

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LUCCAS MELO DE SOUZA

TRABALHO VOLUNTÁRIO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Porto Alegre

2007

LUCCAS MELO DE SOUZA

TRABALHO VOLUNTÁRIO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Liana Lautert

Porto Alegre

2007

S729t Souza, Luccas Melo de

Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos / Luccas Melo de Souza ; orient. Liana Lautert. – Porto Alegre, 2007.
123 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2007.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde do idoso. 2. Envelhecimento. 3. Enfermagem. 4. Idoso. 5. Trabalhadores voluntários. 6. Qualidade de vida. 7. Depressão. I. Lautert, Liana. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título. IV. Trabajo voluntario, salud y calidad de vida en adultos mayores [resumen]. V. Voluntary work, health and quality of life of elderly people [abstract].

LHSN – 769.1 NLM – WT 145

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

LUCCAS MELO DE SOUZA

Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de MESTRE.

Aprovada em Porto Alegre, em 19 de abril de 2007.



ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Ata da sessão de realização da Defesa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, presidida e registrada pela Orientadora Professora Doutora Liana Lautert. Requisito para o desenvolvimento da dissertação de mestrado, do Mestrando Luccas Melo de Souza, no dia 19 de abril de 2007. O projeto tem como **título:** Trabalho voluntário, saúde e qualidade de vida em idosos. De acordo com o Regimento do Curso de Mestrado em Enfermagem, o processo de avaliação pode ser público ou reservado. No primeiro momento a Senhora Presidente procedeu a abertura dos trabalhos, às nove horas (09:00), no Anfiteatro desta Escola, informando aos presentes a designação da Banca Examinadora, homologada e assinada pela Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem desta Universidade. Dando seqüência aos trabalhos, a Senhora Presidente concedeu a palavra ao Mestrando para apresentar seu trabalho à Banca, pelo período de até trinta (30) minutos. A seguir, passou a palavra aos membros da banca para que procedessem à arguição do Mestrando, com resposta do mesmo a cada um dos examinadores. De acordo com a avaliação da Banca Examinadora, foi destacado:

a atualidade e relevância do tema, o delineamento adequado dos objetivos do estudo e a riqueza do referencial teórico. Os resultados foram bem explorados e apontam ações preventivas e promotoras em saúde, ressaltando o cuidado.

Nome e assinatura da banca examinadora:

Profa. Dra. Liana Lautert
Presidente - CPF nº 220.267.460-87

Prof. Dr. Sérgio Antônio Carlos
Membro UFRGS - CPF nº 010.296.900-06

Profa. Dra. Marion Creutzberg
Membro PUCRS - CPF nº 505.609.210-04

Profa. Dra. Marta Júlia Marques Lopes
Membro PPG ENF/UFRGS - CPF nº 263.933.00-06

Porto Alegre, 19 de abril de 2007

De acordo do Mestrando:

Luccas Melo de Souza

Aos meus pais, Ivo e Helena, pelo amor e incentivo nesses anos. Não há forma para retribuir o carinho e amor a essas duas pessoas que sempre nortearam os meus caminhos e não mediram esforços para a realização deste sonho. A meu pai, exemplo de homem honesto, trabalhador, chefe de família e alicerce para os meus princípios. A minha mãe, trabalhadora voluntária, pelo seu amor incondicional e por abrir mão de muitas coisas em prol da minha criação. Recebam meu agradecimento, carinho e amor.

AGRADECIMENTOS

Passados sete anos de faculdade, após vencermos muitos obstáculos, necessário se faz agradecer àqueles que auxiliaram no alcance deste objetivo.

Primeiramente, agradeço a Deus, Supremo Criador e Orientador, pela sabedoria e oportunidade de realizar este sonho.

À minha amada Jeni, amiga e incentivadora, pelo amor e paciência ilimitada, força para ultrapassarmos juntos este obstáculo. Não sabes o quanto fostes e és importante para mim. “O amor tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta, o amor jamais acaba”. Meu eterno muito obrigado, minha “noivinha”.

A Prof^a Dr^a Liana Lautert, orientadora e conselheira, por todos os seus ensinamentos; por me acolher e aceitar o desafio desta dissertação; pela forma gentil e educada com que me conduziu nesses dois anos. Junto a ela, as palavras educação e sabedoria se confundem. Meu muito obrigado, certamente, é muito pouco para manifestar minha gratidão e admiração.

Ao meu irmão, por vivenciar meus momentos difíceis. Minhas desculpas, por algumas vezes estar distante.

Aos meus avós Jacinto e Olívia (in memmorian), exemplos de idosos, que, com suas histórias, alegria e vigor, influenciaram a minha admiração e meu interesse pelos mais velhos.

Aos meus sogros, pelo incentivo e amizade nesses anos. Muito obrigado pelo carinho e ajuda.

Às futuras enfermeiras, Ana Paula Scherer, Carla Basso, Eunice Hilleshein e Karen Carvalho, que, comprometidas, foram meu braço direito na coleta de dados e sem as quais, as dificuldades seriam triplicadas.

À grande amiga e colega Quenia, companheira de pesquisa, incentivadora; amiga nos momentos felizes e, principalmente, nas dificuldades. A amizade e o auxílio ultrapassaram a esfera acadêmica. Muito obrigado, amiga.

À Prof^a Dr^a Isabel Gorini, orientadora no Curso de Graduação e na elaboração do projeto para a seleção do Mestrado. Muito do meu saber tem a sua participação.

À Prof^a Dr^a Simone Algeri, grande amiga, conselheira, incentivadora e parceira na elaboração de artigos. Seu auxílio na coleta de dados foi essencial. Receba meu carinho e admiração.

À Prof^a e amiga Adriana Fertig, companheira de RU e de bate-papos na escola. Muito obrigado pelo apoio e amizade, desde os tempos da Graduação.

À enfermeira e amiga Cléo, pessoa maravilhosa, de ótimo coração, pela grande ajuda e paciência nos plantões e pela amizade construída neste último ano.

À colega Micheline, por “dividir” a orientação comigo. A ela e seu marido, por gentilmente disponibilizarem a sua casa para as confraternizações da turma.

Aos nobres colegas e amigos Wiliam, Tati e Paulo, companheiros, pelos momentos na sala 112 e no RU.

À todos os colegas mestrandos, pelo convívio e aprendizagem compartilhada, que enriqueceram a minha formação com suas experiências e seus saberes práticos.

Aos professores doutores do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela construção do conhecimento ao longo desta jornada.

Aos Prof^s Dr^s Eneida Rabelo, Marta Julia Lopes e Sergio Antonio Carlos, pelas contribuições no exame de qualificação.

Às Prof^{as} Dr^{as} Maria Alice Dias e Ana Bonilha, coordenadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo auxílio e paciência.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo ensino gratuito e de extrema qualidade.

À CAPES, pela bolsa de estudo nesses dois anos; por incentivar financeiramente a pesquisa científica e apoiar a qualificação profissional desse País.

Aos queridos amigos da recepção da Escola de Enfermagem: Marlene, Ricardo e Ivone, pela simpatia e bom atendimento. Muito obrigado pelo sorriso e sempre caloroso “Bom Dia”.

À ONG Parceiros Voluntários, demais ONGs e seus funcionários que prontamente se dispuseram a me auxiliar, abrindo suas portas.

Aos 207 idosos que gentilmente doaram seu tempo para a realização desta investigação.

A todos,

MUITO OBRIGADO!

RESUMO

Trata-se de um estudo transversal, comparativo, do tipo *ex post facto*, contemplando uma pesquisa de abordagem quantitativa que objetivou: descrever as características socioeconômicas e demográficas e as condições de saúde autopercebidas de idosos que realizavam trabalho voluntário; avaliar a qualidade de vida desses idosos e de idosos que não realizavam trabalho voluntário; correlacionar a autopercepção da saúde e os escores de depressão e de qualidade de vida de um grupo de idosos com o desenvolvimento de trabalho voluntário. Foram entrevistados 207 idosos divididos em dois grupos pareados: 174 idosos que realizavam trabalho voluntário vinculados a uma Organização Não-Governamental da cidade de Porto Alegre e 33 idosos que não realizavam voluntariado. Os dados demonstram que 87,4% dos idosos voluntários entrevistados eram do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, com, em média, 11,5 anos de escolaridade e renda própria, em sua maioria, religiosos e adeptos a práticas de saúde. Quando comparados os dados dos grupos de idosos voluntários e não-voluntários, a autopercepção da saúde como ótima foi maior nos voluntários (30,5% versus 06,1%) enquanto a prevalência de depressão foi menor (01,2% versus 09,1%), com $P=0,05$. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos nos escores dos domínios físico e meio ambiente da escala de qualidade de vida do Whoqol-bref, o que foi atribuído à técnica de pareamento utilizada nos grupos. Nos domínios psicológicos, relações sociais e na avaliação global, os idosos voluntários apresentaram escores mais elevados, quando comparados com os não voluntários, com significância estatística ($P\leq 0,05$), talvez relacionada com os benefícios advindos com a realização do voluntariado, tais como alegria, felicidade, amizade, qualidade de vida e saúde, entre outros. No modelo de regressão linear, o fato de ser voluntário mostrou-se influenciador para maiores escores no domínio psicológico, na avaliação global e na autopercepção ótima da saúde. Os resultados da investigação fornecem subsídios para a hipótese de que o trabalho voluntário atue como um mecanismo de promoção da saúde e da qualidade de vida desses idosos voluntários.

Descritores: Enfermagem. Envelhecimento. Idoso. Qualidade de vida. Depressão. Trabalhadores voluntários.

Limites: Humano. Meia Idade. Idoso.

RESUMEN

Tratase de un estudio transversal, comparativo, del tipo *ex post facto*, que contempla una investigación de abordaje cuantitativo con el objetivo de describir las características sociales, económicas y demográficas así como las condiciones de salud autopercibidas de adultos mayores que realizaban trabajo voluntario; evaluar la calidad de vida de estos adultos mayores y de adultos mayores que no lo realizaban; establecer relación de la autopercepción de la salud, de los escores de depresión y de la calidad de vida de un grupo de adultos mayores con el desarrollo de trabajo voluntario. Fueron entrevistados 207 adultos mayores divididos en dos grupos en pares: 174 adultos mayores que realizaban trabajo voluntario vinculados a una Organización No-Gubernamental de la ciudad de Porto Alegre y 33 que no realizaban voluntariado. Los datos demuestran que 87,4% de los adultos mayores voluntarios eran del sexo femenino, con edad entre 60 y 69 años, con media de 11,5 años de escolaridad y la mayoría con rienda, religiosos y adeptos de prácticas de salud. Cuando comparados los datos de los grupos de adultos mayores voluntarios y no-voluntarios, la auto-percepción de la salud como óptima fue mayor en los voluntarios (30,5% contra 06,1%) mientras la prevalencia de depresión fue menor (01,2% contra 09,1%), con $P=0,05$. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en los escores de los dominios físico y de medio ambiente de la escala de calidad de vida del Whoqol-bref, lo que se atribuyó a la técnica de pareamiento utilizada en los grupos. En los dominios psicológico, de relaciones sociales y en la evaluación global, los adultos mayores voluntarios presentaron escores más elevados, cuando comparados con los adultos mayores no voluntarios, con significancia estadística ($P\leq 0,05$), quizás relacionada con los beneficios advindos de la realización del voluntariado tales como alegría, felicidad, amistad, calidad de vida y salud, entre otros. En el modelo de regresión lineal, el hecho de ser voluntario se mostró influenciador para escores mayores en el dominio psicológico, en la evaluación global y en la autopercepción óptima de la salud. Los resultados de la investigación ofrecen subsidios para el hipótesis de que el trabajo voluntario actúe como un mecanismo de promoción de la salud y de la calidad de vida de estos adultos mayores voluntarios.

