estado marital, alguma vez o/a Sr./Sra. foi casado/a ou teve uma união livre?);* A.18 *(Quantos[32] filhos e filhas nascidos vivos o/a Sr./Sra. teve?);* A19 (*Tem ou teve*

[31] Branco (de origem européia), mestiço (combinação de branco e índio), mulato (combinação de branco e negro), negro, indígena, asiático e outras.

[32] Não foram incluídos os nascidos mortos.

*enteados?),* A.20 *(Quantos enteados/as teve?*)*; A.21 (Tem ou teve filhos adotivos*)*;* A.22 (*Quantos filhos adotivos teve?*)*.*

As questões da seção B (B.1 até B.9) foram utilizadas como critério de exclusão de idosos com possíveis deficiências no processo cognitivo.

Na seção C foram selecionadas as seguintes questões: C.1 (*O/A Sr./Sra. diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?*)*;* C.18 (*Sexo do entrevistado);* C.22a (*Quantas refeições completas o/a Sr./Sra. faz por dia?*)*;* c.22i (*Com relação ao seu estado nutricional o/a Sr./Sra. se considera bem nutrido?*); C.26 (*Como o/a Sr./Sra. descreveria a situação econômica de sua família durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida?*)*;* C.30 (*Durante os primeiros 15 anos de sua vida, o/a Sr./Sra. diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?*)*.* Além dessas, foram consideradas questões relacionadas a possíveis sintomas depressivos (C.21a até C.21o).

Da seção D a questão selecionada foi a D.26 (*Recebe Ajuda?*), através dessa questão foi possível realizar um filtro sobre um conjunto de perguntas (*D12c, D13b, D14c, D15b, D16c, D17c, D18b, D`9b, D20b, D21b, D22b, D23b, D24b e D25b*), que procuravam identificar se o idoso recebia algum tipo de ajuda para realizar atividades básicas ou intermediárias da vida diária (ABVD e AIVD).

Da seção F, a pergunta F.1 (*Que tipo de seguro de saúde o/a Sr./Sra. tem?*), e da seção G, as questões G.1 e G.3 que identificavam o chefe da residência, e a questão G.6 *(Quantos anos completos tem?),* relacionada a idade dos familiares que residiam com o idoso, foram selecionadas.

E, para finalizar, da seção H fizeram parte deste trabalho às seguintes perguntas: H.1 (*Alguma vez, na sua vida, o/a Sr./Sra. teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie?*); H.4 (*Que idade o/a Sr./Sra. tinha quando começou a trabalhar, na primeira vez?*); H.8 (*Qual a principal razão pelo qual o/a Sr./Sra. não trabalha atualmente?),* neste caso para identificar os aposentados por idade; H.10 (*Quais foram as atividades ou tarefas mais importantes que o/a Sr./Sra. desenvolveu no seu trabalho principal, na semana passada ou na última vez que trabalhou?*); H.11 (*A que se dedica ou dedicava o estabelecimento onde o/a Sr./Sra. trabalha ou trabalhou?*); H.15 (*A ocupação ou ofício que o/a Sr./Sra. desempenha ou a última que desempenhou é a que realizou durante a maior parte da sua vida adulta?*); H.16 (*Qual a ocupação que desempenhou a maior parte de sua vida?*); H.21 (*Trabalho atual?*); H.23 (*Em seu trabalho, o Sr./Sra. recebe algum destes benefícios?*), a fim de identificar os que recebiam aposentadoria; H.26 (*Tipo de receita recebida?*); H.27 (*Recebe alguma receita?*), filtro das perguntas H.23, H.24 e H.25; H.28 (*Quantas pessoas dependem dos seus ganhos?*); e H.29a até H.29e (*Algumas despesas da vida diária e gostaria que me dissesse se é o Sr. Quem paga ou alguém mais o ajuda?*), entre as despesas relacionadas estão água, luz, aluguel, comida, roupa, despesas médicas e passeios ou transporte.

## 3.3. POPULAÇÃO

A população deste trabalho é constituída por 1.300 pessoas que foram selecionadas, entre os 2.143 idosos, após a exclusão das seguintes quantidades de idosos, conforme o critério utilizado:

1º - 183 idosos que precisaram de ajuda para responder a seção A, identificados através da questão A.30 (*As perguntas A.1 a A.29 foram realizadas com um informante substituto?);*

2º - 192 pessoas que apresentaram pontuação no teste MEEM (Mini Exame de Estado Mental) menor do que 13 pontos. Este é um teste de rastreamento que possibilita selecionar pessoas com provável déficit cognitivo. A identificação desses idosos ocorreu através do preenchimento, pelos entrevistadores, da questão B.9 (*some as respostas corretas anotadas nas perguntas B.3 a B.8 e anote o total na casela).*

3º - 142 pessoas que relataram nunca ter exercido algum tipo de trabalho remunerado (questão H.01).

4º - 141 pessoas que relataram não possuir nenhum tipo de renda (138 mulheres).

5º - 185 idosos em que se verificou, na análise das respostas das questões H26 e H27 (a, b e c), alguma divergência quanto à quantidade e tipo de fontes de renda disponíveis com os valores das rendas informadas, sendo 102 homens e 83 mulheres.

## 3.4. VARIÁVEIS DE ESTUDO.

Cada uma das seções dos questionários aplicados pelo Estudo SABE possibilita a obtenção de inúmeras informações sobre o perfil dos idosos do município de São Paulo.

Para identificar quais são os fatores associados com a percepção de suficiência de renda será considerada como variável dicotômica dependente, a

resposta da questão H30 quanto à suficiência, ou não, de dinheiro por parte da pessoa idosa e parceiro, para cobrir suas necessidades da vida diária.

Abaixo segue relação de variáveis independentes que foram escolhidas e avaliadas, uma de cada vez, por sua associação com a variável dependente, assim como sua classificação e categorização:

A) Características sociodemográficas

| Questão | Variável | Categorias de análise | |
|---|---|---|---|
| C18 | Sexo | 0 – feminino<br>1 - masculino | |
| A01b | Idade | 0 – 60 a 69 anos<br>1 – 70 anos e mais | |
| A02 | Nasceu no exterior | 0 – não | 1 - sim |
| A11 | Pertence a religião evangélica | 0 – não | 1 - sim |
| A12 | Raça / Cor | 0 – não branco[33]<br>1 – Branco[34] | |
| A04b | Do nascimento até os 15 anos de idade, viveu somente em área urbana ou em área rural por menos de 5 anos. | 0 – não | 1 - sim |
| C26[35] | Situação econômica boa na maior parte de seus primeiros 15 anos de idade | 0 – não | 1 - sim |
| C30 | Nunca passou fome ou comeu o suficiente até os 15 anos de idade | 0 – não | 1 - sim |
| A05b | Freqüentou a escola | 0 – não | 1 - sim |
| A06 | Número de anos que freqüentou escola[36] | 1 – Nenhum<br>2 – 1 a 4 anos<br>3 – 5 a 8 anos<br>4 – mais de 8 anos | |

[33] Incluídos 11 idosos que disseram outra raça/cor e 04 que não souberam informar.

[34] Incluídos 37 idosos que se auto-declararam amarelos (origem asiática)

[35] Cinco idosos que não responderam foram classificados como não. O mesmo ocorreu em C30.

[36] Dez idosos que não souberam especificar a última série e grau foram categorizados entre 1 e 4 anos.

B) Características da história laboral

| Questão | Variável | Categorias de análise | |
|---|---|---|---|
| H04 | Iniciou atividade laboral com mais de 14 anos[37] | 0 – não | 1 – sim |
| H10 e 16 | Atividade laboral predominante não envolvia só atividade física | 0 – não | 1 – sim |
| H11 e 16 | Trabalhou predominantemente em qual setor econômico | 1 – primário<br>2 – secundário<br>3 – terciário | |
| H15 | Atividade laboral exercida foi a predominante | 0 – não | 1 – sim |
| H21 | Trabalha | 0 – não | 1 – sim |
| H08, 23 e 26 | Aposentado | 0 – não | 1 – sim |
| H26 (1-6) e h27 | Tem mais de uma fonte de renda | 0 – não | 1 – sim |
| | Renda total do idoso é maior que mínimo compra alimentos família | 0 – não | 1 – sim |
| | Renda total do idoso é maior que mínimo para necessidades básicas (alimentos e outros) da família | 0 – não | 1 – sim |
| | Renda *per capita* é maior que ½ Salário Mínimo | 0 – não | 1 – sim |
| | Renda *per capita* é maior que ¼ do Salário Mínimo | 0 – não | 1 – sim |

Para o cálculo do valor da *canasta* (cesta básica) foram utilizados dados de consumo mínimo de calorias, conforme preconizado pela FAO/OMS[38], em 2000. Estimou-se o consumo necessário para os idosos e para cada uma das pessoas com quem residia, segundo a unidade equivalente de consumo para cada um. E, através da pesquisa de preço da cesta básica divulgada pelo

[37] Trinta idosos que não responderam foram incluídos entre os que iniciaram atividade com até 14 anos.

[38] Disponível em http://www.who.int/hiv/topics/treatment/who_wfp_nutrition.pdf, página 34.

DIEESE[39] estimou-se, conforme o mês em que a entrevista havia sido realizada, qual seria o valor da cesta básica para cada uma das famílias, assim como para o idoso que morava só ou com parceiro.

O custo dos itens não alimentares, em grande parte dos estudos, é determinado pela utilização do coeficiente de Engel, através da relação entre despesas alimentares e despesa total. O resultado obtido é somado ao da cesta básica, gerando o valor de uma das diversas medidas de linhas de pobreza. O valor referente somente ao preço da cesta de alimentos seria uma das linhas de indigência.

Em 2000, o salário mínimo (S.M.) teve três valores: R$ 136,00 entre janeiro e março, R$ 150,00 em abril e R$ 151,00 a partir de maio[40]. As rendas citadas com valores idênticos entre os praticados ao S.M., nos primeiros quatro meses, foram corrigidas para o valor vigente em maio e as rendas informadas que não possuíam valor idêntico ao S.M. vigente em maio foram corrigidas em 5,81%, valor do reajuste da aposentadoria em 2000[41].

[39] http://turandot.dieese.org.br/bdcesta/tmp/sao_paulo89934.html

[40] http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu04-00.xml#2000

[41] http://www.inss.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423

c) Características da composição familiar

| Questão | Variável | Categorias de análise | |
|---|---|---|---|
| G01 e 03 | Idoso é o chefe da família | 0 – não | 1 – sim |
| A13a | Estado civil | 1 – casado<br>2 – divorciado/separado<br>3 – viúvo<br>4 – solteiro | |
| A18 a 22 | Teve dois ou menos filhos | 0 – não | 1 – sim |
| G06 | Reside só ou com pessoas maiores de 18 anos | 0 – não | 1 – sim |
| H28 | Quantos dependem de sua renda | 1 = uma ou só o idoso<br>2 = duas pessoas<br>3 = três e mais pessoas | |
| H 29 a-e | Paga sozinho itens h29 a até e | 0 – não | 1 – sim |

d) – Características do estado de saúde

| Questão | Variável | Categorias de análise | |
|---|---|---|---|
| C01 | Relata ter boa saúde[42] | 0 – não | 1 - sim |
| C21 a-o | Depressão | 1 – normal<br>2 – leve<br>3 - grave | |
| C22i | Considera-se bem nutrido[43] | 0 – não | 1 - sim |
| C22a | Faz três ou mais refeições por dia | 0 – não | 1 - sim |
| D26 | Dispensa qualquer tipo de ajuda para realizar as ABVD/AIVD | 0 – não | 1 - sim |
| F01 | Possui plano/seguro de saúde privado | 0 – não | 1 – sim |

[42] Um idoso que não respondeu e outro que não soube dizer foram incluídos entre os idosos com condição de saúde má ou regular.

[43] Onze idosos que não souberam responderam foram incluídos entre os não nutridos adequadamente.

Ressalte-se que para cada variável independente foi seguida a recomendação de 10 casos em estudo.

## 3.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, foram utilizados recursos da estatística descritiva e inferencial, assim como o teste de associação para amostras complexas (teste de Rao-Scott). Através do modelo de regressão logística binomial realizou-se a análise univariada de cada uma das variáveis independentes com a variável dependente.

Tendo em vista que cada questionário possuía peso específico, através do comando *svyset*, do *software STATA 11*, foram considerados dados da amostra expandida para a base populacional do município, em 2000.

O método estatístico para construção do modelo final foi o da regressão logística multivariável, por passos, procedimento de eliminação (*backwards*). Deste modo, procurou-se inferir os resultados das análises univariadas, segundo o conjunto de características apresentadas que mantiveram sua importância no contexto simultâneo de outras variáveis.

A estimação dos coeficientes foi obtida pelo método da máxima verossimilhança e a ordem de entrada no modelo final foi do menor para o maior valor de “p”. Nos casos em que valores encontrados foram muito semelhantes ($p<0,0001$), utilizou-se o valor da Odds Ratio (razão de chances) como critério adicional de ordem de entrada, neste caso, do maior para o menor valor.

Além disso, foi realizada a análise de interação entre as potenciais variáveis de confusão, ou seja: as que na análise univariada (variável

dependente x independente) apresentaram p<0,20 e entre si com p-valor <0,05. Permaneceram no modelo final as variáveis que apresentaram, no teste de Wald, resultados estaticamente significativos.

Também, foi realizada a análise de resíduos através do teste de Hosner-lemeshow - comando *svylogitgof,* utilizado em amostras complexas - para verificar o ajuste do modelo final, ou seja: se o modelo é adequado ou não para explicar os resultados obtidos. (Archer e Lemeshow, 2006)

Neste estudo foi utilizado, como já citado, o *software STATA 11 for Windows (STATA Corporation, College Station, Texas, EUA)*.

## 3.6. QUESTÕES ÉTICAS

No Brasil, o Estudo SABE foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-COEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), anexos 1 e 2.

# 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população de idosos residentes no município de São Paulo, segundo os resultados do Estudo SABE, é predominantemente feminina. As mulheres representavam 58,6% do universo estudado. Após a utilização dos critérios de exclusão, para a elaboração deste trabalho, a proporção de mulheres caiu para 51,3%, mas mesmo assim permaneceram como maioria.

A amostra de 1300 idosos que relataram em algum momento da vida terem trabalhado com remuneração, que não precisaram de ajuda para responder o questionário do SABE e que não apresentaram divergências entre a fonte de renda disponível e a recebida, representam o universo populacional de 524.757 pessoas, residentes na cidade de São Paulo em 2000.

A tabela abaixo resume o perfil da população geral de idosos e da população analisada neste trabalho.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos, segundo características sociodemográficas, município de São Paulo, em 2000.

| Variável | Categoria | % total SABE | % deste trabalho |
|---|---|---|---|
| sexo | Mulher | 58,6 | 51,3 |
| | Homem | 41,4 | 48,7 |
| idade | 60 a 69 | 56,9 | 61,9 |
| | 70 anos e mais | 43,1 | 38,1 |
| foi a escola | Não | 21,0 | 18,2 |
| | Sim | 79,0 | 81,8 |
| trabalha | Não | 71,5 | 66,6 |
| | Sim | 28,5 | 33,4 |
| Satisfeito com a renda | Não | 69,1 | 69,0 |
| | Sim | 30,9 | 31,0 |
| | total de idosos | 2143 | 1300 |

Fonte: Estudo SABE

A maioria dos idosos (69,0%) considerou não possuir dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária. Aqueles que emitiram opinião contrária (31,0%) apresentaram resultado próximo ao encontrado por Litwin e Sapir (2009) entre os idosos gregos (29,6%) e italianos (34,2%) participantes do estudo SHARE (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*). Esses autores citam três conceitos onde expõem de que modo os idosos interpretariam sua suficiência de renda.

O primeiro seria o de que as despesas dos idosos poderiam ser satisfeitas com menores recursos financeiros, pois seriam menores do que a dos mais jovens. Stoller e Stoller (2003), citando Smeeding, afirmam que altas taxas de moradia própria e isenção de determinados impostos reduzem as despesas de idosos. A esse propósito é interessante observar que a proporção de idosos, deste trabalho, que relataram ter casa própria foi de 77,8%. Além disso, idosos paulistanos possuem isenção em vários serviços como transporte público, eventos culturais, etc.

Outra explicação seria a de que os idosos compensariam a diminuição de sua renda na velhice ao acumularem riquezas durante sua trajetória de vida. Esta última tem como precursor o economista Franco Modigliani que, junto com Richard Brumberg e Albert Ando, na década de 1950, desenvolveu a teoria do ciclo da vida. Além destas teses, haveria a teoria da dissonância cognitiva onde os idosos, ao presenciarem a diminuição de seus rendimentos, alterariam sua interpretação a respeito de quanto precisariam efetivamente para sobreviver satisfatoriamente (Milanovic e Jovanovic, 1993 e Litwin e Sapir, 2009 ).

Não surpreende que, neste trabalho, em consonância com a feminização da velhice a participação do sexo feminino, também, tenha apresentado

proporções maiores do que o sexo masculino em todas as faixas etárias, exceto entre as pessoas de 60 a 64 anos (tabela 3). Tais características seriam decorrentes, principalmente da maior sobrevivida verificada entre elas.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos, segundo sexo e faixa etária, município de São Paulo, em 2000.

| | | Idade | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gênero | % | 60 - 64 | 65 – 69 | 70 - 74 | 75 - 79 | 80 e mais |
| mulher | 51,3 | 46,4 | 51,5 | 56,1 | 53,3 | 56,3 |
| homem | 48,7 | 53,6 | 48,5 | 43,9 | 46,7 | 43,7 |

Fonte: Estudo SABE

Tanto homens (37,8%) quanto mulheres (30,8%) com 70 anos e mais apresentaram maior satisfação com a renda disponível para atendimento de suas necessidades básicas quando comparados com idosos mais jovens (60 a 69 anos) (Tabela 4). A diferença é que entre os homens (p=0,0618) os resultados foram significativos ao contrário do verificado junto as mulheres (p=0,5765).

Ao desconsiderar a diferença entre os gêneros, ainda assim os idosos mais velhos (70 e mais) apresentam resultados de percepção satisfatória maior que os mais jovens, sendo 33,9% ante 29,2% respectivamente (tabela 4).

Como dito anteriormente, alguns estudos indicam que idosos mais velhos tendem a superestimar sua satisfação com a renda ao subestimarem suas dificuldades financeiras. Segundo Milanovic e Jovanovic (1993); Stoller e Stoller (2003) e Litwin e Sapir (2009), por serem mais velhos, esses idosos teriam informações mais completas sobre sua condição de saúde, saberiam com mais precisão as descontinuidades a que estão suscetíveis e teriam maior

experiência no gerenciamento de seus recursos, conforme seu nível de renda, em relação aos idosos mais jovens.

Independente da faixa etária verificou-se que os homens apresentaram percepção de suficiência de renda maior (32,6%) do que as mulheres (29,5%) (tabela 4). Resultados semelhantes foram encontrados em países asiáticos (Chan *et al*, 2001 e Ofstedal *et al*, 2004), assim como entre idosos americanos (Danigelis e McIntosh, 2001). Nesta última citação, os autores relatam que Burkhauser e Salisbury (1993) verificaram que idosas com 65 anos e mais tinham duas vezes mais chances de serem pobres do que homens de sua idade.

Diante das considerações dos autores acima, poder-se-ia argumentar que, independente do país, do momento histórico, da cultura, da trajetória de vida e de outras variáveis, a percepção de situação de renda satisfatória é menor entre as mulheres.

Ressalte-se que as mulheres, inclusive no Brasil, ainda são vítimas de diversas discriminações quanto ao seu papel na sociedade. Entre outras, há as verificadas no mercado de trabalho onde, na maioria das vezes, ao exercerem a mesma função que homens, recebem salários menores (Curtis e Desmarais, 1997; Blau e Khan, 2003).

Identificou-se, através do Estudo SABE, que as mulheres eram 97,8% das pessoas que nunca exerceram atividade laboral remunerada, 72,2% das que não recebiam recursos da aposentadoria e 89,8% das pessoas que não possuíam nenhum tipo de renda reforçando a desigualdade existente entre gêneros.

Em estudo com idosos de dois países asiáticos (Singapura e Taiwan), Chan *et al* (2002), identificaram associação entre gênero e percepção de suficiência de renda. Alguns estudos verificaram que o gênero quando controlado por outras variáveis socioeconômicas deixa de ser significativo estatisticamente (Hsieh, 2003; Blazer *et al*, 2007) e, em outros, assim como este trabalho, autores relatam que não alcançou significância estatística (Stoller e Stoller, 2003).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos, segundo variáveis sociodemográficas e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | p | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| sexo | mulher | 51,3 | 29,5 | - | - | - | - | - | - |
| | homem | 48,7 | 32,6 | 0,3704 | 1,458 | 0,14 | 1,16 | 0,84 | 1,59 |
| Idade | 60 a 69 | 61,9 | 29,2 | - | - | - | - | - | - |
| | 70 anos e mais | 38,1 | 33,9 | 0,0986 | 3,227 | 0,22 | 1,25 | 0,96 | 1,62 |
| raça/cor | não brancAsia[1] | 26,4 | 19,3 | - | - | - | - | - | - |
| | brancAsia | 73,6 | 35,2 | 0,0000 | 29,911 | 0,82 | 2,27 | 1,60 | 3,23 |
| foi escola | não | 18,2 | 16,9 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 81,8 | 34,1 | 0,0000 | 26,775 | 0,93 | 2,54 | 1,73 | 3,74 |
| escola-ridade | nenhuma | 18,2 | 16,9 | - | - | - | - | - | - |
| | 1 a 4 anos | 58,3 | 28,7 | - | - | 0,68 | 1,98 | 1,33 | 2,95 |
| | 5 a 8 anos | 9,3 | 38,5 | - | - | 1,12 | 3,08 | 1,88 | 5,04 |
| | Mais de 8 anos | 14,2 | 53,3 | 0,0000 | 69,895 | 1,72 | 5,60 | 3,34 | 9,39 |
| Religião Católica | não | 29,2 | 29,2 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 70,7 | 31,7 | 0,3951 | 0,7938 | 0,12 | 1,13 | 0,85 | 1,48 |
| Religião Evangélica | não | 79,9 | 32,5 | - | - | - | - | | - |
| | sim | 20,1 | 25,1 | 0,0398 | 5,225 | -0,36 | 0,70 | 0,50 | 0,98 |

Fonte: Estudo SABE
1 = Situam-se nessa categoria os idosos que relataram não pertencer a raça/cor branca ou de origem asiática (japoneses, chineses, coreanos, etc.). Entre outros: negros, mulatos, indígenas, etc.

Os resultados mostram que idosos que se autodenominaram da raça/cor branca ou asiática (amarelos) possuíam percepção de suficiência de renda quase duas vezes maior do que os autodenominados, entre outros, como negros, mulatos e indígenas (tabela 4).

Debert (2004) apresenta alguns estudos que discutem a dupla vulnerabilidade ao qual se encontrariam os idosos pertencentes a minorias étnicas (*double jeopardy*) ao serem, segundo o autor, vitimas de formas de discriminação e exclusão próprias das sociedades ocidentais. Entre os estudos apresentados, há os que sugerem que as diferenças sociais existentes entre idosos negros e brancos seriam menor do que as existentes, por exemplo, entre brancos e negros de meia-idade.

Essa análise também foi objeto de estudo de Zorzin *et al* (2010) que, através dos dados da PNAD de 2005, identificaram que idosos brancos apresentavam uma renda 82% maior do que idosos negros, e que entre os adultos, os denominados brancos possuíam uma diferença a favor de 108%.

Identificou-se, neste trabalho, que 18,2% dos idosos nunca foram à escola e que somente 23,5% possuíam cinco ou mais anos de estudo. As mulheres foram as que apresentaram maior taxa de não ida à escola (19,9%) refletindo, aqui, sua maior longevidade, pois a maior proporção entre elas foi verificada nas idosas com 80 anos e mais (34,0%), ou seja a sobrevivência de uma parcela menos escolarizada. Outro detalhe interessante é que a menor taxa de não ida à escola (12,1%) foi encontrada entre as idosas mais jovens (60 a 64 anos), sendo que estas apresentaram a maior taxa, entre todas as faixas etárias, com oito ou mais anos de estudo (20,6%), dois pontos percentuais (p.p) maior do que o verificado entre os homens.

O idoso que relatou ter freqüentado uma escola, sem especificar durante quanto tempo, apresentou uma chance 2,54 vezes maior de estar satisfeito com sua disponibilidade de renda do que entre os idosos que nunca a freqüentaram e, entre, os idosos que mais estudaram (oito anos e mais), a maioria (53,3%) percebem sua renda como suficiente (tabela 4).

Para Palloni e Pelaez(2002), de um modo geral, os idosos são pessoas que foram expostas a condições mais limitadas de ascensão social quando jovens. Neste trabalho foi possível inferir que essa argumentação seria procedente ao se identificar o baixo nível educacional verificado entre os idosos estudados (tabela 4). Berhman *et al* (1999) ao calcularem a escolaridade das coortes nascidas entre 1930 e 1960 nos países da América Latina e Caribe constataram que os brasileiros possuíam maior média de anos de estudo apenas que seus contemporâneos de Honduras, Nicarágua e El Salvador. Em relação a Argentina e Chile, países com renda per capita, segundo os autores semelhantes a do Brasil a escolaridade dos idosos brasileiros era cerca de quatro anos menor.

Os resultados verificados sobre a escolaridade vão ao encontro do preconizado por Schultz e Becker que, através da teoria do Capital Humano, expuseram que pessoas com melhores níveis educacionais possuem maior chance de terem uma renda relativamente melhor do que as pessoas menos escolarizadas. Reforça-se que essa teoria não abrange somente o nível educacional como único investimento que os indivíduos realizam a fim de melhorar suas condições de vida. Os indivíduos investiriam em treinamento profissional, melhor condição de saúde, como por exemplo, cuidados

preventivos em relação à sua saúde (procura de assistência médica ou cuidados alimentares), assim como atividades culturais e outros hábitos gerando externalidades melhores e positivas (Becker, 1962; Moretto, 1997).

O nível de satisfação com a renda disponível entre os idosos mais escolarizados foi sempre maior, independente da categorização que se faça. A diferença entre os idosos com maior escolaridade em relação àqueles com menor escolaridade é mais de duas vezes favorável ao primeiro grupo (tabela 4). Resultados demonstrando a associação entre escolaridade e percepção de suficiência de renda, também foram identificados em outros estudos, sendo que em alguns a significância estatística verificada não foi relevante (Stoller e Stoller, 2003; Litwin e Sapir, 2009).