Descriptor: Enfermería. Envejecimiento. Anciano. Calidad de vida. Depresión.

Trabajadores voluntarios.

Limites: Humano. Mediana edad. Anciano.

Título: Trabajo voluntario, salud y calidad de vida en adultos mayores.

ABSTRACT

This cross-sectional, comparative, *ex post facto* study that contemplates a research of quantitative approach, aimed: to describe the social, economic and demographic characteristics and the self perceptive health conditions of elderly people who do volunteer work; to evaluate the elderlies' quality of life of those who do volunteer work and those who don't; correlate self perceptive health conditions and depression and quality of life scores in a group of elderly people with the development of volunteer work. 207 elderly people were interviewed divided into two parallel groups: 174 elderly who did volunteer work linked to a Non-governmental Organization in the city of Porto Alegre and 33 elderly who did not do volunteer work. Data show that 87% of the elderly are women, with ages between 60 and 69, high schooling (11,5 years) and income, religious and involved in health practices. In comparing data from the group of volunteer elderlies and the other of non volunteers the result of very good health self perception was bigger in the volunteer group (30,5% to 06,1%) while the prevalence of depression was lower (01,2% to 09,1%), with $P=0,05$. There was no significant statistical difference between the groups in the scores of physical domain and quality of life environment scale of Whoqol-bref, that was attributed to the parallel technique applied to the groups. In the psychological domain, social relations and in global evaluation, volunteer elderlies show higher scores when compared to the non-volunteer elderly people, with statistic significance ($P\leq 0,05$), maybe related to the benefits that come with the volunteer action such as joy, happiness, friendship, quality of life, and health, among others. In the model of linear regression the fact of being a volunteer inspired a higher score in the psychological domain, in the global evaluation and in very good health self-perception. The results of the investigation give subsidies to the hypotheses that volunteer work suits as a health and quality of life promotion device for these elder volunteers.

Descriptors: Nursing. Aging. Aged. Quality of life. Depression. Voluntary workers.

Limits: Human. Middle aged. Aged.

Title: Volunteer work, health and quality of life of elderly people.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo suas características demográficas e socioeconômicas, Porto Alegre, 2007.....	45
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo trabalho e aposentadoria, Porto Alegre, 2007.....	46
Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo atividades sociais, culturais e de lazer, Porto Alegre, 2007.....	48
Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo atividades promotoras da saúde, Porto Alegre, 2007.	50
Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo situação de saúde, Porto Alegre, 2007.	51
Tabela 6 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação à autopercepção da saúde, Porto Alegre, 2007.....	51
Tabela 7 – Distribuição dos idosos segundo resultados obtidos pela Escala de Depressão Geriátrica, Porto Alegre, 2007.	52
Tabela 8 – Distribuição das médias obtidas nos dois grupos de idosos segundo os diferentes domínios e avaliação global do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.....	53
Tabela 9 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação ao domínio psicológico do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.....	54
Tabela 10 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação ao domínio relações sociais do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.....	55
Tabela 11 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação à avaliação global do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.	55
Tabela 12 – Distribuição dos idosos voluntários segundo as características do trabalho voluntário, Porto Alegre, 2007.....	58
Tabela 13 – Distribuição dos idosos voluntários segundo o que o trabalho voluntário lhes proporciona, Porto Alegre, 2007.....	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Envelhecimento populacional	18
3.2	Trabalho e aposentadoria	20
3.3	Trabalho voluntário: ferramenta para um envelhecimento ativo	25
3.4	Qualidade de vida em idosos	29
4	MÉTODOS, SUJEITOS E MATERIAIS	33
4.1	Delineamento do estudo	33
4.2	Campo de estudo	33
4.3	População e amostra	34
4.4	Coleta de dados	37
4.5	Teste piloto	39
4.6	Análise dos dados	40
4.7	Considerações éticas	42
5	RESULTADOS	43
5.1	Características demográficas e socioeconômicas	43
5.2	Características socioculturais	47
5.3	Hábitos e situação de saúde	49
5.4	Qualidade de vida e depressão	52
5.5	Características do trabalho voluntário	56
6	DISCUSSÃO	60
6.1	Características demográficas e socioeconômicas	60
6.2	Características socioculturais	66
6.3	Hábitos e situação de saúde	69
6.4	Qualidade de vida e depressão	73
6.5	Características do trabalho voluntário	81
7	CONCLUSÕES	88
8	RECOMENDAÇÕES	91
	REFERÊNCIAS	95

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	108
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	109
APÊNDICE C – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	114
APÊNDICE D – MANUAL DE APLICAÇÃO DO WHOQOL – BREF.....	120
ANEXO A – INSTRUMENTO WHOQOL – BREF PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA	121
ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA	124

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno recente no mundo, sendo que nos países desenvolvidos sucedeu lentamente, quando comparado ao que atualmente ocorre nos países em desenvolvimento. No Brasil, este acontecimento – também chamado de transição demográfica – apresenta-se de maneira significativa, gerando preocupação aos Órgãos Públicos e aos Sistemas de Saúde.

Para que o envelhecimento da população seja uma experiência positiva, o alcance de uma vida mais longa precisa ser acompanhado de oportunidades de saúde, participação social e segurança. Para expressar o processo de conquista desta visão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Convém lembrar que a pessoa idosa, nos países em desenvolvimento, é aquela com idade igual ou superior a 60 anos, consoante critério da OMS. Já nos países desenvolvidos, é considerada idosa a pessoa com idade a partir dos 65 anos. No Brasil, o Estatuto do Idoso adota o critério de 60 anos, ou mais, para classificar o idoso (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000; SANTOS, 2001; BRASIL, 2003).

Conforme Kalache (1999), no final do século passado havia, no mundo, cerca de 580 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, prevendo-se que até 2020 este número se elevará para mais de 1 bilhão. Com relação ao Brasil, a OMS e a Organização das Nações Unidas (ONU) estimam que, em 2025, o País possuirá uma das mais elevadas populações de idosos do mundo, ocupando o sexto lugar entre os países com maior número de pessoas nessa idade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; XAVIER, 2004).

Verifica-se esse crescimento nos dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000, 2004a). No ano de 1991, o Brasil possuía em torno de 10,3 milhões de idosos; já no censo realizado em 2000, esse número era de, aproximadamente, 14,5 milhões de indivíduos. Isto significa que, em uma década, a população idosa aumentou em torno de 40%, percentual maior que a taxa de crescimento populacional, que no mesmo intervalo de tempo foi de 1,6% ao ano. Estima-se que o Brasil tenha findado o ano de 2006 com 17,6 milhões de idosos

(INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; BRASIL, 2004; CAMARANO, 2006).

Destaca-se que esse aumento acelerado da população de idosos deve-se, principalmente, ao avanço técnico-científico, com reflexos na diminuição da mortalidade infantil, no controle da fecundidade materna, no aumento da esperança de vida ao nascer e na melhoria na qualidade de vida das pessoas (CHAIMOWICZ, 1997, 2006; BRAGA; LAUTERT, 2004; BRASIL, 2004; PAIM, 2004). Com isto, impõe-se a necessidade de que se desenvolvam políticas públicas que supram as demandas dos indivíduos idosos, no que tange à saúde, educação, assistência social, trabalho, recreação e lazer, entre outros (NUNES, 2001).

Uma importante consequência dessa transição demográfica, no Brasil, é o envelhecimento da população ativa (GIATTI; BARRETO, 2003), ou seja: aquela com condições de saúde para se manter, inclusive, no mercado de trabalho, pois se sabe que, a cada ano, a população atinge idades mais avançadas, e que a velhice é conquistada e vivida com mais saúde e qualidade de vida.

Entretanto, o que se observa, é que, na maioria dos países ocidentais – como o Brasil – onde o trabalho é sinônimo de produtividade e lucro, muitos idosos em condições de trabalho são desvalorizados, uma vez que não correspondem aos parâmetros sociais instituídos, sendo classificados, muitas vezes, como obsoletos, improdutivos e inadequados para a evolução do tempo. A experiência e o valor, adquiridos ao longo dos anos de vida, são desconsiderados, em muitas situações, como na aposentadoria, a qual os retira do processo de produção (LEITE et al., 2005).

Decorrente dessa desvalorização do idoso e do aumento dos investimentos da Previdência Social com a aposentadoria, verifica-se uma boa parte desses fora do mercado de trabalho (CAMARANO, 2001; PEREIRA et al., 2005), muitos sem realizar qualquer tipo de atividade de lazer, recreação ou trabalho. Em contrapartida, a literatura salienta que as pessoas que permanecem em atividade apresentam um envelhecimento bem-sucedido, com melhores condições de saúde e qualidade de vida, quando comparadas à população geral (SIQUEIRA, 2002; GIATTI; BARRETO, 2003). Destaca-se, deste modo, a importância da disponibilização de alternativas para que os idosos continuem fazendo dessa fase da vida um período de realizações pessoais e contribuições para a sociedade.

Segundo Siqueira (2002), para manterem conservado um autoconceito positivo, alguns idosos sentem a necessidade de substituir os papéis sociais, perdidos no transcorrer do

envelhecimento, por outros, de modo que o bem-estar na sua vida seja, portanto, decorrente do incremento de atividades relacionadas a esses novos papéis.

Com isto, a fim de se manterem ativos e socialmente ocupados, alguns idosos optam pela participação em atividades culturais e sociais, dentre as quais, emerge o trabalho voluntário¹.

O termo voluntário nomeia todo indivíduo que colabora por livre e espontâneo desejo, e não por obrigação ou dever, a prestar algum tipo de serviço (LAFIN; SOUZA; BARBOSA, 2006). Salienta-se que alguns idosos encontram no voluntariado um meio para fugir dos aspectos negativos que a aposentadoria ocasiona, como a ociosidade, a perda do *status* social e o rótulo de inativos (NACARATO, 1996; LAFIN; SOUZA; BARBOSA, 2006).