A maioria dos idosos (70,7%) se autodenominou como seguidor da religião católica, na seqüência apareceram os evangélicos (20,0%). Ao se comparar a religião católica ou evangélica em relação às demais, verificou-se que o nível de satisfação dos evangélicos era menor (25,1%) do que a verificada entre os católicos (31,7%), porém naqueles a associação univariada com percepção de suficiência de renda foi significativa (p=0,0398), ao contrário da verificada entre os últimos (p=0,3951) (tabela 4).

A média de idade dos imigrantes que fazem parte deste trabalho (7,2%) é um pouco acima de 3 anos maior do que a dos brasileiros, 71,5 anos e 68,4 anos respectivamente. A maioria era proveniente de Portugal (51,3%), Itália (13,1%) e Japão (12,0%). A percepção de suficiência de renda dos idosos imigrantes, independente do local de origem, em relação aos brasileiros foi quase 45% maior. Enquanto 30% dos idosos nascidos no Brasil possuíam uma percepção positiva de sua disponibilidade de renda, naqueles a proporção foi

de 43,4%. Aqueles que referiram ter vivido na área rural, até os 15 anos de idade, também apresentaram melhor percepção de suficiência de renda.

Idosos que migraram para o estado da Flórida (EUA), com renda semelhante aos idosos nascidos no local, apresentaram maior nível de satisfação com sua renda do que os nativos (Stoller e Stoller, 2003). Ao compararmos os idosos que migraram em relação aos nascidos no Brasil - ambos com rendas totais inferiores ao valor mínimo para o atendimento das necessidades de suas famílias - a proporção daqueles com percepção de suficiência de renda é maior (17,0% contra 13,4%).

Ao migrarem de regiões carentes para regiões mais desenvolvidas, os indivíduos também estariam realizando investimentos em si próprios, segundo a teoria do Capital Humano. A cidade de São Paulo, em períodos distintos, foi um importante local de destino de pessoas provenientes de outras regiões do país e do exterior. É bastante difundida, e não só entre os especialistas da área, a informação de que, entre 1960 e 1980, o êxodo rural brasileiro alcançou um total de 27 milhões de pessoas (Camarano e Abramovay, 1999).

Nas primeiras décadas do século XX o fluxo de imigrantes foi significativo, através de pessoas que, entre outros motivos, fugiam de regiões pobres da Europa, assim como das duas grandes guerras mundiais.

Duas perguntas apresentadas aos idosos (C26 e C30) procuravam identificar algumas características das condições socioeconômicas presenciadas por estes em seus primeiros quinze anos de vida. A primeira era relativa à avaliação que fazia de sua situação econômica, ou seja, se a considerava como tendo sido boa e a segunda se, em algum momento, havia passado por algum tipo de privação alimentar.

Constatou-se que a proporção dos que consideravam ter tido uma situação econômica ruim (31,0%) foi maior do que os que relataram terem passado, em algum momento, por privação de alimentos (20,6%). Em 2000, o nível de satisfação com a renda disponível foi maior nos idosos que relataram dificuldades financeiras (29,6%) do que nos que relataram ter passado fome (21,5%). O diferencial verificado foi que, na análise univariada, os idosos que nunca passaram fome possuíam 83% de chances a mais de estarem satisfeitos com sua renda, bem acima dos 25% verificados entre os que tiveram uma boa situação econômica até os primeiros anos da adolescência (tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos idosos, segundo situação socioeconômica, nos primeiros 15 anos de idade e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | H30 – Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | P | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| Nasceu exterior | não | 92,8 | 30,0 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 7,2 | 43,4 | 0,0172 | 7,2176 | 0,58 | 1,78 | 1,10 | 2,88 |
| Viveu menos 5 anos área rural | não | 62,1 | 28,6 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 38,0 | 34,9 | 0,0578 | 5,6752 | 0,29 | 1,34 | 0,99 | 1,81 |
| Boa situação econômica | não | 71,2 | 29,6 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 28,8 | 34,4 | 0,1853 | 2,9282 | 0,22 | 1,25 | 0,90 | 1,74 |
| Alimentou-se bem | não | 20,6 | 21,5 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 79,4 | 33,4 | 0,0005 | 14,0975 | 0,60 | 1,83 | 1,31 | 2,56 |

Fonte: Estudo SABE

O tempo médio de exercício de trabalho para os homens foi de 50,5 anos e 36,5 anos para as mulheres. Sendo assim, tanto homens quanto mulheres haviam trabalhado, em média, além do tempo de serviço mínimo para terem direito a aposentadoria.

Quanto mais cedo o idoso começou a trabalhar menos satisfatória foi sua percepção de suficiência de renda em 2000 (tabela 6).

Reforça-se que até o ano de 1999, para ter direito a aposentadoria era considerado o tempo de serviço, ou melhor, quantidade de anos trabalhados. A partir daquele ano - através da Emenda Constitucional nº 20 e da Lei 9.876 de novembro de 1999 – houve a mudança para o tempo de contribuição à previdência social, ou seja, 35 anos de contribuição para os homens e 30 anos de contribuição para as mulheres (Marques e Mendes, 2009).

Ferreira verificou através da PNAD de 2003, que 18,5% dos homens e 13,9% das mulheres ocupadas começaram a trabalhar antes dos 10 anos e que 1,3 milhão de crianças de 5 a 13 anos trabalhavam (Ferreira, 2005).

Neste trabalho, os resultados coincidem com os dados de Ferreira quando se observa que 65,2% dos idosos analisados (72,4% dos homens e 58,4% das mulheres) iniciaram atividade laboral com menos de 15 anos. E reforçam o quão precocemente os idosos residentes em São Paulo começaram sua atividade laboral, pois no SABE a média de idade de início de trabalho dos homens foi de 12,1 anos e das mulheres 15,6 anos

Segundo a OIT (Organização Internacional do Trabalho), são muitos os problemas que podem acometer as crianças inseridas precocemente no mercado de trabalho, como por exemplo: baixa escolaridade, problemas de saúde, exploração sexual, escravidão, etc. (OIT, 2007).

Quanto ao tipo de atividade laboral desenvolvido, 55,2% das mulheres e 44,8% dos homens relatou ter exercido atividades predominantemente físicas. É importante frisar que, conforme Rosso (2008), o trabalho ocupa a pessoa como um todo onde, em até certa medida, todos os aspectos de sua

personalidade são envolvidos no ato de trabalhar. Diversos estudos monstram que trabalhadores que exercem atividades insalubres, principalmente com grande carga de esforço físico, apresentam maior risco de ter uma saúde debilitada e maior insatisfação com a renda disponível. Neste trabalho verificou-se que idosos que não trabalharam predominantemente em atividades físicas, ou seja, predominantemente intelectual e parcialmente física com intelectual tiveram 3,23 vezes mais chances de estarem satisfeitos com a sua renda (tabela abaixo).

Tabela 6 – Distribuição dos idosos, segundo trajetória laboral e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | H30 – Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | P | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| Depois dos 14 anos[1] | não | 65,2 | 26,5 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 34,8 | 39,4 | 0.0004 | 23,1190 | 0,59 | 1,81 | 1,31 | 2,49 |
| predominante não Física | não | 73,2 | 23,9 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 26,8 | 50,4 | 0,0000 | 83,4384 | 1,17 | 3,23 | 2,39 | 4,37 |
| Setor econômico predominante | primário | 6,8 | 17,4 | - | - | - | - | - | - |
| | secundário | 28,7 | 29,8 | - | - | 0,70 | 2,02 | 1,08 | 3,79 |
| | terciário | 64,5 | 32,9 | 0.0225 | 9,3308 | 0,85 | 2,34 | 1,29 | 4,23 |
| Atividade foi predominante | não | 36,2 | 25,6 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 63,8 | 34,1 | 0,0031 | 10,0772 | 0,41 | 1,50 | 1,15 | 1,96 |
| trabalha | não | 66,9 | 30,5 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 33,1 | 32,0 | 0,6509 | 0,3265 | 0,07 | 1,08 | 0,78 | 1,48 |
| Aposentado | não | 42,3 | 31,4 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 57,7 | 30,7 | 0,8037 | 0,0891 | -0,04 | 0,96 | 0,72 | 1,29 |

Fonte: Estudo SABE
[1] = Iniciou atividade laboral com 15 anos ou mais

A atividade laboral dos idosos se concentrou em três grandes áreas: indústria manufatureira (28,7%), comércio (19,4%) e serviços domésticos (14,9%). Entre atividades ligadas ao serviço doméstico, ao ensino e no setor hoteleiro as mulheres tiveram participação predominante, sendo 94,9%, 81,0% e 72,6%, respectivamente. Os homens destacaram-se em atividades ligadas ao transporte (86,1%) e construção civil (85,3%). Na indústria manufatureira (homens=52,5%), agricultura (mulheres=51,1%) e na administração pública (homens=51,9%) verificou-se equilíbrio entre os gêneros.

Os dados referentes à participação das mulheres no mercado de trabalho não surpreendem, pois sua participação na população economicamente ativa (PEA) brasileira aumentou significativamente. Entre 1976 e 2002, houve um acréscimo de mais de 20 milhões no número de mulheres ocupadas (11,2 em 1976 para 32,3 milhões em 2002) (Alves, 2004). Segundo o autor, no Brasil, a taxa de atividade total das mulheres com 10 anos e mais na PEA mais do que triplicou entre 1950 e 2000, subiu de 13,6% em 1950 para 26,9% em 1980 e alcançou 44,1% em 2000. Na região metropolitana de São Paulo a taxa de participação delas na PEA passou de 52,7% em 2000 para 55,9% em 2009 (Fundação SEADE, 2010).

Ao serem questionados se a atividade referida foi a que exerceu predominantemente em sua vida profissional, 59,9% das mulheres e 67,9% dos homens responderam afirmativamente. O tempo médio referido de permanência na mesma atividade foi de 27,9 anos (mulheres= 25,2 anos e homens= 30,0 anos).

Quanto ao setor econômico em que os idosos relataram terem trabalhado, constatou-se que aqueles que trabalharam predominantemente no

setor secundário e terciário apresentaram maiores chances de estarem satisfeitos com sua renda, quando comparados com os que trabalharam predominantemente no setor primário, 2,0 e 2,3 respectivamente (tabela 6).

O sentimento de satisfação também foi maior nos idosos que relataram ter tido maior estabilidade na atividade profissional exercida, ou seja, aqueles que trabalharam, predominantemente, no mesmo setor durante sua vida laboral apresentaram sentimento de satisfação 8,5 p.p. (pontos percentuais) maior do que aqueles que apresentaram maior rotatividade, 34,1% e 25,6% respectivamente (tabela 6).

A carga horária de trabalho relatada pelos idosos, durante o exercício de suas atividades concentrou-se, predominantemente, em oito ou mais horas, sendo 77,1% das mulheres e 88,0% dos homens. Em relação à quantidade de dias trabalhados, 39,0% das mulheres e 56,8% dos homens referiram ter trabalhado, predominantemente, mais de cinco dias por semana. Ter exercido atividades laborais com maior flexibilidade em seus horários não apresentou associação significativa quanto à satisfação com a renda disponível nas análises univariadas (p=0,7420).

Constatou-se que 66,9% dos idosos, analisados neste trabalho, não exerciam atividade remunerada e entre os que continuavam trabalhando, 64,8% eram homens. A proporção entre as mulheres que trabalhavam (23,9%) era menor do que a encontrada entre os homens (39,3%), porém maior quando comparada com o conjunto de idosas do município de São Paulo (19,1%) (Campino e Cyrillo, 2003).

A maioria dos idosos que trabalhava relatou que o fazia por necessidades financeiras (72,8%) e outros pelo fato de se sentirem úteis e acharem a atividade prazerosa (15,6%).

Manter-se trabalhando não impactou significativamente na melhoria da percepção de suficiência de renda, provavelmente porque 75,3% dos que trabalhavam por necessidade estavam insatisfeitos com sua renda, ao contrário dos 61,5% que trabalhavam por se sentirem úteis ou gostarem. Tais resultados permitem inferir que os idosos insatisfeitos com sua renda e que trabalhavam por necessidade exerceriam atividade laboral em empregos que não amenizariam o sentimento de insatisfação.

Relatar que era aposentado, independente do gênero, foi outra característica que não apresentou associação significativa quanto à percepção de suficiência de renda (tabela 3). Mesmo com 32,6% dos homens e 29,5% das mulheres aposentadas relatando satisfação com a renda disponível, a associação se manteve não significativa p= 0,5933 e 0,3792, respectivamente. Ressalte-se que a maioria dos idosos se auto-declarou como sendo aposentado (tabela 6): 61,6% das mulheres e 53,6% dos homens.

Não foi constatada diferença significativa na percepção de suficiência de renda entre os idosos que relataram trabalhar e os que se encontravam aposentados 32,0% e 30,7% respectivamente. Entretanto, apesar da pouca diferença encontrada, este resultado acompanha o verificado por Litwin e Sapir (2009) em doze países europeus, onde a proporção de idosos satisfeitos foi menor entre os aposentados do que entre aqueles que trabalhavam. Os autores constataram que a chance de um idoso aposentado manifestar insatisfação com sua renda era 18% maior do que os idosos que trabalhavam.

Observou-se, neste trabalho, que a maioria (63,6%) dos idosos tinha apenas uma fonte de renda, sendo 57,7% entre os homens e 69,2% entre as mulheres. As principais fontes de renda referidas, para ambos os sexos, foram aposentadoria (83,9%), renda do trabalho (33,4%), receber aluguel ou recursos de aplicação financeira (12,2%) e ajuda de familiares residentes no país (7,2%).