Acredita-se que, à medida que se aprofundem os conhecimentos vinculados ao envelhecimento, revelam-se dados que favorecem a compreensão dos fatores envolvidos nessa fase, além de alternativas para a intervenção dos enfermeiros junto aos idosos. Assim, estimulam-se atitudes preventivas, no sentido de garantir a manutenção da autonomia, da saúde e da qualidade de vida, fazendo com que os mesmos não deixem de exercer uma atuação participativa na sociedade (NACARATO, 1996). Nesta perspectiva, considera-se que o trabalho voluntário permite à pessoa idosa contribuir com o conhecimento e a experiência adquiridos ao longo de sua existência, servindo, também, como um mecanismo importante para um envelhecimento ativo, bem sucedido e, portanto, saudável. Entretanto, pouco se pesquisou, ao nível de Brasil, a respeito dos reflexos do trabalho voluntário na saúde e na qualidade de vida dos idosos.

Ao se identificar o problema exposto, questiona-se: quais as características sociodemográficas e de saúde dos idosos que realizam trabalho voluntário? Eles possuem melhor qualidade de vida e melhores condições de saúde, comparados com idosos que não realizam voluntariado?

Norteados por estes questionamentos, com este estudo se tem o propósito de contribuir para as políticas públicas de saúde, oferecendo subsídios para os profissionais de saúde – em especial os enfermeiros – atuarem junto aos idosos, propondo o trabalho voluntário como alternativa que contribua para a promoção da saúde e da qualidade de vida desse segmento populacional.

¹ Nesse estudo, o termo trabalho voluntário e voluntariado são considerados sinônimos.

2 OBJETIVOS

Descrever as características socioeconômicas e demográficas e as condições de saúde, autopercebidas, de idosos que realizam trabalho voluntário.

Avaliar a qualidade de vida de idosos que realizam trabalho voluntário e de idosos que não o realizam, utilizando o Instrumento Whoqol-bref.

Correlacionar os escores de qualidade de vida de um grupo de idosos com o desenvolvimento de trabalho voluntário.

Correlacionar a autopercepção da saúde e o escore de depressão de um grupo de idosos com o desenvolvimento de trabalho voluntário.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para o desenvolvimento de uma investigação acerca do tema qualidade de vida e saúde em idosos que realizam trabalho voluntário, construiu-se um referencial teórico no qual se inicia abordando o processo de envelhecimento populacional e segue-se com os temas trabalho, aposentadoria, trabalho voluntário e qualidade de vida.

3.1 Envelhecimento populacional

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno mundial. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este acontecimento sucede de maneira acelerada e aguda, diferentemente do ocorrido com os países desenvolvidos – principalmente os europeus (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000; DUARTE; CIANCIARULLO, 2002; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; PALLONI; PELÁEZ, 2003; CAMARANO, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Esse processo, também denominado de transição demográfica², teve início na Europa, no século XX, devido, principalmente, ao declínio da fecundidade materna e da mortalidade infantil, ao aumento da expectativa de vida ao nascer e ao progresso tecnológico, acontecidos após a Revolução Industrial (VERAS, 1994; RAMOS, 2002; CARLOS; HEREDIA, 2004; PAIM, 2004).

Nos países em desenvolvimento, como os pertencentes à América Latina, verifica-se essa transição demográfica com implicações mais desfavoráveis, em comparação à que se sucedeu nos países desenvolvidos, comprometendo seriamente os Sistemas de Saúde e Social, despreparados para suprir as demandas geradas por esse perfil populacional.

² Processo de transição de uma população jovem para uma envelhecida (RAMOS, 2002).

Esse fato torna-se preocupante, à medida que tende a acentuar-se. Conforme estimativa da ONU, até o ano de 2050, o número total de idosos, no mundo, aumentará expressivamente, passando de 600 milhões para quase 2 bilhões de pessoas. Isto fará com que ocorra, pela primeira vez na História, mais indivíduos acima de 60 anos do que menores de 15 anos. A ONU e a OMS calculam que, entre os anos de 1950 e 2025, o número de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, contra 5 vezes da população total, colocando o País como a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas nessa faixa etária (RIO GRANDE DO SUL, 1997; SANTOS, 2001; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; BRASIL, 2004).

Essa estimativa é confirmada analisando-se os dados oriundos dos censos realizados pelo IBGE. No Brasil, em 1980, os idosos correspondiam a 6,1% (7,2 milhões) da população total; pelo censo de 1991, esse índice elevou-se para 7,3% (10,7 milhões) e em 2000 os idosos representavam 8,6% (14,5 milhões) dos indivíduos brasileiros. Mais recentemente, em 2003, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), cerca de 9,6% (16 milhões) dos brasileiros tinha 60 anos ou mais de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1981, 2000, 2004a, 2004b). Nota-se, portanto, que, em 20 anos, o número de idosos duplicou, fazendo com que o Brasil perdesse o *status* que o caracterizava como um “país de jovens” e adquirisse a marca de um “país de cabelos brancos” (VERAS, 1994; PAIM, 2004; LEITE et al., 2005).

Projeções apontam que, no ano 2050, a proporção de idosos saltará dos atuais 9% para 18%, equivalendo a 38 milhões, atual índice verificado nos países europeus (BRASIL, 2004; CHAIMOWICZ, 2006). No momento, dentre os Estados do Brasil, o Rio Grande do Sul é um dos que possui maior percentual de idosos, visto que, em 2000, esta faixa etária perfazia 10,5% de sua população. Em Porto Alegre, este valor era de 11,8%, sendo a segunda capital brasileira com maior proporção de idosos (BRASIL, 2002; CARLOS; HEREDIA, 2004).

Como referido anteriormente, salienta-se que um dos reflexos do crescimento da população de idosos é o aumento da expectativa de vida ao nascer³ dos indivíduos, conseqüência das mudanças mencionadas anteriormente. Desde o início do século passado, a expectativa de vida ao nascer, no mundo, elevou-se em torno de 30 anos. No Brasil, ascendeu em quase 25 anos desde a década de 1950 (KALACHE, 1999; RAMOS, 2002).

³ Também denominada de esperança de vida ao nascer. Expressa a estimativa de tempo médio de vida de um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente (BRASIL, 2002).

No ano de 2000, o País possuía uma diferença considerável de quase oito anos na expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres, sendo 64,8 e 72,6 anos respectivamente. No Rio Grande do Sul, essa diferença praticamente se manteve, embora tenha sido maior que a média nacional: 67,5 anos para os homens e 75,9 anos para as mulheres (BRASIL, 2002).

Sabe-se que o processo de envelhecimento populacional é um marco social, mas se reconhece, igualmente, que o mesmo gera novas demandas às políticas de saúde do País e à própria sociedade, na medida em que os anos conquistados pelos indivíduos não sejam alcançados com saúde, independência e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997; PASCHOAL, 2002). As conseqüências do aumento da longevidade têm sido observadas com preocupação por parte das diversas esferas do setor público e dos profissionais de saúde, pois acarretam pressões para a transferência de recursos na sociedade e ocasionam novos desafios ao Estado, aos Sistemas de Saúde, à família e aos setores produtivos, entre outros (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000; CAMARANO, 2002).

Uma dessas preocupações refere-se ao envelhecimento da população ativa (GIATTI; BARRETO, 2003): aquela em condições físicas e psicológicas para se manter em atividade, inclusive, no mercado de trabalho. Estudos demonstram que os idosos que se mantêm no mercado de trabalho (exceto aqueles cujo trabalho é desgastante e/ou fatigante) apresentam melhores condições de saúde do que aqueles que estão fora (GIATTI; BARRETO, 2003; ROSA et al., 2003; RODRIGUES; RAUTH, 2006). Contudo, há que se considerar os vieses desses estudos, pois a situação de saúde é fator seletivo para o (re)ingresso e/ou manutenção no/do trabalho.

3.2 Trabalho e aposentadoria

No transcorrer da história da humanidade, foram outorgadas ao trabalho distintas significações, dependendo de vários fatores políticos e sociais que, juntamente com a religião, influenciaram e ainda influenciam fortemente as concepções a ele relacionadas (BOTH, 2004).

A etimologia da palavra “trabalho” vem do latim e envolve a idéia de tortura e sofrimento, pois deriva de *tripalium*, um instrumento sustentado por três estacas e utilizado para tortura (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

O trabalho não se realiza no vácuo, na inércia; acontece em meio a uma sociedade estruturada, em constante transformação, sofrendo a todo o momento com suas injunções, seus regramentos e suas determinações, como pode ser verificado ao longo da História (CODD, 2003).

Anterior à Religião Protestante, a concepção do trabalho era a de sofrimento, vinculada às tarefas escravas, com o Catolicismo contribuindo para essa visão, já que o considerava como uma penalidade necessária para o fortalecimento do espírito. Para os Católicos, o sofrimento colocava-se como um purificador dos pecados. Somente com o estabelecimento do Protestantismo e com a ascensão da burguesia, nos séculos XV e XVI, o trabalho conquistou ascensão social, sendo visualizado como dádiva divina e oportunidade de ganhos materiais (SZTOMPKA, 1998).

O trabalho adquiriu, então, o sentido de vocação, com um fim em si mesmo, com valores voltados ao bem comum, condizentes com o capitalismo, onde a influência da religião, que estimula a concentração mental e o sentimento de obrigação, torna-se essencial à combinação do trabalho com a produção econômica. Atribui-se, assim, um novo sentido ao trabalho, que ganha força com o desenvolvimento do capitalismo ocidental moderno, revelando a inversão de valores que a sociedade burguesa teve de promover para justificar o culto ao trabalho como atividade que enobrece, que gera riqueza, ao contrário da tradição que reservava o trabalho ao escravo e ao artesão (ZUCCHETTI, 2005).

Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004) expressam que, de modo geral, na concepção genérica do homem, pode-se identificar a compreensão do trabalho como mecanismo de sobrevivência e uso das potencialidades e capacidade criadoras do indivíduo. No entanto, o trabalho assume diferentes conotações no decorrer da história da sociedade, ou seja: as concepções e práticas de trabalho ganham sentido, a partir de uma configuração social, política e específica.

Atualmente, se para alguns o trabalho configura-se como sofrimento e obrigação, para outros é um dos aspectos importantes da vida, fonte de bem-estar, saúde, mobilidade social, *status* profissional e porta de inclusão social, entre outros (AMARILHO, 2005). A perda do trabalho e a aposentadoria, para esses, significa o rompimento de vínculos.

Neste mesmo raciocínio, a aposentadoria, como instituição social, para Rodrigues e Rauth (2006), apresenta alguns aspectos contraditórios. Se, por um lado, alguns a visualizam como um tempo de liberdade, desengajamento profissional, de possibilidades de realização e de aproveitamento da vida, numa outra perspectiva há os que a consideram como um tempo inútil, vazio, nostálgico e de desvalorização social. Os mesmos autores salientam que o impacto do trabalho sobre o bem-estar dos indivíduos deriva do tipo de atividade que realizam e do *status* profissional.

Para os idosos que alicerçaram sua existência nas relações de trabalho, a aposentadoria pode emergir como um marco negativo, destituindo-os de uma identidade social reconhecida e prestigiada ao longo dos anos (GAZALLE et al., 2004).

Segundo Dal Rio (2004), a passagem da vida produtiva para a aposentadoria pode ser vivenciada de uma forma traumática, exigindo um difícil remanejamento, sobretudo para aquelas pessoas que não reservaram um objetivo para atingir nesse momento. Sem nenhum planejamento que lhes faculte continuar sentindo-se úteis e mantendo elevada a auto-estima, tenderão a ocupar o tempo com atividades pouco significativas e até a limitar seu espaço físico e social à esfera doméstico-familiar.

Para alguns autores (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999), a aposentadoria e a perda do ritmo de trabalho são vistos como representações sociais da velhice e indicam o começo do desengajamento social. A não realização do trabalho que, para esses idosos, significa uma das principais habilidades desenvolvidas, denota progressiva perda das capacidades físicas.

Assim, a aposentadoria, com suas vantagens ou desvantagens, sempre sugere uma adaptação, por renunciar o envelhecimento, que traz consigo alterações nas relações da pessoa com o mundo – o que requer, portanto, um processo de ajustamento (DAL RIO, 2004).

Sousa (2002), baseada nos dados de sua dissertação de Mestrado, afirma que, para alguns idosos, a possibilidade de trabalho remunerado faz com que os mesmos “sintam-se vivos”, representando, também, um marco referencial de saúde.

Da mesma forma, com um estudo transversal realizado com 583 idosos, residentes na cidade de Pelotas, averiguou-se que o fato de ter trabalho remunerado representou índices menores de sintomas depressivos em idosos (GAZALLE et al., 2004).

Entretanto, na perspectiva das sociedades capitalistas, o trabalho dos idosos não é totalmente valorizado, uma vez que não corresponde às exigências instituídas (produção,

lucro, agilidade, informatização e rendibilização imediata). A organização social despoja, muitas vezes, as habilidades dos idosos, remetendo-os para a inatividade e compreendendo o seu trabalho como obsoleto, improdutivo e inadequado para os tempos modernos (VERAS, 1996; COSTA, 1999; SALAS JUNIOR; GAGO; MOSCA, 2000).

Atualmente, questões envolvendo idosos e a relação com trabalho e aposentadoria têm despertado interesse de vários pesquisadores, à medida que muitos idosos são saudáveis, aposentam-se, mantêm-se longevos e apreciam o trabalho, mas muitas vezes não têm onde e no que ocupar o seu tempo livre.

Dessa maneira, nas últimas décadas, a temática envelhecimento e suas implicações têm alcançado destaque nas diversas áreas de conhecimento, nos Serviços de Saúde e nos Órgãos Públicos, preocupados em encontrar estratégias que atendam às demandas da população idosa. Isto se observa tanto no âmbito nacional, quanto no mundial, em vista do estabelecimento de novos rumos para as Políticas Públicas e o crescente aumento de cursos de Pós-Graduação e de pesquisas científicas na área do Envelhecimento.

No Brasil, a Enfermagem Gerontogeriatrica é uma especialidade que se vem organizando recentemente a fim de construir um corpo de conhecimentos específicos, aliados a um rol de habilidades práticas, apropriadas e acumuladas ao longo do tempo pela experiência. Tal Área tem recebido influências da Enfermagem norte-americana desde meados do século XX. Os sinais de interesse da profissão pela temática do envelhecimento populacional, no Brasil, são percebidos nas publicações produzidas na década de 70 (GONÇALVES; ALVAREZ, 2002). A partir dos anos 80, observa-se um aumento de estudos desenvolvidos no meio acadêmico, principalmente nos cursos de Pós-Graduação, demonstrando o interesse da profissão pela temática.

A OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a ONU, no âmbito mundial, vêm demonstrando preocupação com o fenômeno do envelhecimento.

Nesse sentido, a OPAS, desde seu 27º Conselho Diretivo (realizado em 1980), tem estimulado seus Países Membros – por meio da elaboração de documentos oficiais e de discussões em congressos e conferências – para que estabeleçam programas e serviços nacionais para atendimento das necessidades geradas pelos idosos, bem como para que desenvolvam recursos humanos a fim de prestarem serviços a essa população (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

Em 1998, foi publicado, pela OMS e pela OPAS, um documento reconhecendo que a saúde das pessoas idosas é um elemento chave para o desenvolvimento socioeconômico dos países da América Latina. Todavia, para que isto aconteça, elenca alguns objetivos, dentre os quais a manutenção das funções cognitivas dos idosos e sua importante e indispensável participação em atividades sociais e produtivas. Afirmam que a participação ativa de idosos na sociedade serve como base e como um novo enfoque para a promoção da saúde, e é compromisso dos profissionais de saúde fomentar essa participação (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

A ONU – por sua vez – publicou, na 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, uma nova versão do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (PAIE), inicialmente criado em 1982, em Viena, e cujo objetivo é garantir que as pessoas possam envelhecer com segurança, dignidade e saúde, participando ativamente da sociedade e do seu desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003). Segundo este documento:

uma sociedade para todas as idades inclui o objetivo de que os idosos tenham oportunidade de continuar contribuindo para a sociedade. [...] **A contribuição social e econômica dos idosos vai além de suas atividades econômicas**, já que com frequência essas pessoas desempenham funções cruciais na família e na comunidade. Muitas de suas valiosas contribuições não se medem em termos econômicos, como no caso dos cuidados prestados aos membros da família, o trabalho produtivo de subsistência, a manutenção dos lares e a **realização de atividades voluntárias** na comunidade. [...] é preciso reconhecer todas essas contribuições, inclusive as de trabalhos não remunerados pelos idosos [...] (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003, p. 34, negrito não contido no original).

Evidencia-se a relevância atribuída à participação dos idosos na sociedade, destacando, também, o trabalho voluntário como uma das ferramentas para que os mesmos continuem ativos. Salienta-se que o trabalho voluntário é uma atividade que traz benefícios, tanto para a sociedade em geral, quanto para o voluntário como indivíduo (CAMINO; SANTOS, 2001). Contudo, no Brasil, verifica-se a carência de estudos relacionados às implicações do trabalho voluntário na saúde e na qualidade de vida dos idosos, talvez pelo fato de que a discussão sobre essa atividade seja, ainda, recente (FRIAS, 1999; DAL RIO, 2004) e não contemple, diretamente, os clássicos objetos de pesquisa acadêmica da Área da Saúde (doenças, doentes e terapêuticas).

3.3 Trabalho voluntário: ferramenta para um envelhecimento ativo

Os idosos comprometidos com o trabalho voluntário constituem, hoje, uma realidade presente em nossa sociedade. A disponibilidade de tempo livre – advinda com a aposentadoria – e a manutenção das capacidades funcionais favorecem para que muitas pessoas idosas reservem um momento e um espaço do seu tempo para ajudar aos outros (EL CORAZÓN DE MADRID, 2002).

No Brasil, o voluntariado existe há aproximadamente cinco séculos. A literatura indica como início dessa atividade a fundação da Santa Casa de Misericórdia, em Santos, no ano de 1532. Historicamente, sempre foi muito associado à assistência social e às religiões (SILVA, 2003).

No Brasil, o trabalho voluntário é legislado pelo art. 1º da Lei Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998, onde consta:

considera-se serviço voluntário, [...], a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade (BRASIL, 1998, *on line*).

Alguns autores classificam o trabalho voluntário como sendo a realização de qualquer atividade onde a pessoa oferta, livremente, o seu tempo para beneficiar outras pessoas, grupos ou organizações, sem receber retribuição financeira (WILSON, 2000; PENNER, 2002).

Segundo Lafin (2002), o termo voluntário designa aquela pessoa que coopera por livre e espontânea vontade – e não por obrigação ou dever – a prestar algum tipo de serviço. No mesmo pensamento.

Fischer, Muller e Cooper (1991) destacam que o trabalho voluntário pode abranger uma faixa estreita ou ampla de atividades, incluindo desde aquelas efetuadas para/com organizações (trabalho voluntário formal) como também ajuda a um vizinho ou familiar (trabalho voluntário informal).

Pelos conceitos de trabalho voluntário utilizados na maioria dos estudos sobre o tema, é possível destacar algumas convergências, entre elas: as ações estão direcionadas a

comunidades ou a pessoas mais carentes do que o voluntário, onde está implícita a solidariedade. Outro ponto em comum é a doação do tempo livre, o que supõe a sua gratuidade, pois sua realização não envolve retorno monetário direto (FIGUEIREDO, 2005).

Conforme Silva (2003), o trabalho voluntário é um produto histórico que se vem desenvolvendo ao longo do tempo e está em contínua evolução. As razões que levam as pessoas a procurá-lo são diversas e diferem conforme a faixa etária.

Entre os idosos, a aposentadoria é um dos fatores que trazem à tona o interesse pelo voluntariado. Entretanto, alguns autores (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003) apontam que não é possível explicá-lo como simplesmente um substituto do trabalho ou de outras atividades, pois a motivação para realizá-lo compreende uma diversidade de fatores e não exclusivamente a necessidade dos idosos de manterem-se ativos. Entre esses fatores estariam o altruísmo, a responsabilidade social, o humanitarismo, os valores morais, a postura exemplar e os desejos de aumentar a longevidade e melhorar a qualidade de vida.

Destaca-se que os idosos brasileiros de hoje tiveram sua inserção precoce no mercado de trabalho, acarretando em um número elevado de aposentados, mesmo antes de alcançarem a idade dos 60 anos (FRIAS, 1999). Como já mencionado, diante da lógica do capitalismo, em que a identidade profissional e a produtividade são responsáveis pela posição social do indivíduo e pelo papel/*status* social ligado a ela, a sociedade tende a ver o idoso, em geral, como fardo econômico, não mais produtor de bens e serviços, ignorando-o, em muitas situações, como pessoa. Algumas vezes, essa situação representa, ao idoso, um sentimento forte de inutilidade. Com isto, o prestígio ocupado pelo trabalho, durante longos anos de vida, pode interromper-se, então, com o afastamento dessa atividade, que retira as pessoas do mercado produtivo, por vezes excluindo-as socialmente (ELIOPOULOS, 2005; LEITE et al, 2005).