Através da tabela 7 verifica-se que a mediana do total de renda recebida (R$ 351,00) pelo conjunto de idosos foi quase cinqüenta reais maior do que o valor equivalente a dois salários mínimos vigentes a partir de maio de 2000 (R$ 302,00).

Ao se calcular a mediana da aposentadoria recebida pelos idosos, verifica-se que os homens recebem mais do que o dobro das mulheres, entre elas a mediana encontrada foi de um salário mínimo (R$ 151,00) enquanto o valor deles foi de R$ 348,50. O fato de as mulheres terem como mediana o valor do salário mínimo pode ser condizente, provavelmente, com o recebimento de renda através do B.P.C.

A proporção de idosos que recebiam um salário mínimo como aposentadoria era de 52,0% entre as mulheres e 23,8% entre os homens, sendo que 36,7% das mulheres e 13,7% dos homens dispunham unicamente desse valor no mês.

Observaram-se diferenças de sexo e raça relacionadas aos rendimentos. As mulheres recebiam menos que os homens em todos os tipos de renda avaliados.

Idosos auto-declarados de cor branca ou amarela recebiam 72,2% a mais que os auto-declarados de outra cor, sendo o rendimento médio total encontrado R$ 755,60 e R$ 438,90, respectivamente.

Tabela 7 – Distribuição da mediana da renda total e aposentadoria recebida pelos idosos, segundo faixa etária, município de São Paulo, 2000.

| Idade | Homens | | Mulheres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | RT[1] | Apos[2] | RT | Apos | RT | Apos |
| 60 – 64 | 614,00 | 500,00 | 302,00 | 151,00 | 460,00 | 326,00 |
| 65 – 69 | 543,00 | 450,00 | 245,50 | 180,00 | 400,00 | 270,00 |
| 70 – 74 | 583,00 | 400,00 | 250,50 | 154,00 | 335,00 | 272,00 |
| 75 – 79 | 451,00 | 330,00 | 240,50 | 151,00 | 350,00 | 231,00 |
| 80 e mais | 324,00 | 274,00 | 182,00 | 151,00 | 286,00 | 200,00 |
| Total | 500,00 | 348,50 | 258,00 | 151,00 | 351,00 | 245,00 |

Fonte: Estudo SABE
[1]=Renda Total
[2]=Renda proveniente apenas da aposentadoria

A tabela 8, reforça o resultado de diversos estudos que mostram que as mulheres, mesmo com escolaridade igual ou maior do que os homens recebem valores menores[44].

[44] http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1099&id_pagina=1

Tabela 8 – Distribuição da mediana da renda total e aposentadoria recebida pelos idosos, segundo anos de estudo, município de São Paulo, 2000.

| Anos Estudo | Homens | | Mulheres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | RT[1] | Apos[2] | RT | Apos | RT | Apos |
| Nenhum | 317,00 | 200,00 | 151,00 | 151,00 | 211,00 | 151,00 |
| 1 a 4 anos | 500,00 | 330,00 | 251,00 | 151,00 | 347,00 | 230,00 |
| 5 a 8 anos | 683,00 | 480,00 | 447,00 | 204,00 | 526,00 | 433,00 |
| 8 anos e mais | 1.070,00 | 800,00 | 960,00 | 815,50 | 1.000,00 | 800,00 |

Fonte: Estudo SABE
[1]=Renda Total
[2]=Renda proveniente apenas da aposentadoria

O rendimento dos homens idosos brasileiros situava-se, em 1998, em um nível maior do que a população jovem. Apesar de as mulheres idosas receberem menos que os homens idosos, ainda assim seus rendimentos eram maiores do que a população menor de 35 anos (Camarano, 2001).

Segundo dados do IBGE, em 2000, os idosos residentes em áreas urbanas recebiam rendimentos nominais maiores do que os idosos de áreas rurais. No estado de São Paulo, por exemplo, recebiam até 1 S.M. 25,7% dos idosos do primeiro grupo e 45,7% do segundo (rural).

A maior parte da renda dos idosos seria proveniente das aposentadorias e pensões e, tanto para homens quanto mulheres, sua importância tem crescido ao longo do tempo. Porém, ela é mais significativa para ambos os sexos na faixa etária de 60 a 64 anos. Já para as demais faixas os benefícios previdenciários, entre eles os não-contributivos, por exemplo: o BPC (Benefício de Prestação Continuada) seriam mais relevantes (Camarano, 2001).

O índice de Gini é uma das medidas mais usuais para verificar o grau de concentração de renda de uma determinada população, região ou sociedade. Quanto mais próximo de 1 (um), mais desigual é a situação da população avaliada.

Em 2000 o índice da população pertencente a este trabalho era de 0,58, praticamente se igualando ao encontrado, através da PNAD de 1997, por Barros *et al* (1999), junto aos idosos brasileiros (0,59), a diferença estaria no índice T de Theil.

O índice T de Theil mede a desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar per capita. É o logaritmo da razão entre a média aritmética e geométrica das rendas individuais, sendo nulo quando não existir desigualdade de renda entre os indivíduos, são excluídos do cálculo os indivíduos com renda domiciliar per capita nula.

Os autores (Barros *et al*, 1999) constataram um índice de Theil de 0,76 enquanto aqui o índice encontrado foi 0,67, ou seja, a renda do conjunto de idosos deste trabalho seria menos desigual do que a constatada entre o conjunto de idosos brasileiros. Além disso, os idosos deste trabalho apresentavam, em 2000, uma melhor distribuição de sua renda quando comparados com o conjunto da população brasileira (tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição do rendimento mensal dos idosos e população brasileira, segundo classes de rendimentos, município de São Paulo e Brasil, 2000.

| Classes de rendimentos (%) | Distribuição dos rendimentos (%) | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Simples | | Acumulado | |
| | SABE | Brasil[1] | SABE | Brasil[1] |
| Até 10 | 1,6 | 1,0 | 1,6 | 1,0 |
| 10 ⊢ 20 | 2,5 | 1,6 | 4,1 | 2,6 |
| 20 ⊢ 30 | 1,5 | 2,5 | 5,7 | 5,0 |
| 30 ⊢ 40 | 3,5 | 3,2 | 9,2 | 8,2 |
| 40 ⊢ 50 | 4,8 | 4,2 | 14,0 | 12,4 |
| 50 ⊢ 60 | 5,9 | 5,6 | 19,9 | 18,0 |
| 60 ⊢ 70 | 8,3 | 7,3 | 28,4 | 25,3 |
| 70 ⊢ 80 | 10,5 | 10,1 | 38,9 | 35,4 |
| 80 ⊢ 90 | 15,7 | 16,0 | 54,5 | 51,4 |
| 90 ⊢ 100 | 45,4 | 48,6 | 100,0 | 100,0 |

Fonte: Estudo SABE

[1] - rendimento mensal dos domicílios particulares permanentes, segundo PNAD 2000

Pelo índice de Gini foi possível verificar que não há grandes distorções na desigualdade entre gêneros, pois tanto homens (0,5396) quanto mulheres (0,5379) apresentaram índices muito próximos. Porém, na análise quanto à cor dos idosos, verifica-se que entre os brancos ou asiáticos a desigualdade é maior do que a verificada entre os não pertencentes a uma das duas. Idosos brancos e amarelos apresentaram coeficiente de Gini igual a 0,57 e de THeil igual a 0,63, índices maiores do que os verificados entre os demais idosos: 0,46 e 0,40, respectivamente. Tais diferenças, provavelmente decorrem da menor variabilidade verificada entre a renda deste último segmento que, conforme visto, possui valores medianos de renda inferiores ao primeiro grupo.

Independente da medida de renda utilizada, idosos com menor rendimento tem níveis bem menores de satisfação quanto à sua percepção de suficiência de renda (tabela 10).

Através do estudo SHARE, Litwin e Sapir (2009), tendo como referência os idosos com altas rendas, verificaram que aqueles classificados como detentores de uma renda menor possuíam quase duas vezes mais chances de estarem insatisfeitos. Stoller e Stoller (2003) também identificaram que idosos com rendas inferiores eram significativamente mais propensos a relatar níveis inferiores de suficiência de renda, porém entre os idosos com rendimentos superiores os resultados não foram significativos estatisticamente. Milanovic e Jovanovic (1999) relatam que a percepção de suficiência de renda tende a cair junto com a diminuição da renda real.

Toscano *et al* (2006) ao avaliarem a percepção de satisfação com a renda de indivíduos classificados como 10% mais pobres e os 10% mais ricos residentes em Andaluzia (Espanha), verificaram que entre os primeiros apenas 2,2% estavam totalmente satisfeitos com sua renda, percentual bem inferior aos 21,5% da camada mais rica daquele estado. Os autores acrescentam que a percepção de suficiência de renda dos mais pobres era influenciada negativamente pelo fato de seus rendimentos serem menores do que um determinado grupo de referência e que o mesmo não ocorria entre os mais ricos.

Durante o ano de 2000 o valor médio da cesta básica, segundo dados obtidos junto ao DIEESE, foi de R$ 113,63[45].

Ao se calcular a renda familiar média necessária para suprir o conjunto de necessidades dos indivíduos na residência dos idosos estudados, conforme unidade equivalente de caloria de cada pessoa e tendo como referência o

[45] Valor das cestas básicas em 2000, disponível em: http://www.dieese.org.br/rel/rac/cesta.xml

preço da cesta básica chegou-se a um valor médio de R$ 287,22. Ou seja, em média este seria o valor que as famílias dos idosos pertencentes a este trabalho deveriam dispor para suprir suas necessidades alimentares básicas, ou ainda, este seria o valor limite de uma das possíveis linhas de indigência dessa população.

Verificou-se que a maioria dos idosos (65,5%) possuía renda total superior ao valor mínimo necessário para suprir as necessidades alimentares de sua família: mais de 2/3 dos homens (76,9%) e mais da metade das mulheres (54,5%).

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003[46] (POF) foi utilizado como referência para definir a distribuição de renda entre despesas alimentares e não-alimentares[47], resultando no coeficiente de Engel de aproximadamente 0,4025. Deste modo, o valor médio necessário para atender as necessidades básicas da vida diária da família em que o idoso está inserido seria de R$ 713,58. Este valor seria um dos modos de medir a pobreza dessa população. Conforme esperado, quando comparado com o valor mínimo necessário para aquisição de alimentos, é menor a proporção de idosos que possuíam renda total acima dessa quantia (37,1%), sendo 43,0% entre os homens e 31,5% entre as mulheres.

[46] http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002_2003perfil/pof2002_2003perfil.pdf dados obtidos da Tabela 2.12.

[47] Como despesas não-alimentares consideraram-se os gastos com manutenção do lar, artigos de limpeza, higiene e cuidados pessoais, assistência a saúde, remédios, plano/seguro saúde, serviços pessoais, pensões, mesadas e doações (média das despesas de famílias cujo idoso era a pessoa de referência).

Tabela 10 – Distribuição dos idosos, segundo situação da renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | H30 – Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | p | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| Tem duas ou mais fontes de renda | não | 63,6 | 25,8 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 36,4 | 40,0 | 0,0000 | 28,2123 | 0,65 | 1,91 | 1,45 | 2,53 |
| nº dependentes renda idoso | só idoso[1] | 31,3 | 34,7 | - | - | - | - | - | - |
| | dois | 34,7 | 33,8 | - | - | -0,4 | 0,96 | 0,7 | 1,32 |
| | três e + | 34,0 | 24,7 | 0,0048 | 12,4671 | -0,48 | 0,62 | 0,45 | 0,86 |
| Renda total[2] cesta alimentos | não | 34,5 | 13,6 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 65,5 | 40,2 | 0,0000 | 96,8153 | 1,45 | 4,26 | 2,88 | 6,3 |
| Renda total[3] necessidades | não | 62,9 | 18,7 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 37,1 | 51,9 | 0,0000 | 156,4288 | 1,55 | 4,7 | 3,59 | 6,15 |
| linha pobreza SM[4] | não | 19,7 | 6,9 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 80,3 | 36,9 | 0,0000 | 86,4505 | 2,06 | 7,9 | 4,46 | 13,8 |
| linha Indigência SM[5] | não | 5,2 | 5,3 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 94,8 | 32,4 | 0,0000 | 22,0356 | 2,15 | 8,58 | 2,71 | 27,23 |

Fonte: Estudo SABE
[1] = incluídos idosos que não relataram número de dependentes
[2] = Renda Total idoso é maior que o valor total da cesta básica de alimentos para consumo de sua família.
[3]= Renda total idoso é maior que o valor da cesta básica de itens necessários para sua família.
[4]= Renda por dependente maior que R$ 75,50 ou ½ do salário mínimo vigente
[5]= Renda por dependente maior que R$ 37,75 ou ¼ do salário mínimo vigente

As informações quanto à renda das pessoas que conviviam com os idosos, em 2000, não foram coletadas. Sendo assim, a fim de se estimar a renda *per capita* das famílias dos idosos considerou-se a quantidade de pessoas que dependiam de sua renda na residência.

Núcleos familiares compostos apenas por uma pessoa representavam 14,9% do total e o formado por duas pessoas, 31,3%. Sendo assim, a maioria dos idosos (53,8%) vivia em núcleos familiares com três ou mais pessoas.

A quantidade de pessoas que dependiam dos ganhos dos idosos apresentou a seguinte distribuição: 31,3% só o idoso, 34,7% idoso e mais uma

pessoa, 34,0% idoso e mais duas pessoas. Entre os homens, 44,2% possuíam um dependente e 43,0% três ou mais e, quase metade das mulheres não possuía nenhum dependente (48,8%).