Muitos idosos, diante do espaço aberto pela aposentadoria, desenvolvem condutas prejudiciais à saúde. Entre as mulheres, por exemplo, é freqüente a obesidade, decorrente da alimentação excessiva; nos homens, observa-se um aumento no consumo de bebidas alcoólicas. Como ferramenta para tentar reverter esse cenário, alguns grupos vêm buscando soluções criativas e concretas a fim de aproveitar o potencial dos idosos. Universidades da Terceira Idade, Instituições Filantrópicas, Organizações Não-Governamentais⁴ e entidades

⁴ Instituições privadas que não possuem fins lucrativos, uma vez que os eventuais lucros são redirecionados para os objetivos e para as atividades-fim da Organização, não podendo ser distribuídos entre os seus integrantes (FIGUEIREDO, 2005).

religiosas vêm atuando nesse propósito, demonstrando que a sociedade precisa refletir sobre o papel a ser desempenhado pelo aposentado/idoso e oportunizam a inserção deste em diversas atividades, dentre as quais o trabalho voluntário (FRIAS, 1999).

Com esses incentivos, muitos indivíduos encontram a possibilidade de manterem-se ativos, particularmente após o momento da aposentadoria, preenchendo o tempo disponível auxiliando a coletividade. Assim, considera-se o trabalho voluntário como uma forma de ajuda mútua, onde as pessoas que o realizam assessoram a outras ao mesmo tempo em que se sentem úteis e inseridas na sociedade, repercutindo – essa troca –, também, na saúde e na qualidade de vida dos voluntários.

O reconhecimento ao idoso com sua participação ativa na sociedade, por meio do trabalho voluntário, é apontado pela OMS como uma proposta de política de saúde, essencial para o almejado “envelhecimento ativo”. Segundo a OMS (2005, p. 13):

envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas fiquem mais velhas. O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de sua vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades [...] O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Ainda conforme a OMS (2005), em todos os países – em especial naqueles em fase de desenvolvimento –, medidas que ajudem os idosos a se manterem saudáveis e ativos precisam ser implementadas, não como um luxo, mas como uma necessidade emergente. Assim, acredita-se no trabalho voluntário como uma destas medidas a serem efetivadas, servindo como ferramenta para a conquista de um envelhecimento ativo. Camino e Santos (2001) ressaltam que o voluntariado contribui positivamente para um envelhecimento ativo, auxiliando alguns idosos a se adaptarem a uma vida sem a estrutura do trabalho, melhorando, também, seu bem-estar físico e mental.

Alguns trabalhos realizados no Exterior fortalecem esta hipótese. Na China, em estudo correlacional, realizado com 501 aposentados (328 voluntários e 173 não-voluntários), averiguou-se que os aposentados voluntários reportaram melhor saúde física e satisfação com a vida e menor índice de depressão, comparados com os não-voluntários – considerando-se $P < 0,05$ (WU; TANG; YAN, 2005).

Stessman et al. (2005), em pesquisa longitudinal, encontraram que o trabalho voluntário está diretamente associado com maior longevidade em idosos ($P=0,002$). Em outro acompanhamento longitudinal, efetuado em Israel (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003) – contemplando idosos a partir dos 75 anos – verificou-se que os voluntários não se diferenciaram significativamente de não-voluntários quanto ao número de patologias. Entretanto, os primeiros apresentaram menor déficit cognitivo, menos sintomas depressivos, maior número de relacionamentos interpessoais e avaliação mais positiva da vida.

Esta relação entre trabalho voluntário e melhores condições de saúde e qualidade de vida vai ao encontro da Teoria da Atividade, que aponta a manutenção de atividades como um benefício e uma necessidade para a satisfação com a vida na velhice, enfatizando que os idosos requerem e desejam níveis elevados de atividade social. Considera, também, que a pessoa que envelhece em boas condições é aquela que permanece ativa e que consegue resistir a vários obstáculos, em especial ao desengajamento social (ELIOPOULUS, 2005; SIQUEIRA, 2002).

No Brasil, pouco se pesquisou acerca do trabalho voluntário e suas implicações na saúde e na qualidade de vida das pessoas, especialmente dos idosos. Todavia, ressalta-se a importância de se introduzir esta temática no meio acadêmico e na esfera dos profissionais de saúde. Silva (2003) salienta a necessidade de se prestar especial atenção às perspectivas de envelhecimento presentes na sociedade, levando-se em consideração suas diferentes etapas de desenvolvimento e sua diversidade social, econômica e cultural. Segundo a autora, esse é o ponto de partida para a formulação de uma política não excludente para determinados segmentos populacionais, preponderantes nos países em desenvolvimento.

Nesse sentido, visualizar e incentivar como fundamental a atuação de idosos na sociedade de forma participativa e construtiva é uma das importantes metas dos profissionais de saúde que defendem um atendimento resolutivo, integral e humanizado, objetivando atingir a política de um envelhecimento ativo. Não se pode aceitar apenas a longevidade do ser humano como a principal conquista contemporânea, mas sim que essa venha acompanhada de uma ativa participação na comunidade, com felicidade, qualidade de vida e saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). Porém, para o alcance disso, é preciso que se tente encontrar respostas às aparentes contradições que existem entre a velhice e o bem-estar, entre idades avançadas e saúde, a fim de que se busquem novos rumos que conduzam à compreensão do processo de envelhecimento e dos limites e possibilidades do desenvolvimento humano.

Desta forma, uma nova Gerontologia – adaptada às atuais condições políticas, econômicas, sociais e científicas – pode propor, não apenas, o evitar ou retardar as doenças, mas também privilegiar o envelhecimento ativo e a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Para que isso seja uma realidade, torna-se uma exigência a preservação e fortalecimento das funções físicas e psíquicas dos idosos, bem como o seu engajamento social em atividades produtivas e de relações sociais significativas, tais como o trabalho voluntário (CANINEU; BASTOS, 2002).

3.4 Qualidade de vida em idosos

Diante do aumento da longevidade e das alterações psicofisiológicas e sociais que acompanham esse fenômeno, a preocupação com o estudo da qualidade de vida em idosos tem adquirido destaque na academia, particularmente nos últimos trinta anos. Reconhece-se que o viver mais sempre foi o objetivo do ser humano (TRENTINI, 2004), mas somente esse fato, com o passar do tempo, não foi suficiente para suprir os intentos humanos. A preocupação, hoje em dia, não é unicamente de acrescentar anos à vida, mas sim vida aos anos. Desse modo, um desafio é a conquista da velhice com qualidade de vida e condições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; PASCHOAL, 2002).

Salienta-se que o interesse por temáticas como padrão de vida e qualidade de vida foi, primeiramente, partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos, uma vez que os profissionais de saúde tinham sua atenção voltada para os processos fisio-patológicos. O atendimento em saúde era focalizado no diagnóstico e no tratamento das doenças, com os resultados medidos por meio de dois indicadores: morbidade e mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; PASCHOAL, 2002).

Dessa maneira, a preocupação com o conceito de qualidade de vida surgiu vinculada a um movimento nas ciências humanas e biológicas, na intenção de valorizar parâmetros mais abrangentes do que, exclusivamente, o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

No campo da Saúde, o debate da relação entre qualidade de vida e saúde, apesar de bastante inespecífico e generalizante, existe desde o surgimento da Medicina Social, nos séculos XVIII e XIX. Na ocasião, investigações sistemáticas começaram a referendar essa tese e fornecer subsídios para as políticas públicas e movimentos sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Entretanto, apesar deste longo tempo de existência, definir qualidade de vida ainda não é simples.

Com o intuito de verificar a qualidade de vida das pessoas, diversos instrumentos têm sido construídos. Alguns abordam a qualidade de vida como componente de um indicador composto; outros têm seu objeto no campo da saúde. Nos primeiros, resumindo, a qualidade de vida é vista de forma objetiva, ou seja: como a soma e divisão dos níveis de renda, educação e saúde de determinada população, os quais são os três elementos chaves da qualidade de vida de uma população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Além desse conhecido indicador composto, observam-se outros modos de focar qualidade de vida, quer seja de forma objetiva ou subjetiva. Os de natureza objetiva vinculam-se sempre a situações como: renda; emprego/desemprego; população abaixo da linha da pobreza; consumo alimentar; domicílios com acesso à água potável, tratamento de esgoto e lixo e disponibilidade de energia elétrica; acesso a transporte e outros. Os considerados subjetivos referem-se à percepção das pessoas a respeito de sua vida ou como valorizam os bens reconhecidos como base social da qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Nessa perspectiva, a OMS criou o Grupo de Qualidade de Vida – *The Whoqol Group* - que investiga e desenvolve instrumentos para avaliar a qualidade de vida de diferentes populações, o qual produziu um conceito próprio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

Conforme o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998, *on line*), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto de sua cultura e dos sistemas de valores da sociedade em que vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Apesar de não existir um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais concernentes ao seu constructo foram obtidos por meio de estudos de grupos de especialistas no assunto, em diferentes culturas. Os três aspectos são: subjetividade; multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas (bipolaridade) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998,).

De acordo com Paschoal (2002), cada vez mais se reconhece que parte do constructo de qualidade de vida é subjetivo. O autor afirma que há condições externas aos indivíduos, presentes no meio e nas condições de vida e de trabalho, e estas influenciam a avaliação que fazem de sua qualidade de vida. Neri (2001) destaca que essa avaliação engloba comparação com critérios objetivos e subjetivos, associados a normas e valores sociais e individuais, sujeitos a modificações no decorrer dos anos.

Em relação ao aspecto da multidimensionalidade, há consenso no meio acadêmico de que a qualidade de vida abrange, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Entretanto, ao avaliar qualidade de vida, outras dimensões podem ser incluídas (tais como espiritualidade e meio ambiente) por motivos conceituais, pragmáticos e/ou empíricos (PASCHOAL, 2002).

Quanto à bipolaridade, refere-se às dimensões positivas e negativas contidas nos instrumentos, sendo que podem ser empregadas a diversas condições, como dor, fadiga, contentamento com a vida e mobilidade, entre outros (PASCHOAL, 2002).

Considerando os diferentes fatores que influenciam o constructo de qualidade de vida, optou-se, neste estudo, por adotar o conceito e as diretrizes que norteiam os estudos do Grupo de Qualidade de Vida da OMS.

Destaca-se que, atualmente, a busca pela qualidade de vida tem recebido crescente interesse da sociedade e dos trabalhadores da Área da Saúde, face à responsabilidade desses em proporcionar melhores condições de saúde para que a população alcance maior longevidade, com qualidade de vida.

Neste sentido, os profissionais de enfermagem que atendem às demandas da população idosa têm numerosas tarefas pela frente. No âmbito da pesquisa, é primordial caracterizar as variáveis que convergem com os vários aspectos da qualidade de vida, nos diversos segmentos sociais e distintos ambientes, tanto na comunidade quanto no hospital, a fim de averiguar atitudes e grupos que promovam a saúde e a qualidade de vida dos idosos (NERI, 2001).

Assim sendo, acredita-se que a investigação sobre as condições que possibilitem qualidade de vida na velhice, assim como as variações que a idade comporta, constituem-se de grande relevância científica e social. Tentar encontrar respostas à aparente contradição que existe entre a velhice e o bem-estar poderá nortear rumos que conduzam à compreensão do envelhecimento e dos limites e possibilidades do desenvolvimento humano, além do que

poderá indicar meios alternativos (como o trabalho voluntário) promotores da qualidade de vida de pessoas idosas, uma meta para os próximos anos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

4 MÉTODOS, SUJEITOS E MATERIAIS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, do tipo *ex post facto*. Segundo a literatura, nesses estudos, o investigador trabalha com grupos pré-existentes, com o intuito de esclarecer os relacionamentos causais entre as variáveis. Ao realizá-los, precisa-se ter especial cuidado na interpretação dos dados, pois a relação não comprova a causa, ou seja: a simples existência de relação entre as variáveis não é suficiente para corroborar a conclusão de que uma variável causou a outra, mesmo quando estatisticamente significativa (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004)

4.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido junto à Organização Não-Governamental (ONG) Parceiros Voluntários, cuja sede situa-se na cidade de Porto Alegre. A Parceiros Voluntários atua há nove anos, com sua origem vinculada ao movimento de grandes empresas do Estado do Rio Grande do Sul, muitas das quais ainda estão engajadas à ela (PARCEIROS VOLUNTÁRIOS, 2006).

Segundo o relatório, publicado em 2006 (PARCEIROS VOLUNTÁRIOS, 2006), seu objetivo é promover, ampliar e qualificar o atendimento às demandas sociais por intermédio do trabalho voluntário, visando à melhoria da qualidade de vida das pessoas do Rio Grande do Sul (RS) e com a proposta de desenvolver a cultura do trabalho voluntário organizado. Atualmente, conta com mais de 196.000 voluntários cadastrados em todo o RS, sendo que 16,1% desses possuem idade igual ou superior a 50 anos.

4.3 População e amostra

A população/amostra compreendeu duas partes. A primeira foi formada por idosos que realizavam trabalho voluntário em Porto Alegre (Idosos Voluntários) e vinculados à ONG Parceiros Voluntários. A segunda incluiu idosos residentes em Porto Alegre e que não realizavam trabalho voluntário (Idosos Não-Voluntários).

4.3.1 Definição da amostra de Idosos Voluntários (IVs)

A população de Idosos Voluntários (IVs) constituiu-se de todos os idosos cadastrados e ativos na ONG Parceiros Voluntários, conforme levantamento realizado em maio de 2006. Nesse estudo, considerou-se somente o trabalho voluntário formal que, segundo a literatura (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991), é todo aquele vinculado a, pelo menos, uma Organização. Não foi considerado trabalho voluntário o simples fato de o idoso realizar doações de dinheiro ou de bens materiais.

Como critérios de inclusão, para os Idosos Voluntários (IVs), utilizaram-se:

- ter 60 anos ou mais;
- exercer atividade de trabalho voluntário formal;
- estar cadastrado na ONG Parceiros Voluntários;
- realizar trabalho voluntário no município de Porto Alegre;
- aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A);

O critério de exclusão dos IVs foi não ter realizado trabalho voluntário havia mais de 30 dias.

Devido à inexistência de estudos anteriores semelhantes a este, não foi possível estimar o tamanho da amostra deste estudo. Sendo assim, optou-se, num primeiro momento,

por trabalhar com 250 IVs e 50 INVs, seguindo o tamanho da amostra utilizada, pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS no Brasil, para validar o Instrumento Whoqol-bref, no País (FLECK et al., 2000). Contudo, pela necessidade de cumprimento de datas e início do período de férias – momento em que aumentaram as dificuldades de se encontrar os idosos, pois muitos saíram de férias – finalizou-se a coleta de dados dos IVs, em dezembro de 2006, com um total de 174 idosos entrevistados, sendo que, desses, 166 responderam ao Instrumento Whoqol-bref.

4.3.2 Definição da amostra de Idosos Não-Voluntários (INVs)

Para a realização da comparação com os IVs, foram selecionados 33 idosos que não realizavam trabalho voluntário (INVs). Este número teve origem com base no estudo realizado para validação do Instrumento Whoqol-bref (FLECK et al, 2000) no Brasil. Para tal estudo, foi utilizada uma amostra de 300 pessoas, sendo que 50 eram indivíduos-controle. Dessa forma, calculou-se a amostra de INVs a partir dos 166 IVs que responderam ao Instrumento Whoqol-bref, seguindo a proporção de 1/5, utilizada para validar o Whoqol-bref. As 8 perdas foram resultantes de dificuldade e/ou recusa em preencher o instrumento Whoqol-bref. Assim, a amostra findou com 207 idosos (174 IVs e 33 INVs).

A fim de se diminuir os vieses entre as duas amostras, algumas medidas foram adotadas, quanto à escolha dos INVs:

- Foram previamente numerados, de 001 a 250, todos os Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B) dos IVs. Os instrumentos com numeração múltipla de cinco foram destacados a fim de tornarem-se referência (IV de referência) para a escolha dos INVs. Assim, manteve-se a proporção de 1/5. Dessa forma, 33 IVs (1/5 de 166) tornaram-se referência para a procura dos INVs.
- Após a realização da entrevista com cada IV de referência, solicitou-se que o mesmo indicasse algum idoso que residisse próximo a ele para compor a amostra de INVs. Com essa medida, pretendeu-se diminuir o viés

socioeconômico, visto que se acredita haver semelhanças no perfil socioeconômico das pessoas que residem na mesma região.

- O INV indicado deveria ser do mesmo sexo e ter a mesma condição de trabalho remunerado do IV referência, para que se mantivesse a mesma proporção de sexo e de trabalhadores remunerados entre as amostras; por exemplo: caso o IV de referência fosse do sexo feminino e não tivesse trabalho remunerado, o INV a ser entrevistado deveria, obrigatoriamente, ser mulher e não estar trabalhando remuneradamente.
- Nas situações em que o INV indicado não aceitou participar do estudo ou não contemplou os critérios de inclusão, pediu-se que o mesmo apontasse alguém com o perfil procurado.
- Para evitar a inclusão de INVs sem condições físicas de saúde para a realização de trabalho voluntário, realizou-se a seguinte técnica: o mesmo deveria responder afirmativamente à primeira pergunta do Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B): O(a) Senhor(a) sente-se com condições físicas para realizar trabalho voluntário? Quando a resposta foi negativa, pediu-se que o mesmo apontasse alguém com o perfil procurado. Essa medida foi utilizada para parear a amostra no que se refere à saúde e ao estado funcional, variáveis diretamente associadas com a qualidade de vida (PASKULIN; MOLZAHN, 2007).

Os critérios de inclusão dos INVs foram os seguintes:

- ter idade igual ou superior a 60 anos;
- não exercer atividade de trabalho voluntário;
- aceitar participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A);
- responder afirmativamente à primeira pergunta do Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B);
- possuir o mesmo sexo e a mesma situação de trabalho remunerado do IV de referência.

4.3.3 Logística do estudo

A partir de uma lista concedida pela ONG Parceiros Voluntários, a qual continha telefones e endereços de 48 ONGs de Porto Alegre, realizou-se a divisão dessas conforme os bairros da cidade. Esses foram divididos entre os cinco pesquisadores que realizaram a coleta de dados deste estudo (um mestrando em Enfermagem e quatro acadêmicas de Enfermagem/Bolsistas de Iniciação Científicas). Cada pesquisador ficou com a responsabilidade de ligar para as ONGs dos bairros em que foram alocados, a fim de buscarem e agendarem entrevistas com os IVs. As entrevistas foram realizadas em local combinado com os idosos, sendo a maioria no dia e na ONG em que atuavam.

No início das entrevistas, os pesquisadores explicaram o objetivo e os métodos do estudo, esclarecendo quaisquer dúvidas. Também foram realçados os aspectos éticos (tais como anonimato, privacidade e autonomia dos sujeitos) contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Caso o idoso concordasse em participar do estudo, iniciava-se, então, a entrevista.

Após o término da coleta de dados junto aos 174 IVs (166 responderam ao Whoqol-bref), em 01 de dezembro de 2006, realizou-se a busca dos 33 INVs, a partir da indicação dos 33 IVs de referência, conforme critérios pré-estabelecidos. Os INVs foram entrevistados por meio de inquérito domiciliar, até a data de 15 de janeiro de 2007.

4.4 Coleta de dados

A entrevista com cada idoso foi realizada em um único momento, utilizando-se três instrumentos, junto aos idosos.

O primeiro instrumento (Apêndice B) utilizado nesta investigação foi elaborado com base no formulário de coleta de dados empregado no estudo “Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida” (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Selecionaram-se 35 das 121 questões do instrumento original, visando a coletar dados de identificação dos sujeitos, bem como outros referentes à saúde (em algumas questões foram realizadas modificações para adaptação a esta pesquisa). Além dessas 35 questões, outras 05 foram criadas visando a investigar aspectos vinculados ao trabalho voluntário.

O segundo instrumento foi um questionário sobre qualidade de vida, criado pela OMS (1998), o Whoqol-bref (Anexo A), traduzido e validado no Brasil por pesquisadores do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), demonstrando características satisfatórias de consistência interna (α de Cronbach=0,91) e validade discriminante. Tal questionário é uma versão abreviada do Whoqol-100, primeiro questionário criado pela OMS para avaliar qualidade de vida. O Whoqol-bref consta de 26 questões, extraídas do anterior, sendo duas gerais sobre qualidade de vida e as demais abrangem as 24 facetas que compõem o instrumento completo. Essas foram agrupadas em quatro domínios: *físico*, *psicológico*, *relações sociais* e *meio ambiente*, contemplando perguntas com opções de respostas do tipo Likert, com valores de zero a cinco. Além dos quatro domínios, o Whoqol-bref disponibiliza, a partir das duas primeiras questões, uma *avaliação global* da qualidade de vida (FLECK et al., 2000; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

O escore para cada domínio e para a *avaliação global* varia de quatro a vinte pontos ou de zero a cem pontos, dependendo da *syntax* utilizada (quanto mais alta a pontuação, supõe-se melhor qualidade de vida). No presente estudo, utilizou-se a *syntax* que disponibiliza os escores com pontuação de zero a cem. Pela dificuldade em se distinguir uma “boa” ou uma “má” qualidade de vida, não há ponto de corte para essa classificação. Sendo assim, os escores são costumeiramente utilizados para comparar grupos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998; LIMA, 2002).

Utilizou-se o Whoqol-bref nesse estudo pela satisfatória resposta do instrumento à qualidade de vida de idosos brasileiros e por não haver, até o início da coleta de dados, instrumento traduzido para o português com características tão abrangentes e de simples aplicabilidade (CHACHAMOVICH, 2005; PEREIRA et al., 2006).