Deste modo, é interessante observar que mais da metade dos homens tenha se autodenominado como sendo o chefe de família (64,1%). Porém, ser chefe de família não apresentou resultados significativos quanto a melhor percepção de suficiência de renda, demonstrando que outros fatores seriam bem mais importantes do que o idoso ser ou não responsável pela família (tabela 11).

Levando-se em consideração a renda *per capita*, através do número de dependentes da renda do idoso, foi possível verificar que 19,7% deles se encontravam abaixo da linha da pobreza (1/2 S.M.) e 5,2% abaixo da linha de indigência (1/4 S.M.). Entre todas as pessoas situadas abaixo da linha da pobreza, mais da metade (65,2%) eram mulheres, sendo que uma em cada quatro mulheres (25,1%) encontrava-se nessa situação.

Verificou-se, também, que conforme aumenta a quantidade de pessoas na casa diminui a proporção de idosos que possui renda maior do que o mínimo necessário para a família. Famílias com rendimentos maiores e com menos dependentes são mais propensas a avaliarem seus rendimentos como suficientes, diferente das famílias de baixa renda e com número maior de dependentes (Stoller e Stoller, 2003).

A maioria dos homens era casada (81,6%) e, reforçando a constatação quanto à maior sobrevida das mulheres, verificou-se que entre elas 48,6% eram viúvas.

A análise da situação marital quanto à percepção de suficiência de renda demonstrou que idosos casados apresentaram percepção de suficiência de renda (30,0%) muito próxima à da verificada entre idosos viúvos (33,3%), porém superior à encontrada entre idosos separados ou divorciados (23,6%) e muito inferior entre aqueles que relataram nunca terem tido relação marital (43,1%) (tabela 8). Apenas nesta última a associação estatística verificada foi significativa (p=0,1058). Stoller e Stoller (2003) também não encontraram associação estatística significativa ao analisarem estado marital e percepção de suficiência de renda de idosos aposentados.

A conclusão, neste caso, seria a de que idosos solteiros usufruiriam da maior parte de seus recursos, diferente dos demais que os compartilhariam, principalmente, com filhos (idosos viúvos, divorciados e separados) e/ou conjugues (idosos casados).

É importante frisar que idosos em categorias semelhantes apresentam interpretações diferentes, dependendo da análise que seja realizada. Por exemplo, 37,9% dos idosos casados com renda total superior ao valor necessário para suprir as necessidades alimentares de sua família relataram percepção satisfatória com sua renda contra, apenas, 13,6% dos idosos com recursos insuficientes para suprir as mesmas necessidades. Maior nível de satisfação com a renda e, conseqüentemente, com a situação do casamento foi verificado por Dakin e Wampler (2008) ao analisarem casais com diferentes situações financeiras (baixa renda x renda média).

Assim como neste trabalho, Hsieh (2003) identificou que, em relação aos casados, os divorciados demonstravam menores níveis de satisfação com sua

renda, provavelmente decorrente das responsabilidades inerentes ao assumirem tal situação.

Tabela 11 – Distribuição dos idosos, segundo características da estrutura familiar e associação com percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | H30 – Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | P | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| Situação Marital | casado | 55,9 | 30,0 | - | - | - | - | - | - |
| | div/sep[1] | 10,0 | 23,6 | - | - | -0,33 | 0,72 | 0,43 | 1,21 |
| | viúvo | 29,1 | 33,3 | - | - | 0,15 | 1,16 | 0,85 | 1,58 |
| | solteiro | 5,0 | 43,1 | 0,1058 | 8,9522 | 0,34 | 1,76 | 0,90 | 3,46 |
| Reside só com maiores de 18[3] | não | 22,4 | 20,1 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 77,6 | 34,1 | 0,0001 | 20,7548 | 0,72 | 2,06 | 1,43 | 2,96 |
| Teve dois ou menos filhos[2] | não | 61,2 | 26,4 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 38,8 | 38,2 | 0,0001 | 19,8813 | 0,54 | 1,72 | 1,31 | 2,25 |
| nº pessoas que moram na casa | dois ou menos | 46,2 | 35,6 | - | - | - | - | - | - |
| | três | 22,8 | 30,0 | - | - | -0,25 | 0,78 | 0,57 | 1,05 |
| | quatro e mais | 30,9 | 24,9 | 0,0023 | 13,0980 | -0,51 | 0,60 | 0,44 | 0,81 |
| Idoso é o chefe da família | não | 27,7 | 29,2 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 72,3 | 31,7 | 0,4668 | 0,7167 | 0,11 | 1,12 | 0,82 | 1,53 |
| Paga sozinho despesas diárias | não | 65,3 | 25,0 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 34,7 | 42,2 | 0,0000 | 40,4271 | 0,78 | 2,18 | 1,64 | 2,90 |

Fonte: Estudo SABE

[1] = separado e/ou divorciados

[2] = Neste caso filhos legítimos, enteados ou adotivos

[3] = não reside com pessoas menores de 18 anos

Neste trabalho, os idosos que tiveram dois ou menos filhos apresentaram melhor nível de satisfação com sua renda (tabela 11). Porém mais da metade (61,2%) dos idosos estudados tiveram 3 (três) ou mais filhos,

sendo que 30,0% do conjunto dos idosos tiveram 5 (cinco) ou mais filhos[48]. Ressalte-se que, durante os primeiros 60 anos do século passado, nosso país presenciou altas taxas de natalidade, sendo que essas pessoas nasceram antes de 1940, período anterior ao Brasil iniciar sua transição demográfica, onde a taxa de fecundidade total entre 7 e 9 filhos, em média, por mulher, refletia a concepção de família numerosa[49].

Camarano e Ghaouri (2007) identificaram que, entre 1970 e 1999, houve uma diminuição do tamanho das famílias com idosos o que sugeriria uma diminuição do número de pessoas dependentes dos idosos. Ainda, nesse período, as autoras verificaram, através do Censo de 1970 e das PNADs de 1981 e1999, o início da queda na quantidade de filhos que os idosos mais novos tiveram. Sendo assim, provavelmente a diminuição no número de filhos e dependentes contribua para que aumente o número de idosos satisfeitos com a renda disponível.

É importante frisar, como identificou Saad (2004), que a co-residência com filhos represente um maior potencial de ajuda para as pessoas idosas, principalmente na realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), mas de um modo geral essa ajuda seria limitada em relação ao apoio financeiro.

A limitação quanto à ajuda financeira provavelmente seria afetada, entre outros motivos, pelas modificações que vem ocorrendo na sociedade. Muitos filhos acabam voltando, após separações ou divórcios, a residir na casa de

---

[48] Filhos naturais, enteados e/ou filhos adotivos.

[49] http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1445&id_pagina=1

seus pais, em geral com filhos menores, podendo ocorrer desequilíbrios que afetem o potencial de ajuda disponível tanto ao idoso quanto aos seus familiares (Lebrão *et al*, 2008). Neste trabalho, foi verificado que conforme aumenta o número de pessoas residentes na casa do idoso menor se torna a percepção de suficiência de renda disponível pelos idosos (tabela 11).

Identificou-se que 1/5 das residências com idosos possuíam entre seus familiares pessoas com menos de 18 anos e que nas residências onde moravam somente adultos (18 anos e mais) a chance de percepção de suficiência de renda é 2,06 vezes maior do que nas residências onde morava pelos menos um menor de idade (tabela 11).

Gastos domésticos como luz, água, telefone e aluguel eram bancados por 55,5% dos homens e quase 2/3 das mulheres não arcava com nenhum desses gastos. Entre as despesas analisadas verificou-se que as mulheres recebiam maior ajuda na aquisição de alimentos (66,1%) e no pagamento de despesas médicas (62,1%). A capacidade de bancar a totalidade de despesas diárias como luz, água, telefone, alimentos, vestimentas e gastos médicos, foi identificada como um importante fator na contribuição para uma melhor avaliação da situação de renda, pois idosos em tais condições apresentaram percepção de suficiência de renda bem acima dos demais (tabela 11).

Entre os entrevistados, 80,1% moravam em residência própria e foi identificado como praticamente universal o acesso à energia elétrica, água encanada e rede de esgoto. Um dos fatores que justificariam esse resultado seria a concentração de idosos em áreas urbanas onde os serviços estariam mais bem consolidados.

Menos da metade dos idosos (47,1%) relatou considerar sua saúde como excelente, muito boa ou boa; 46,5% a consideraram como regular e 6,4% como ruim.

Idosos com melhor condição de saúde (excelente, muito boa ou boa) apresentaram maior nível de satisfação com sua renda do que idosos em pior estado (tabela 12).

Quando analisados os idosos com renda total superior ao valor da cesta básica familiar, os resultados foram semelhantes, ou seja: 46,2% dos idosos com melhor saúde consideraram sua renda suficiente ao contrário de 33,2% dos idosos que se auto-declararam em pior estado de saúde.

Stoler e Stoler (2003) encontraram resultados semelhantes ao analisarem idosos com rendas iguais, mas com níveis divergentes na condição de saúde. Os autores relatam que problemas de saúde comprometem a avaliação dos idosos quanto à percepção de suficiência de renda. Esses idosos teriam presente a necessidade de uma reserva de recursos financeiros para fazer frente aos elevados gastos relacionados com sua condição de saúde. Os autores relatam, ainda, que não encontraram nenhuma prova de que problemas de saúde fossem decorrentes das limitações financeiras verificadas, nem que problemas de saúde incentivassem uma propensão a poupar recursos financeiros. Toscano *et al* (2006) identificaram que, em indivíduos com 18 anos e mais, a condição de saúde teria um importante papel na maximização de uma melhor avaliação da satisfação financeira.

A grande maioria (92,7%) relatou que se considerava bem nutrido (89,7% das mulheres e 96,0% dos homens), apesar de 1/3 relatar que não fazia três ou mais refeições completas por dia. Ser bem nutrido apresentou

maior importância para o idoso perceber sua renda como suficiente do que realizar três ou mais refeições no dia (tabela 12).

Ao serem questionados se consumiam derivados de leite pelo menos uma vez por dia; ovos, feijão, lentilha, carne, peixe uma vez por semana; ou, ainda, frutas ou verduras pelo menos duas vezes por dia, 63,6% dos idosos responderam que sim a todas as questões. Porém, o consumo desses itens não apresentou associação estatística significativa com a percepção de suficiência de renda relatada (p=0,8746).

Tabela 12 – Distribuição dos idosos, segundo características de condições de saúde e percepção de suficiência de renda, município de São Paulo, em 2000.

| | | | H30 – Considera renda suficiente | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | Categoria | % | % | p | $X^2$ | ß | odds | 95% IC | |
| Relata ter boa condição de saúde | não | 52,9 | 23,5 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 47,1 | 39,4 | 0,0000 | 38,68 | 0,75 | 2,12 | 1,65 | 2,73 |
| Considera ser bem nutrido | não | 7,3 | 20,0 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 92,7 | 31,9 | 0,0392 | 5,717 | 0,62 | 1,86 | 1,02 | 3,4 |
| Faz 3 ou mais refeições no dia | não | 33,8 | 27,7 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 66,2 | 32,7 | 0,1297 | 3,388 | 0,24 | 1,27 | 0,93 | 1,73 |
| Depressão | normal | 80,9 | 31,7 | - | - | - | - | - | - |
| | leve | 15,1 | 31,1 | - | - | -0,03 | 0,97 | 0,66 | 1,44 |
| | grave | 4,0 | 16,7 | 0,1326 | 5,185 | -0,84 | 0,43 | 0,2 | 0,96 |
| ABVD/AIVD[1] | não | 21,2 | 20,3 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 78,8 | 33,9 | 0,0001 | 18,7 | 0,7 | 2,01 | 1,41 | 2,87 |
| Tem seguro/plano saúde privado | não | 60,3 | 21,5 | - | - | - | - | - | - |
| | sim | 39,7 | 45,4 | 0,0000 | 83,27 | 1,11 | 3,04 | 2,3 | 4,02 |

Fonte: Estudo SABE

[1] – Relatou que dispensa qualquer tipo de ajuda para realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)

Quase um 1/5 dos idosos (19,1%) relatou apresentar algum grau de sintoma depressivo (leve ou grave), atingindo proporcionalmente mais as mulheres (22,6%) do que os homens (15,5%). Idosos com sintomas mais graves apresentaram menor prevalência de satisfação com sua renda (16,7%). Através de dados do Estudo EPESE (*Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly)*, Blazer *et al* (2007) concluíram que a percepção de necessidades básicas insatisfeitas é um indicador extremamente importante da incidência de sintomas depressivos em idosos de 65 anos e mais. Há estudos que confirmam que tais resultados também são significativos em outras populações que não apenas a de idosos, como por exemplo, cuidadores de pacientes com Alzheimer (Sun *et al*, 2009).

De-Leon *et al* (1994), constataram forte associação entre depressão e dificuldades financeiras em idosos americanos, principalmente entre os homens, diferentemente do encontrado neste estudo.

Identificou-se que 21,2% dos idosos precisavam de pelo menos uma ajuda na realização de atividades básicas ou instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD). Nas mulheres a proporção verificada foi de 28,5%, mais de duas vezes o valor verificado entre os homens (13,5%). Idosas com menos de 70 anos apresentaram uma proporção de 12,9 p.p. maior do que entre os homens (9,2%) da mesma idade. Quando ambos possuem 70 anos e mais esta diferença, para as mulheres, aumenta para 16,3 p.p..

Resultados encontrados neste trabalho (tabela 12) assim como os relatados por Litwin e Sapir (2009), em 12 países (risco de chances=2,0), analisando idosos que não precisavam de nenhum tipo de ajuda mostram que

estes têm maiores chances de estarem satisfeitos com sua renda do que aqueles que precisavam de pelo menos uma ajuda.

Apenas 1/3 dos idosos relataram possuir seguro de saúde privado. Entre os que trabalhavam a proporção encontrada foi de 31,1%, porém somente 4,7% destes disseram que a empresa oferecia serviço médico privado, demonstrando que a maioria dos idosos que trabalhava, faziam no em empresas onde a oferta desse serviço seria escassa ou teriam provavelmente vínculos informais.

Os idosos que dispunham desse serviço apresentavam três vezes mais chances de estarem satisfeitos com sua renda do que os que não o possuíam (tabela 12).

Entre os que dispunham do seguro privado, 46,9% relataram ter boa condição de saúde e 48,6% possuíam sua renda total maior que o valor da cesta básica de alimentos necessários para o conjunto de sua família. Apesar disso, a correlação entre possuir renda acima do mínimo necessário para o consumo de alimentos e possuir o seguro privado não foi significativa, apresentando um índice de 0,2347, demonstrando que possuir renda maior não estaria relacionado a ter plano de saúde privado.

## 4.1 MODELOS DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

Foram elaborados dois modelos finais de regressão logística multivariada, modelo A e B (tabelas 14 e 15, respectivamente). No primeiro modelo, considerou-se como variável de renda aquela que media a proporção de idosos com renda total superior ao mínimo necessário para atendimento das necessidades básicas (alimentos e outras despesas) do conjunto da família.

Assim fazendo, encontra-se 37,1% dos idosos acima da linha de pobreza, segundo essa metodologia. No segundo modelo, a variável de renda utilizada foi aquela que identificava os idosos com renda *per capita* superior a ½ S.M. do período. Nesse modelo encontra-se 80,3% dos idosos acima da linha de pobreza, segundo essa metodologia.

A intenção, ao serem elaborados dois modelos, além de identificar que variáveis permaneceriam em cada um deles, foi analisar o papel que cada uma das variáveis teria na percepção de suficiência de renda ao serem consideradas perspectivas diferentes.

Em ambos os modelos entraram todas as variáveis que, na análise univariada, apresentaram p igual ou menor do que 0,10, através de ordem crescente de importância: menor valor de p e maior risco de chances, conforme tabela 13.

Tabela 13 – Variáveis consideradas para inclusão nos modelos logísticos A e B, segundo valor de p e risco de chances, Estudo SABE, 2000.

| | | H30 - Renda é suficiente | | | Modelos[1] | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Variável | % | % | p | odds | A | B |
| **Renda maior necessidades família** | **37,1** | **51,9** | **0,0000** | **4,70** | **sim** | **-** |
| **Renda per capita maior ½ S.M.** | **80,3** | **36,9** | **0,0000** | **7,90** | **-** | **sim** |
| Trabalhou predominante não Física | 26,8 | 50,4 | 0,0000 | 3,23 | sim | sim |
| Tem seguro ou plano saúde privado | 39,7 | 45,4 | 0,0000 | 3,04 | sim | sim |
| **Foi à escola** | **81,8** | **34,1** | **0,0000** | **2,54** | **sim** | **não** |
| **Branco ou asiático** | **73,6** | **35,2** | **0,0000** | **2,27** | **não** | **sim** |
| **Paga sozinho despesas diárias** | **34,7** | **42,2** | **0,0000** | **2,18** | **não** | **sim** |
| Relatou ter boa condição de saúde | 47,1 | 39,4 | 0,0000 | 2,12 | * | * |
| Tem duas ou mais fontes de renda | 36,4 | 40,0 | 0,0000 | 1,91 | sim | sim |
| Reside só com maiores de 18 anos | 77,6 | 34,1 | 0,0001 | 2,06 | não | não |
| Dispensa ajuda AVD/AIVD | 78,8 | 33,9 | 0,0001 | 2,01 | * | * |
| Teve dois ou menos filhos | 38,8 | 38,2 | 0,0001 | 1,72 | não | não |
| Iniciou história laboral após 14 anos | 34,8 | 39,4 | 0,0004 | 1,81 | sim | sim |
| Alimentou-se bem primeiros 15 anos | 79,4 | 33,4 | 0,0005 | 1,83 | sim | sim |
| **Atividade laboral foi predominante** | **63,8** | **34,1** | **0,0031** | **1,50** | **sim** | **não** |
| Nasceu em outro país | 7,2 | 43,4 | 0,0172 | 1,78 | não | não |
| Considera-se bem nutrido | 92,7 | 31,9 | 0,0392 | 1,86 | não | não |
| Relatou ser evangélico | 20,1 | 25,1 | 0,0398 | 0,70 | não | não |
| Viveu menos de 5 anos em área rural nos primeiros 15 anos de vida | 38,0 | 34,9 | 0,0578 | 1,34 | não | não |
| Tem 70 anos ou mais | 38,1 | 33,9 | 0,0986 | 1,25 | sim | sim |

[1] Situação de entrada ou não nos modelos finais, variáveis que perderam significância estatística não foram incluídas.
*Criada variável de interação Saúde que foi adicionada aos modelos.

Em ambos os modelos, as variáveis dummys “escolaridade” (nenhuma, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos e mais de 8 anos de estudo), “número de residentes na casa” (dois ou menos, três e quatro ou mais), “ter trabalhado predominantemente em um setor econômico” e “quantidade de dependentes da renda do idoso” (só idoso, duas pessoas e três ou mais pessoas) perderam significância estatística e, portanto, não foram incluídas.

Depois de concluída a entrada das variáveis nos modelos realizou-se o teste de Hosmer-Lemeshow (*goodness-of-fit test*), para amostras complexas, a fim de verificar a adequação do modelo como um todo (Archer e Lemeshow, 2006). Os resultados encontrados p-valor de 0,82 e 0,93 indicam que tanto o modelo A quanto o modelo B estariam adequados, respectivamente.

O modelo múltiplo ajusta as razões de chance conforme a presença das variáveis em estudo. Sendo assim, através dos dois modelos elaborados (tabelas 14 e 15) foi possível verificar que a renda exerce papel significativo na percepção de suficiência de renda, pois idosos situados em patamares acima das medidas utilizadas tinham maiores chances de estarem satisfeitos.

Em ambos os modelos, ter mais de uma fonte de renda provavelmente contribui para melhorar a renda, assim como o sentimento de satisfação com ela. Entretanto, não foi possível identificar quais as rendas que melhor contribuíram para esse resultado. Considerando que a renda proveniente somente do trabalho ou somente da aposentadoria não apresentaram resultados significativos na avaliação quanto à percepção de suficiência de renda (tabela 06), poder-se-ia pensar que a renda proveniente, principalmente, de aluguéis e de aplicações financeiras teria papel significante.

Tabela 14 – Modelo logístico multivariado A, percepção satisfatória de suficiência de renda entre idosos do município de São Paulo, 2000.

| Variável | odds | erro | t | p | 95% IC | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Renda maior que necessidades família | 2,85 | 0,49 | 6,08 | 0,000 | 2,03 | 4,01 |
| Trabalhou predominante não física | 1,69 | 0,28 | 3,13 | 0,002 | 1,21 | 2,36 |
| Tem seguro/plano saúde privado | 1,77 | 0,28 | 3,63 | 0,000 | 1,30 | 2,42 |
| Foi à escola | 1,35 | 0,29 | 1,41 | 0,162 | 0,89 | 2,06 |
| Tem duas ou mais fontes de renda | 1,49 | 0,26 | 2,29 | 0,024 | 1,05 | 2,10 |
| Saúde (considera boa e dispensa ajuda) | 1,55 | 0,21 | 3,20 | 0,002 | 1,18 | 2,04 |
| Iniciou história laboral após os 14 anos | 1,42 | 0,24 | 2,01 | 0,047 | 1,00 | 1,99 |
| Alimentou-se bem, nos primeiros 15 anos | 1,39 | 0,26 | 1,78 | 0,078 | 0,96 | 2,01 |
| Atividade laboral foi predominante | 1,37 | 0,20 | 2,10 | 0,038 | 1,02 | 1,83 |
| Tem 70 anos ou mais | 1,43 | 0,23 | 2,24 | 0,027 | 1,04 | 1,96 |

Fonte: Estudo SABE

No modelo A, entre as variáveis relacionadas à história laboral, três delas apresentaram resultados significantes e estão associadas com a percepção de suficiência de renda, ou seja, ter trabalhado predominantemente em atividades que pouco exigiram do componente físico, ter iniciado atividade laboral após os 14 anos e a atividade exercida ter sido a predominante em sua história laboral. Historicamente, o exercício de atividades predominantemente braçais estaria relacionado com atividades de baixa remuneração. Desse modo, não surpreende que idosos que trabalharam em atividades com maior nível de exigência intelectual tenham sido mais bem remunerados, o que ocasionaria, em principio, uma aposentadoria proporcionalmente maior e, eventualmente, o acúmulo de recursos durante sua vida laboral.

O exercício de uma atividade laboral predominante durante sua trajetória indicaria que esses idosos mantiveram maior estabilidade no ramo de atividade em que trabalhavam e que, provavelmente, obtiveram melhores resultados financeiros junto às atividades que desempenharam. É interessante observar

que essa variável perdeu significância estatística no modelo B e não foi incluída (tabela abaixo).

Tabela 15 – Modelo logístico multivariado B, percepção satisfatória de suficiência de renda entre idosos do município de São Paulo, 2000.

| Variável | odds | erro | t | p | 95% IC | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Renda per capita maior ½ S.M. | 4,06 | 1,25 | 4,54 | 0,000 | 2,20 | 7,48 |
| Trabalhou predominante não física | 1,83 | 0,30 | 3,62 | 0,000 | 1,31 | 2,54 |
| Tem seguro/plano saúde privado | 1,89 | 0,29 | 4,18 | 0,000 | 1,40 | 2,56 |
| Branco ou asiático | 1,35 | 0,27 | 1,53 | 0,128 | 0,92 | 2,00 |
| Paga sozinho despesas vida diária | 1,39 | 0,22 | 2,05 | 0,043 | 1,01 | 1,91 |
| Tem duas ou mais fontes de renda | 1,49 | 0,25 | 2,39 | 0,018 | 1,07 | 2,08 |
| Saúde (considera boa e dispensa ajuda) | 1,51 | 0,21 | 3,00 | 0,003 | 1,15 | 1,99 |
| Iniciou história laboral após os 14 anos | 1,43 | 0,24 | 2,12 | 0,036 | 1,02 | 1,99 |
| Alimentou-se bem, nos primeiros 15 anos | 1,31 | 0,23 | 1,51 | 0,134 | 0,92 | 1,86 |
| Tem 70 anos ou mais | 1,37 | 0,22 | 1,99 | 0,049 | 1,00 | 1,88 |

Fonte: Estudo SABE

A entrada no mercado de trabalho após os 14 anos, tanto no modelo A quanto no modelo B, indicaria que os idosos provavelmente pertenciam a famílias em melhores condições socioeconômicas e que, provavelmente, tiveram melhores condições de adquirir maior escolaridade do que aqueles que iniciaram atividade laboral com 14 anos ou menos. Além disso, reforçando a primeira hipótese, constatou-se melhor avaliação da situação de renda dos idosos que, em seus primeiros 15 anos de vida, nunca passaram por privação alimentar.

Em ambos os modelos, o bem estar físico do idoso, através de uma melhor avaliação de sua condição de saúde e total independência quanto à realização de atividades básicas/instrumentais da vida diária, também contribuiu para uma melhor percepção de suficiência de renda.

A posse de um plano ou seguro de saúde privado, em ambos os modelos, também foi significante na avaliação da renda disponível. Provavelmente, a segurança subjetiva que este representaria aos idosos e sua capacidade de pagá-los estejam relacionados.

Nos dois modelos, o idoso ser maior de 70 anos impactou positivamente na avaliação da renda disponível, reforçando as análises quanto à subestimação de recursos necessários pelos idosos mais velhos.

A análise quanto à freqüência escolar impactou positivamente na percepção de suficiência de renda apenas dos idosos do modelo A. No modelo B essa variável perdeu significância estatística e não foi incluída. Entretanto, duas variáveis que não apresentaram significância estatística no modelo A, foram incluídas no modelo B: “idoso ser branco ou asiático” e “idoso conseguir pagar sozinho despesas da vida diária”.

# 5. CONCLUSÃO

Independente da medida de renda utilizada, foram identificados como fatores associados à percepção de suficiência de renda dos idosos, residentes no município de São Paulo, que relataram alguma vez terem trabalhado com remuneração e que possuíam renda em 2000, as seguintes variáveis: “ter trabalhado predominantemente em atividade não física”, “possuir seguro ou plano de saúde privado”, “ter duas ou mais fontes de renda”, “considerar ter uma boa saúde e dispensar qualquer tipo de ajuda para realizar atividades da vida diária”, “ter iniciado atividade laboral após os 14 anos”, “ter se alimentado bem, nos primeiros 15 anos de vida” e “ter 70 anos ou mais”.

Os resultados mostram, assim como outros estudos, a importância da vida pregressa na situação presente dos indivíduos. Fatores ocorridos na fase inicial da trajetória de vida dos idosos foram importantes na avaliação de sua situação de renda, assim como fatores presenciados em 2000.

Infere-se, através dos resultados encontrados, que ações, decisões e medidas adotadas durante o curso de vida dos idosos contribuíram para a análise da realidade, neste caso a percepção de suficiência de renda, em que estavam inseridos, em 2000.