O terceiro instrumento trata da versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (Anexo B), contendo 15 perguntas, com respostas dicotômicas do tipo sim/não, com a pontuação para cada pergunta valendo zero ou um. Essa escala é de fácil entendimento, auto-aplicável e encontra-se disponível e validada na língua portuguesa. O ponto de corte 5/6 (ausência/presença) é o mais utilizado para o diagnóstico de depressão. Convencionalmente, a

pontuação seis a dez é usada para caracterizar sintomas depressivos leves, e onze ou mais pontos, para sintomas depressivos graves. Neste estudo, se utilizou o ponto de corte seis para indício de depressão (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a; CERQUEIRA, 2003; FRANK; RODRIGUES, 2006).

No Brasil, Almeida e Almeida (1999b) utilizaram a GDS-15 em 64 idosos de um ambulatório psiquiátrico, obtendo sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% no ponto de corte 5/6. Paradela, Lourenço e Veras (2005), aplicando-a em idosos de um ambulatório geral, obtiveram sensibilidade de 81% e especificidade de 71% com o mesmo ponto de corte.

O Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B) foi aplicado pelos pesquisadores. Já a Escala de Depressão Geriátrica (Anexo B) e o Whoqol-bref (Anexo A) foram auto-aplicáveis, salvo raras exceções.

Convém salientar que foi elaborado e utilizado um manual para padronização da coleta de dados (Apêndice C), bem como se empregou o manual para utilização do Whoqol-bref, com pequenas modificação quanto ao original, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998) (Apêndice D), buscando-se aumentar a precisão dos dados e diminuir os erros aleatórios e sistemáticos, conforme apontamentos de Hulley, Martin e Cummings (2003).

4.5 Teste piloto

Foi realizado um teste piloto para verificar a adequação dos instrumentos de coleta de dados e da sistemática da pesquisa. O teste ocorreu com os cinco primeiros idosos voluntários entrevistados, utilizando-se a mesma sistemática delineada para o estudo. Como não se verificou inconsistência nos instrumentos, após aplicação no teste piloto, os idosos entrevistados, nessa fase, foram incluídos na amostra da pesquisa.

4.6 Análise estatística

Os dados foram analisados por meio da elaboração de um banco de dados utilizando-se o *software* SPSS 10.01⁵. Os dados foram digitados à medida que as entrevistas eram realizadas, visando a diminuir erros de digitação por sobrecarga e aceleração de trabalho.

Para a caracterização dos sujeitos, os dados foram analisados à luz da estatística descritiva (frequência, medidas de tendência central e de dispersão). Para a análise e associação dos dados encontrados entre os grupos, foram utilizados os testes *t* de Student (para variáveis simétricas), Mann-Whitney (para variáveis assimétricas) e Qui-quadrado (para variáveis categóricas com $n > 20$). Empregou-se a Correção Contínua de Yates, quando houve, no teste Qui-quadrado de Pearson, apenas um grau de liberdade e quando a frequência das respostas em alguma variável ficou entre cinco e dez. Em situações em que houve resposta com frequência inferior a cinco ou quando o número total de indivíduos envolvidos foi menor que vinte, utilizou-se o Teste Exato de Fischer.

No cálculo dos coeficientes de correlação, foram empregados os testes de Pearson e de Spearman, conforme pressupostos paramétricos e não paramétricos.

As variáveis de desfecho ou dependentes são: qualidade de vida (*domínios psicológico, relações sociais e avaliação global*), *depressão e autopercepção da saúde*. As variáveis independentes escolhidas são: *grupo (IVs e INVs), sexo, idade, anos de estudo, renda, trabalho remunerado (sim ou não), praticante da religião (sim ou não), número de patologias e domínios físico e meio ambiente* do Whoqol-bref.

Incluíram-se os domínios *físico e meio ambiente* como variáveis independentes ao analisarem-se as perguntas do Whoqol-bref que os envolvem, as quais referem-se a dor física, medicação, locomoção, segurança, poluição, clima, renda, moradia e acesso ao serviço de saúde, entre outras. Acredita-se que uma boa qualidade de vida, nessas variáveis, independa da realização do trabalho voluntário.

⁵ O SPSS 10.01 é um programa de computador, em formato de banco de dados, que tem um amplo sistema de controle de dados. Esse programa permite inserir, organizar e analisar dados por meio de cálculos estatísticos, tabelas e gráficos, entre outros. Além disso, o SPSS é um programa extremamente confiável, no que se refere à qualidade dos resultados e à estabilidade (WAGNER, MOTTA e DORNELLES, 2004).

Para o entendimento das variáveis independentes e sua influência nas variáveis dependentes, realizou-se análise multivariada entre os grupos, por meio da regressão linear múltipla. Essa, entretanto, não foi realizada para os resultados da Escala de Depressão Geriátrica, haja vista que não apresentou distribuição normal dos dados (CONCATO; FEINSTEIN; HOSFORD, 1997; MUNRO, 2000; ABBAD; TORRES, 2002)

Não se incluiu a variável *renda* no modelo de regressão linear devido ao elevado número de *missing*⁶, sendo a mesma substituída pela variável *anos de estudo*, pois o coeficiente de correlação de Spearman apresentou associação significativa entre essas duas variáveis ($\rho=0,532$; $P<0,001$). A variável *religião* não foi incluída, pela baixa frequência de não religiosos constatada ($n=5$).

Para fazer parte do modelo de regressão linear, a variável independente deveria apresentar $P<0,20$, quando associada com a variável dependente, seguindo metodologia utilizada em outros estudos (ROSA et al., 2003; TRENTINI, 2004). Por esse critério, não se utilizaram as variáveis *idade* e *trabalho remunerado* no modelo de regressão.

A *autopercepção da saúde* foi quantificada, com valores de um a cinco (ruim=1; regular=2; boa=3; muito boa=4; ótima=5) para satisfazer os critérios (variável contínua) para a análise de regressão linear.

Os dados do Instrumento Whoqol-bref foram analisados conforme *syntax* disponível na *website* do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998). A pontuação para a GDS-15 foi realizada seguindo orientação do estudo que verificou sua confiabilidade no Brasil (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a).

Nessa pesquisa, foram considerados estatisticamente significativos os dados com valor de P bicaudal menor ou igual a 0,05.

⁶ Terminologia utilizada para descrever dados perdidos ou não respondidos.

4.7 Considerações éticas

Os princípios éticos foram respeitados, protegendo-se os direitos dos indivíduos envolvidos, levando-se em consideração as determinações mencionadas pelas Normas de Pesquisa em Saúde referidas pela Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os aspectos apontados por Goldim (2000) e as questões éticas para pesquisas em Enfermagem, expressas por Polit, Beck e Hungler (2004), também foram consideradas. A autonomia, a privacidade e o anonimato dos sujeitos foram preservados.

Todos os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para o início do estudo, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS). Leu-se tal documento, entregando-o, após, para assinatura da pessoa idosa, em duas vias. Ficou-se com a via do termo com a assinatura do participante, e a outra – com as assinaturas dos responsáveis pela pesquisa – entregou-se à pessoa idosa.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo CEP/UFRGS, tendo-se iniciado a coleta de dados somente após a sua aprovação (número 2.006.554, em 22 de maio de 2006).

5 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão distribuídos em treze tabelas, dispostas ao longo de cinco capítulos. No primeiro momento, são apresentadas as características demográficas e socioeconômicas dos idosos dos dois grupos. Nessa seção, os dados dos INVs são demonstrados somente com a finalidade de averiguar se a técnica para o pareamento das amostras foi eficiente. No segundo e terceiro capítulos, são reveladas as características socioculturais, bem como os hábitos e a situação de saúde dos idosos. Posteriormente, os dois grupos são comparados quanto aos escores da Escala de Depressão Geriátrica e do Instrumento de Qualidade de Vida Whoqol-bref. Finalizando, tem-se uma seção destinada a apresentar as características do trabalho voluntário, realizado pelos IVs.

5.1 Características demográficas e socioeconômicas

Os dados referentes às características demográficas e socioeconômicas são apresentados na Tabela 1. A diferença de 2,7 anos na média de idade entre o grupo de IVs e INVs foi estatisticamente significativa ($P=0,021$). As demais variáveis não diferiram significativamente.

A média de idade dos IVs foi de $68,1 \pm 5,9$ anos, sendo a idade mínima de 60 anos e a máxima de 87 anos. Os INVs apresentaram média de $70,8 \pm 6,5$ anos, com idade mínima e máxima de 61 e 86 anos, respectivamente.

Nos voluntários, a maior proporção ocorreu na faixa etária de 60 a 69 anos, com 110 (63,2%) idosos, seguida das faixas etárias de 70 a 79 anos, com 56 (32,2%) indivíduos, e de 80 a 89 anos, com 8 idosos (4,6%). Nos INVs, a faixa etária de 60 a 69 anos apresentou 14 (42,4%) pessoas e a de 70 a 79 conteve 15 (45,5%). Entre os 80 e 89 anos, encontraram-se 4 (12,1%) INVs.

No que se refere ao sexo, prevaleceu o feminino, abrangendo 152 (87,4%) IVs. As idosas não-voluntárias foram 26 (78,8%).

A proporção de idosos de etnia branca foi semelhante entre os IVs e os INVs, com 160 (92,0%) e 30 (90,9%), respectivamente.

Com relação à situação conjugal, 59,0% dos IVs eram solteiros (as) ou não possuíam companheiro (a), semelhante aos INVs, em que 52,5% encontravam-se na mesma condição.

Nos voluntários, houve maior frequência de nascidos no interior do Rio Grande do Sul, com 99 (56,9%) ocorrências, seguida de 54 (31,0%) idosos naturais de Porto Alegre. Entre os INVs, 21 (63,7%) nasceram no interior do Rio Grande do Sul.

No que diz respeito à escolaridade, os IVs apresentaram média de $11,5 \pm 5,5$ anos de estudo, similar aos $11,7 \pm 4,4$ anos encontrados no outro grupo. Dos voluntários, 3 (1,7%) eram analfabetos, 33 (19,0%) estudaram de um a quatro anos, 28 (16,1%) de cinco a oito anos, 44 (25,3%) de nove a doze anos, 64 (36,8%) haviam estudado treze anos ou mais e 2 (1,1%) não souberam informar. Quanto aos INVs, 5 (15,2%) haviam estudado de um a quatro anos, 6 (18,2%) de cinco a oito anos, 7 (21,2%) de nove a doze anos, 14 (42,4%) estudaram treze anos ou mais e 1 (3,0%) idoso não soube informar.

No que se refere à renda própria dos IVs, verificou-se uma variação entre os que não a tinham (8,1%) até um indivíduo que recebia quarenta salários mínimos. Um quarto dos IVs recebia até um salário mínimo e 50% recebiam três salários mínimos ou mais. Embora esses valores tenham sido superiores nos INVs, com 25% recebendo até dois e 50% cinco salários mínimos ou mais, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($P=0,071$).