A percepção de suficiência de renda, também é impactada por medidas ocorridas ou sentidas no presente como: ter uma boa saúde, ser independente de ajuda e possuir seguro de saúde privado. Talvez, por se considerarem relativamente seguros nesses quesitos os idosos sejam menos vulneráveis ao sentimento de privação de renda. Nesse caso, a idade teria um peso significativo.

A diferença quanto à percepção de suficiência de renda ocorre quando se muda a medida de renda utilizada. Idosos com renda superior em quaisquer das medidas utilizadas apresentam melhor sentimento de suficiência de renda.

Na medida de renda onde o idoso possui renda total acima do mínimo necessário para suprir as necessidades da vida diária, aqueles que foram à escola e que exerceram atividade, predominantemente, em um mesmo ramo apresentaram melhor percepção de suficiência de renda. Essa medida é mais restritiva e poder-se-ia inferir que escolaridade e qualificação profissional estejam relacionadas.

Na medida mais ampla, que leva em consideração o idoso ter uma renda per capita acima de ½ S.M. o diferencial foi o surgimento da etnia como fator significativo, assim como a capacidade de pagar, sozinho, itens de despesas do dia-a-dia. Idosos brancos e/ou asiáticos e os que conseguem pagar despesas da vida diária apresentaram melhor percepção de suficiência de renda. Provavelmente, por apresentarem, historicamente, melhor situação econômica do que idosos negros, mulatos ou indígenas.

As diferenças sociais verificadas e a trajetória de vida trilhada pelos idosos apresentaram papel relevante na medida de percepção de suficiência de renda. Nesse sentido, poder-se-ia concluir que o capital humano e os determinantes sociais relacionados aos idosos estudados são significativos, principalmente no tocante a situação de vida e na avaliação da condição socioeconômica verificada no momento da pesquisa.

Reforça-se, ainda, a importância do entendimento que os idosos possuiriam do atendimento ou não de suas necessidades básicas e humanas, pois dependendo de como seja esse entendimento a percepção de suficiência

de renda poderia apresentar diferenças entre pessoas aparentemente semelhantes ou igualdade de percepções em pessoas teoricamente diferentes.

Pressupõe-se, assim, que não serão algumas medidas isoladas com a pretensão de erradicar a miséria absoluta que resolverão os problemas do atendimento das necessidades básicas e humanas dos indivíduos, inclusive, das pessoas quando chegam à velhice. A repetição ou manutenção de diferenças socioeconômicas, em nosso país, não garantirão aos novos idosos um futuro onde percebam sua renda como suficiente e, ainda, se possível, efetivamente capaz de suprir as necessidades de sua vida diária.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1 - Alves JED. O bônus demográfico e o crescimento econômico no Brasil. Disponível em: www.abep.nepo.unicamp.br/docs/PopPobreza/Alves.pdf

2 - Archer KJ. Lemeshow S. Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data. The Stata Journal (2006) 6, number 1, pp. 97-105. Disponível em: http://www.stata-journal.com/sjpdf.html?articlenum=st0099

3 - Azevedo JP, Foguel MN. Uma decomposição da desigualdade de rendimentos do trabalho no Brasil: 1984-2005. Texto para discussão nº 1247. IPEA. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1247.pdf

4 – Bagolin IP. Human Development Index (HDI) - A poor representation to Human Development Approach. Paper presented in 4th International Conference on the Capability Approach, September, 2004. Pavia, Itália. Disponível em: http://cfs.unipv.it/ca2004/papers/bagolin.pdf

5 – Barata RB. Epidemiologia Social. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2005; 8(1): 7-17. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf

6 - Barros RP, Mendonça R, Santos D. Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. Rio de janeiro. IPEA, dez 1999 (texto para discussão, 686). Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/td/1999/td_0686.pdf

7 - Barros RP, Carvalho M, Franco S. POBREZA MULTIDIMENSIONAL NO BRASIL. Rio de Janeiro, outubro de 2006. IPEA texto para discussão 1227. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1227.pdf

8 - Becker G. investment in human capital: A theoretical analysis. The journal of political economy, volume 70, issue 5, part 2: Investiment in human begins. Outubro, 1962. pg. 9-49. Disponível em: http://vanpelt.sonoma.edu/users/c/cuellar/econ421/humancapital.pdf ou http://links.jstor.org/sici?sici=0022-3808%28196210%2970%3A5%3C9%3AIIHCAT%3E2.0.CO%3B2-V

9 – Bercovich AM. Características regionais da população idosa no Brasil. Rev. Brasileira de Estudos Populacionais, ABEP. v. 10 (½):125-43. Campinas, 1993. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol10_n1e2_1993/vol10_n1e2_1993_10artigo_125_143.pdf

10 - Behrman JR, Duryea S, Székely M. Schooling investments and aggregate conditions: A household survey-based approach for Latin America and the Caribbean. Inter-American Development Bank. Working paper nº 407. 1999. Disponível em: http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-407.pdf

11 - Blau FD. Kahn LM. Understanding International Differences in the Gender Pay Gap. Journal of Labor Economics, Vol. 21, No. 1 (January 2003), pp. 106-144 Published by: The University of Chicago Press on behalf of the Society of Labor Economists and the NORC at the University of Chicago. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/10.1086/344125 .

12 - Blazer DG, Ericsson NS, Hybels CF. Perception of Unmet Basic Needs as a Predictor of Mortality Among Community-Dwelling Older Adults. Am J Public Health. 2005 February; 95(2): 299–304. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1449170/?tool=pubmed

13 - Blazer DG, Ericsson NS, Hybels CF.Perception of Unmet Basic Needs as a Predictor of Depressive Symptoms Among Community-Dwelling Older Adults. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 2007, Vol. 62A, No. 2, 191–195. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17339645

14 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, nº9, 2000.

15 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tendências demográficas: uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000, n. 20, 2007. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/analise_populacao.pdf

16 - Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. 2009. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm acessado em [06 out 2009].

17 -. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2010. Primeiros resultados. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm acessado em 14/02/2011

18 - Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Sobre a recente queda da desigualdade de renda no Brasil. 2006. Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/notastecnicas/notastecnicas9.pdf acessado em [06 out 2009].

19 – Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília: IPEA, 2007. Disponível em:http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/download/TerceiroRelatorioNacionalODM.pdf

20 - Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2008 Primeiras Análises. In Comunicado da Presidência 30. 2009. Disponível em http://agencia.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=244: desigualdade-cai-no-brasil-mas-ainda-e-preocupante&catid=4:presidencia&Itemid=2 acessado em [12 dez 2009].

21 - Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Conheça mais sobre o BPC. Um direito garantido pela Constituição Federal. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/previdencia-social/cartilha_BPC_MDS_previdencia.pdf

22 - Brasil. Ministério da Saúde. As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. 2008. Disponível em http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf acessado em [13 dez 2009]

23 - Camarano AA. O idoso brasileiro no Mercado de Trabalho. Nota Técnica. IPEA. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt_012h.pdf

24 - Camarano, AM. O idoso brasileiro no mercado de trabalho. Texto para discussão nº 830. IPEA. Brasil, outubro, 2001.

25 – Camarano AA, Abramovay R. Êxodo rural, envelhecimento e masculinização no Brasil. Panorama dos últimos 50 anos. Texto para discussão nº 621. IPEA. Rio de janeiro, 1999. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/td_0621.pdf

26 - Camarano AA, Ghaouri SKE. Famílias com idosos: ninhos vazios? Disponível em http://www.cipedya.com/web/FileDetails.aspx?IDFile=101197 acessado em [12 dez 2009].

27 – Camarano AA, Kanso S. Dinâmica da população brasileira e implicações para a previdência social. In Previdência no Brasil: debates, dilemas e escolhas. Paulo Tafner e Fabio Giambiagi, organizadores. IPEA. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/previdencianobrasil/Arq09_Cap03Dinamica.pdf

28 – Camarano AA, Pasinato MT. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América latina. Texto para discussão nº 1292 – IPEA. Rio de Janeiro, julho de 2007. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1292.pdf

29 - Campino ACC, Cyrillo DC. Situação de ocupação e renda. In SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 239-55. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Livro_SABE.pdf

30 - Carta de Ouro Preto: desigualdades sociais e de gênero e saúde dos idosos no Brasil. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/dezembro2003/cartadeouropreto.htm

31 - Cechin J., Cechin AD. Desequilíbrios: causas e soluções. In Previdência no Brasil: debates, dilemas e escolhas/Paulo Tafner, Fabio Giambiagi, organizadores. – Rio de Janeiro: IPEA, 2007, p. 219-262

32 - CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina. Caracterización socioeconómica de las condiciones de vida del adulto mayor – Capitulo VI - Panorama social de América Latina 1999-2000. Disponível em: http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/4422/P4422.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/colombia/tpl/top-bottom.xslt

33 – CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina - Estudio Económico y Social Mundial 2007: el desarrollo en un mundo que envejece. ONU. Disponível em: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/316/51/PDF/N0731651.pdf?OpenElement

34 - Chan A, Ofstedal MB, Hermalin AI. Changes in subjective and objective measures of economic well-being and their interrelationship among the elderly in Singapore and Taiwan.Social Indicators Research. October 2001. Disponível em: http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/43698/1/11205_2004_Article_392943.pdf

35 - Comin F, Bagolin IP, Ávila R, Porto Jr SS, Picolotto VC. Pobreza: da insuficiência de renda à privação de capacitações. *Uma aplicação para a cidade de Porto Alegre através de um indicador multidimensional*. Novembro, 2006. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/indicador_multidimensional.pdf

36 - Crespo APA, Gurovitz E. A POBREZA COMO UM FENÔMENO MULTIDIMENSIONAL. Fundação Getúlio Vargas. RAE eletrônica, v.1, número 2, jul-dez/2002. São Paulo. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a03.pdf

37 - Curtis J, Desmarais S. Gender and Perceived Pay Entitlement: Testing for Effects of Experience With Income. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 72(1), Jan 1997, 141-150. Disponível em: http://psycnet.apa.org/journals/psp/72/1/141.pdf

38 - Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991. Disponível em: http://www.framtidsstudier.se/filebank/files/20080109$110739$fil$mZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf

39 - Dakin J, Wampler R. Money Doesn't Buy Happiness, but It Helps: Marital Satisfaction, Psychological Distress, and Demographic Differences Between Low- and Middle-Income Clinic Couples. The American Journal of Family Therapy, 36:300–311, 2008. Disponível em: http://www.flipflopranch.com/VVC-intro-to-psych/money-doesnt-buy-happiness-.pdf

40 - Danigelis NL, McIntosh BR. Gender's Effect on the Relationships Linking Older Americans' Resources and Financial Satisfaction. Research on Agingn, 2001, 23: 410-428. Disponível em: http://roa.sagepub.com/content/23/4/410.full.pdf+html

41 - Debert GG. A reinvenção da velhice. Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: FAPESP, 2004. Disponível em: http://books.google.com.br/books?id=juwrAjXrnCYC&pg=PA89&lpg=PA89&dq=%22idosos+negros%22+%2Bdiferen%C3%A7a&source=bl&ots=wTcilAfLmq&sig=30x4yGro_SMRfNXvEZ63N199m10&hl=pt-BR&ei=yuCcTaipIcidgQfxj_H_Bg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q=%22idosos%20negros%22%20%2Bdiferen%C3%A7a&f=false

42 - De Leon CFM, Rapp S, Kasl SV. Financial Strain and Symptoms of Depression in a Community Sample of Elderly Men and Women. A Longitudinal Study. Journal Aging Healther. Novembro, 1994, vol. 6, número 4: 448-468. Disponível em: http://jah.sagepub.com/content/6/4/448.short

43 – Dias MPP, Matijascic M. Terceira idade e esperança de vida: O Brasil no cenário internacional. Comunicado da Presidência nº 8. IPEA. Rio de Janeiro, 2008.

44 - ECOAR - Educação, Comunicação e Arte na Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, (Brasília), Organização Internacional do Trabalho. Brasília. 2007. Disponível em http://www.oitbrasil.org.br/ipec/publi/ecoar/download/informacao_basica.pdf acessado em [10 dez 2009].

45 – O ESTADO DE SÃO PAULO, CADERNO METROPOLE, PAGINA C1, domingo 4 de abril de 2010. “Em 14 anos, SP terá mais idosos do que crianças”.

46 - Ferreira JC. Trabalho Infantil e a Luta contra a Miséria. Disponível em http://www.oitbrasil.org.br/news/artigos/ler_artigos.php?id=661 acessado em [10 dez 2009]

47 - Fundação Carlos Chagas. Mulheres no Mercado de Trabalho: Grandes Números. Disponível em http://www.fcc.org.br/mulher/series_historicas/mmt.html acessado em [09 dez 2009].

48 – Fundação SEADE. Perfil municipal. Disponível em: http://www.seade.sp.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php acesso 14 fev 2011.

49 – Fundação SEADE. Trabalho e Desigualdades de gênero na região metropolitana de São Paulo. Mulher e Trabalho. Número 21, março de 2010. disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/mulher/boletins/resumo_boletim_MuTrab21.pdf

50 - Gasparini L, Alejo J, Haimovich F, Olivieri S; Tornarolli L. Poverty among the elderly in Latin America and the Caribbean. Background paper for the World Economic and Social Survey 2007: The World Ageing Situation, Universidad de la Plata, 2007. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_bg_papers/bp_wess2007_lac.pdf

51 - Hagenaars AJM, Praag BMS. A synthesis of poverty line definitions. Center for research in public economics. Leyden University. Disponível em: http://www1.fee.uva.nl/scholar/fellows/vanpraag/hagenaars%20van%20praag%201985.pdf

52 - Hammill M. Income poverty and unsatisfied basic needs. Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), Subregional Headquarters in Mexico. 15 December 2009. disponível em: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/38190/L949.pdf

53 - Hsieh CM. Income, age and financial satisfaction. The international Journal of aging and human development, Vol. 56(2) 89-112, 2003. Disponível em: http://baywood.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,1,5;journal,66,287;linkingpublicationresults,1:300312,1

54 - Hoffman R. Transferências de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. Econômica. v. 8, n. 1. Rio de Janeiro. junho 2006. p. 55-81. Disponível em: http://www.renda.nepp.unicamp.br/sistema/files/Brasil/RODOLFO.pdf

55 - Howell RT, Howell CJ. The Relation of Economic Status to Subjective Well-Being in Developing Countries: A Meta-Analysis. Psychological Bulletin 2008, Vol. 134, No. 4, 536–560. Disponível em: http://bss.sfsu.edu/rhowell/Pubs%20-%20PDF/The%20Relation%20of%20Economic%20Status%20to%20Subjective%20Well-Being%20in%20Developing%20Countries_A%20Meta-Analysis.pdf

56 - Hurd MD. Research on the elderly: economic status, retirement, and consumption and saving. Journal of economic literature, v.28, n.2, p.565-637, june 1990. Disponível em: http://www.jstor.org/pss/2727265

57 - Jagger C, Gillies C, Moscone F, Cambois E, Oyen HV, Nusselder W, Robine JM. Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. The Lancet, v. 372, pg. 2124-31. 2008. Disponível em: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61594-9/fulltext

58 - Kakwani N, Son HH. New Global Poverty Counts. Working paper no. 29, UNDP International Poverty Centre, September 2006. Disponível em: http://www.ipc-undp.org/pub/IPCPovertyInFocus9.pdf

59 – Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde Pública [periódico na internet]. 1987; 21:200-10. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf

60 – Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 13 (4) 1107-1111, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400002&script=sci_arttext

61 - Kahneman D, Deaton A. High income improves evaluation of life but not emotional well-being. PNAS proceedings of the national Academy of Sciences of the United States of America. September 7, 2010. Disponível em: http://www.princeton.edu/~deaton/downloads/deaton_kahneman_high_income_improves_evaluation_August2010.pdf

62 - Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Laurenti R. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do Município de São Paulo.
São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 2, p. 30-45, jul./dez. 2008. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_03.pdf

63 - Leguizamón SA. A PRODUÇÃO DA POBREZA MASSIVA E SUA PERSISTÊNCIA NO PENSAMENTO SOCIAL LATINO-AMERICANO. In Produção de pobreza e desigualdade na América Latina / Alberto D. Cimadamore ... [et al.] ; organizadores: Antonio David Cattani, Alberto D. Cimadamore ; tradução: Ernani Ssó. — Porto Alegre : Tomo Editorial/Clacso, 2007. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/cattapt/cattapt.pdf

64 – Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. de Saúde Pública, vol. 19 nº 3. Rio de Janeiro, jun 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006*

65 - Litwin DSWH, Sapir MAEV. Perceived Income Adequacy Among Older Adults in 12 Countries: Findings From the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. Gerontologist. 2009 June; 49(3): 397–406. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2682171/?tool=pubmed

66 - Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death - specific explanations of a general pattern. Lancet 1984; i: 1003-6. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6143919

67 - Marmot M. Social determinants of health. Introduction. Edited by Michel Marmot e Richard G. Wilkinson. Oxford University Press, 2006. 2ª ed.

68 - Marques RM, Mendes A, Guino CK, Andrade PR. A previdência social: da Constituição a reforma de Lula. Revista Textos & Contextos Porto Alegre v. 8 n.2 p. 195-218. jul./dez. 2009. Disponível em: http://www.cress-sp.org.br/link_site/RosaMarques_Previdencia.pdf

69 - Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, 2003, vol. 6, pp. 59-78*. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf

70 – Marx K. O 18 de Brumário de Louis Bonaparte. Edições Avante. Portugal, 2003. Disponível em: http://www.marxists.org/portugues/marx/1852/brumario/index.htm acessado em [05 setembro 2010].

71 - Maslow AH, A Theory of Human Motivation. Originally Published in *Psychological Review*. 1943, 50, 370-396. Disponível em: http://www.chaight.com/Wk%2015%20E205B%20Maslow%20-%20Human%20Motivation.pdf

72 - Milanovic , B. , & Jovanovic , B. Changes in the perception of the poverty line during the depression in Russia, 1993-96 . *World Bank Economic Review, 1999. Rev.13* , 539 – 559. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTDECINEQ/Resources/Change_in_the_perception_of_poverty_line.pdf

73 - Mill JS. The Principles of Political Economy with some of their applications to social philosophy. School of Economics, Finance and Management - University of Bristol. Disponível em: http://www.ecn.bris.ac.uk/het/mill/prin.htm

74 – Modigliani F. Life cycle, individual thrift, and the wealth of nations. The American Economic Review, n.76, p.297-313, 1986. Disponível em: http://piketty.pse.ens.fr/fichiers/enseig/ecoineg/articl/ModiglianiNobelLecture1985(AER1986).pdf

75 - Moretto CF. O Capital humano e a ciência econômica: algumas considerações. Teor. Evid. Econ., passo Fundo, v. 5, número 9, p. 67-80, maio 1997. Disponível em: http://www.upf.br/cepeac/download/rev_n09_1997_art4.pdf

76 - Neef MN, Elizailde A, Hopenhayn M. Desenvolvimento e necessidades humanas. Reflexões sobre uma nova perspectiva. Há algo a acrescentar ao que já foi dito? In Desenvolvimento em escala humana. Concepção, aplicação e reflexões posteriores.

77 - Neri M, Carvalho K, Nascimento M. Ciclo de vida e motivações financeiras (com especial atenção aos idosos). Texto para discussão nº 691. IPEA. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0691.pdf

78 - Neri M, Quadros S, Braz A, Ardeo V. INFLAÇÃO E OS IDOSOS BRASILEIROS. In Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?/ Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_26_Cap_17.pdf

79 - Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdade social em saúde entre os idosos da América Latina. Trabalho apresentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 20 de Setembro de 2004. Disponível em: http://www.alapop.org/2009/images/PDF/ALAP2004_239.PDF

80 - Ofstedal MB, Reidy E. Knodel J. Gender differences in economic support and well-being of older Asians. Journal of cross-cultural Gerontology. Kluwer Academic Publishers. EUA. 19: 165-201, 2004. Disponível em: http://www.phishare.org/files/6758_JCCG19_30_.pdf

81 - Palloni A, De-Vos S, Pelaez M. Aging in Latin America and the Caribbean. Center for Demography and Ecology. University of Wisconsin. Madison. USA. Working Paper nº 99-02, 2002. Disponível em: http://www.ssc.wisc.edu/cde/cdewp/99-02.pdf

82 - Péres ER. Saúde e Trabalho dos idosos em São Paulo: um estudo através da SABE. Dissertação de mestrado. UFMG/CEDEPLAR. Belo Horizonte. 2005. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/dissertacoes/2005/ELISENDA_RENTERIA_PEREZ.pdf

83 - Popolo F. Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Santiago de Chile, noviembre de 2001. Disponível em: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/9259/LCL1640.pdf

84 - Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento. Departamento de Estatística e Produção de Informação. Município em Mapas – Série Temática: Diversidade. Idosos. http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/mm/diversidade/

85 - Reddy SG. As Novas Estimativas Globais da Pobreza - Cavando mais Fundo num Buraco. Barnard College e School of International and Public Affairs, Universidade de Columbia. Setembro 2008. International Policy. Centre for Inclusive Growth. One page number 65. disponível em: http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager65.pdf

86 - Relatório Nacional Brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira. Disponível em http://www.direitodoidoso.com.br ou www2.mre.gov.br/relatorio_envelhecimento.doc

87 - Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 536-45. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/a21v16n3.pdf

88 - Rosso SD. Mais trabalho! A intensificação do labor na sociedade contemporânea. Boitempo. São Paulo. 2008.

89 - Saad PM. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO A.A. (Org.). Os novos idosos brasileiros:
muito além dos 60? Rio de Janeiro, Ipea, 2004. p. 169-209. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_13_Cap_06.pdf

90 - Sabóia J. Benefícios não-contributivos e combate a pobreza de idosos no Brasil. Relatório Final. Instituto de Economia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
Disponível em http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/beneficios_nao_contributivos.pdf acessado em [12 dez 2009].

91 - Saul RP. As raízes renegadas da teoria do capital humano. Sociologias, ano 6, número 12. Porto Alegre. Jul/dez 2004, p. 230-273. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/soc/n12/22262.pdf

92 - Sen, Amartya. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo. CIA das Letras. 2000

93 - Sen, Amartya. Desigualdade reexaminada. São Paulo. Record. 2001

94 - Sharpe A, Arsenault JF. Living Standards - A report of the Institute of Wellbeing - june 10 2009. Disponível em: http://www.ciw.ca/Libraries/Documents/LivingStandards_DomainReport.sflb.ashx

95 - Silva NN. Aspectos metodológicos. Processo de Amostragem. In SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p. 47-57. Disponível em: http://www.fsp.usp.br/sabe/Extras/Livro_SABE.pdf

96 - Simons JA, Irwin DB, Drinnien BA. MASLOW'S HIERARCHY OF NEEDS from Psychology - The Search for Understanding. West Publishing Company, New York, 1987. Disponível em: http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/maslow.htm

97 - Stoller , M. A. , & Stoller , E. P. ( 2003 ). Perceived income adequacy among elderly retirees . *Journal of Applied Gerontology* , *22* , 230 – 251. Journal of Applied Gerontology June 2003 22: 230-251. Disponível em: http://jag.sagepub.com/content/22/2/230.full.pdf+html

98 - Sun F, Hilgeman MM, Durkin DW, Allen RS, Burgio LD. Perceived Income Inadequacy as a Predictor of Psychological Distress in Alzheimer’s Caregivers. Psychol aging, 2009. Março: 24 (1): 177. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814818/

99 - Tafner P. Seguridade e previdência: conceitos fundamentais. In Previdencia no Brasil: debates, dilemas e escolhas. Paulo Tafner e Fabio Giambiagi, organizadores. Capitulo 1. IPEA. Rio de janeiro, 2007. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq07_Cap01Seguridade_21.pdf

100 - Toscano EV, Amestoy VA, Rosal RSD. Building financial satisfaction. Social Indicators Research 77:211–243, 2006. Disponível em: https://springerlink3.metapress.com/content/f1g83081k444j1p2/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=yfqt3z45rtrdewbjp0xpjwus&sh=www.springerlink.com

101 - Townsend P. What is Poverty? An Historical Perspective. In *What is Poverty? Concepts and measures.* Poverty in Focus. Centre, International Poverty Centre. UNDP. 2006. Disponível em: http://www.ipc-undp.org/pub/IPCPovertyInFocus9.pdf

102 - Townsend P. The meaning of poverty. London School of Economics and Political Science. The British Journal of Sociology. Special Issue: The BJS: Shaping sociology over 60 years. Volume 61, Issue Supplement s1, pages 85–102, January 2010. Disponível em: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-4446.2009.01241.x/full

103 – United Nations. World Population Ageing – 2009 - Economic & Social Affairs - United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Disponível em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009-report.pdf

104 – Verdi M. Da haussmannização às cidades saudáveis: Rupturas e continuidades nas políticas de saúde e urbanização na sociedade brasileira do início e do final do século XX. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Julho 2002. Disponível em: http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0419.pdf

105 - Wilkison RG. Income distribution and life expectancy. British Medical Journal – BMJ. 1992; v. 304: pg. 165-68. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1881178/pdf/bmj00056-0043.pdf

106 - World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

107 - Zorzin PLG, Wajnman S, Turra CM. Previdência social e desigualdade racial no Brasil. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/tema_9/abep2010_2033.pdf

# 7 ANEXOS

ANEXO 1 - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP
Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil
Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

**Of.COEP/67/99**

24 de maio de 1999

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa, **aprovou**, em sua 3.?/99, Sessão Ordinária, de 19.05.99, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Projeto de Pesquisa "AS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS NA AMÉRICA DO SUL E CARIBE", apresentado pelo pesquisador Ruy Laurenti, devendo ser remetido à CONEP conforme as normas da Resolução 196/96.

Atenciosamente,

**Prof.Dr. Paulo Antonio de Carvalho Fortes**
**Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP**

# ANEXO 2 - TERMO DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**PARECER Nº 315/99**

**Processo nº 25000.024350/99-60** **Registro CONEP = 675** (Protocolo CEP :119)
**Projeto de Pesquisa:** *"As condições de saúde dos idosos na América do Sul e Caribe"*.
**Pesquisador Responsável:** Dr. Ruy Laurenti
**Instituição:** Faculdade de Saúde Pública / USP
**Área Temática Especial:** Pesquisa com cooperação estrangeira.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações:

a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais das Res. CNS 196/96 e 251/97, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;

b) o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições da Res. CNS 196/96, manifesta – se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, com a seguinte recomendação a ser acompanhada pelo CEP:

1) Orçamento financeiro detalhado, especificando a remuneração do pesquisador ( Res. CNS 196/96, VI;"j" ).

**Situação :** Projeto aprovado com recomendação.

Brasília, 17 de junho de 1999.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

ANEXO 3 - QUESTIONÁRIO DO ESTUDO SABE-2000 e VERSÃO ELETRÔNICA DESTE TRABALHO.