Quanto à participação econômica no núcleo familiar, no grupo dos IVs, 83,8% dividiam a responsabilidade das finanças com outro(s) membro(s) da família ou eram os únicos/maiores responsáveis. Nos INVs, a distribuição apresentou similaridade, como observado na Tabela 1. Esses dados revelam que, nos dois grupos, grande parte dos idosos tinha alguma responsabilidade financeira no domicílio.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos segundo suas características demográficas e socioeconômicas, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Voluntários (n=174)	Não-voluntários (n=33)	P
Idade^a	68,1±5,9	70,8±6,5	0,021 ^s
Sexo^b			0,270 ^f
Feminino	152 (87,4)	26 (78,8)	
Etnia^b			0,738 ^f
Branca	160 (92,0)	30 (90,9)	
Outras	14 (08,0)	03 (09,1)	
Situação conjugal^{b, †}			0,612 ^q
Casado	71 (41,0)	16 (48,5)	
Viúvo	57 (32,9)	12 (36,3)	
Desquitado/separado	26 (15,1)	03 (09,1)	
Solteiro	19 (11,0)	02 (06,1)	
Naturalidade^b			0,459 ^q
Porto Alegre	54 (31,0)	11 (33,3)	
Interior do RS ^c	99 (56,9)	21 (63,7)	
Outro Estado do Brasil	13 (7,5)	01 (03,0)	
Outro País	08 (4,6)	—	
Anos de estudo^{a, ††}	11,5±5,5	11,7±4,4	0,781 ^s
Renda própria^{d,e, †††}	03 (01-06)	05 (02-09)	0,071 ^m
Participação econômica^{b, †}			0,591 ^q
Único responsável	77 (44,5)	15 (45,5)	
Maior responsável	11 (06,4)	04 (12,1)	
Divide responsabilidades	57 (32,9)	11 (33,3)	
Sem participação	28 (16,2)	03 (09,1)	
Composição familiar^{b, †}			0,905 ^y
Mora com alguém	120 (69,0)	23 (71,9)	
Mora sozinho	54 (31,0)	09 (28,1)	
Número de acompanhantes^a	01 (00-02)	01 (00-02)	0,338 ^m

^a Média±desvio padrão; ^b n (%); ^c RS, Rio Grande do Sul; ^d Mediana (intervalos interquartis); ^e Renda em salários mínimos, equivalente a R\$ 350,00; ^f Exato de Fischer; ^m Mann-Whitney; ^q Qui-quadrado de Pearson; ^s *t* de Student; ^y Qui-quadrado de Pearson com Correção Contínua de Yates; [†] n=206; ^{††} n=190; ^{†††} n=174.

Com relação à composição familiar, 69,0% dos IVs moravam com algum familiar ou amigo. Entre os INV's, a porcentagem foi de 71,9%. No que tange ao número de pessoas que moravam com esses idosos, em ambos os grupos, 50% viviam com até 1 pessoa e 75%, com até 2 pessoas.

A distribuição de renda entre os IVs que moravam sós apresentou pequena diferença, quando comparada com os que moravam com outra(s) pessoa(s). Dos 54 que moravam sós, 25% tinham uma renda de até dois salários mínimos, 50%, até quatro e 75%, até sete salários

mínimos. Quanto aos 120 que moravam com outra(s) pessoa(s), 25% recebiam até um salário mínimo, 50%, até três e 75%, até seis salários mínimos.

Na Tabela 2 é possível identificar as características dos idosos segundo o tipo de trabalho realizado durante a maior parte da sua vida, bem como a atual condição de trabalho e aposentadoria. Não houve diferença estatística significativa entre os dados dos dois grupos.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo trabalho e aposentadoria, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Voluntários (n=174)	Não-voluntários (n=33)	P
Ocupação^{a, †}			0,557 ^q
Profissional de nível superior	49 (28,3)	10 (31,3)	
Indivíduo fora da PEA ^b	45 (26,0)	09 (28,1)	
Trabalhador não-especializado	27 (15,6)	03 (09,4)	
Funções de escritório	15 (08,7)	02 (06,3)	
Funcionário público/militar	14 (08,1)	02 (06,3)	
Outros	23 (13,3)	06 (18,6)	
Trabalho remunerado^a			1,000 ^f
Não	158 (90,8)	30 (90,9)	
Aposentado^a			0,244 ^y
Sim	140 (80,5)	23 (69,7)	
Idade em que se aposentou^{c, ††}	54,7±7,6	56,4±5,8	0,308 ^s
Motivo da aposentadoria^{a, †††}			0,253 ^q
Tempo de serviço	90 (65,2)	19 (82,6)	
Idade	34 (24,6)	03 (13,0)	
Problema de saúde	14 (10,2)	01 (04,4)	

^a n (%); ^b PEA, população economicamente ativa; ^c Média±desvio padrão; ^f Exato de Fischer; ^q Qui-quadrado de Pearson; ^s *t* de Student; ^y Qui-quadrado de Pearson com Correção Contínua de Yates; [†] n=205; ^{††} n=167; ^{†††} n=171.

A distribuição dos idosos conforme a ocupação⁷ que exerceram durante a maior parte de suas vidas concentra-se na categoria de profissionais de nível superior, prevalente em 28,3% dos IVs e 31,3% dos INVs. Quanto aos indivíduos fora da População Economicamente Ativa⁸, a porcentagem foi, respectivamente, de 26,0% e 28,1% nos IVs e nos INVs, sendo todos do sexo feminino. Os trabalhadores não-especializados⁹ foram 27 (15,6%) e 3(9,4%) nos IVs e INVs, respectivamente. A categoria “Outros” abrange trabalhadores técnicos¹⁰

⁷ Definiu-se ocupação como sendo o cargo, a profissão ou o ofício exercido pela pessoa (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

⁸ Incluem-se donas de casa, pensionistas, aposentados(as) sem outra ocupação, estudantes e desempregados.

⁹ Ocupações tais como pedreiros(as), serventes, empregados(as) domésticos, pescadores(as), operadores(as) de máquina, vendedores(as), office-boys e vigias.

¹⁰ Indivíduos que possuem curso técnico de nível médio.

(6,4% e 3,1%), semi-especializados¹¹ (2,3% e 0%), proprietários de empresas (2,3% e 6,3%) e administradores ou gerentes (2,3% e 9,1%).

Verificou-se que apenas 9,2% dos IVs possuíam trabalho remunerado. Conforme logística do estudo, na qual se pareou a variável *trabalho remunerado*, foi igual a porcentagem (9,1%) de INVs trabalhando remuneradamente.

Predominou a situação de aposentados entre os IVs (80,5%) e INVs (69,7%). A média de idade em que esses idosos se aposentaram foi de $54,7 \pm 7,6$ e $56,4 \pm 5,8$ anos para IVs e INVs, respectivamente ($P=0,308$). A principal razão para a aposentadoria foi o tempo de serviço, para ambos os grupos – em 65,2% dos IVs e 82,6% dos INVs – seguida da idade, em 24,6% dos voluntários e 13,0% dos INVs.

Assim, haja vista os dados apresentados, pode-se considerar que, com as medidas implementadas, houve pareamento dos dois grupos quanto às características socioeconômicas, apesar da diferença estatisticamente significativa da média de idade entre IVs e INVs. Contudo, acredita-se que não interfira nos escores de qualidade de vida, pois não houve correlação estatisticamente significativa entre idade e os domínios do Whoqol-bref ($P>0,1$).

5.2 Características socioculturais

Pelos dados apresentados, na Tabela 3, é possível verificar a distribuição dos idosos conforme as principais atividades realizadas nos momentos de tempo livre, bem como o envolvimento com religião. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa nas variáveis *principal ocupação no tempo livre* ($P=0,001$) e *tipo de religião* ($P=0,002$).

¹¹ Ocupações tais como mecânicos(as), eletricitas e cabeleireiros(as).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo atividades sociais, culturais e de lazer, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Voluntários (n=174)	Não-voluntários (n=33)	P
Principal ocupação do tempo livre^a			0,001 ^q
Trabalho voluntário*	97 (55,7)	—	
Trabalhos manuais	14 (08,0)	06 (18,2)	
Atividades físicas	12 (06,9)	02 (06,1)	
Leitura*	11 (06,3)	08 (24,2)	
Trabalhos do lar	10 (05,7)	—	
Atividades sócio-recreativas	08 (04,6)	02 (06,1)	
Televisão, rádio*	06 (03,4)	09 (27,3)	
Religião	05 (02,9)	01 (03,0)	
Conversa com amigos	04 (02,3)	01 (03,0)	
Outros	07 (04,2)	04 (12,1)	
Religião^{a,†}			
Sim	168 (97,1)	33 (100)	1,000 ^f
Tipo de religião^a			0,002 ^q
Católica	115 (68,4)	23 (69,7)	
Espírita*	42 (25,0)	03 (09,1)	
Evangélica*	06 (03,6)	07 (21,2)	
Outras	05 (03,0)	—	
Praticante da religião^a			0,113 ^y
Sim	144 (85,7)	24 (72,7)	

^a n (%); ^f Exato de Fischer; ^q Qui-quadrado de Pearson; ^y Qui-quadrado de Pearson com Correção Contínua de Yates; * Categorias com diferença estatisticamente significativa, com valor de resíduo ajustado > 1,96; [†] n=206.

Dos idosos que realizavam trabalho voluntário, observa-se que 55,7% tinham essa atividade como principal mecanismo para ocupar o tempo livre, seguida de trabalhos manuais (tricô, crochê, costura, artesanato e pintura), atividades físicas, leitura e afazeres domésticos. Entre os INVs, 27,3% relataram que a principal forma de ocupar o tempo livre era assistindo programas de televisão e/ou rádio e 24,2% tinham o hábito da leitura para preenchimento desse tempo. Essas duas categorias mostraram diferença estatisticamente significativa (P=0,001) entre o grupo de voluntários e não-voluntários. Na categoria “Outros” encontram-se atividades tais como cuidar de netos, conversar com amigos, passear e estudar.

A maior parte (97,1%) dos IVs possuía religião, sendo que desses, 85,7% consideravam-se praticantes. As principais religiões foram a Católica (68,4%), a Espírita Kardecista (25,0%) e a Evangélica (3,6%). Todos os 33 INVs tinham religião, sendo que 72,7% avaliaram-se como praticantes. A Religião Católica foi a mais freqüente (69,7%), seguida da Evangélica (21,2%) e Espírita Kardecista (9,1%). Houve diferença estatisticamente significativa (P=0,002) entre os dois grupos no que diz respeito à freqüência de Evangélicos e Espíritas Kardecistas.

5.3 Hábitos e situação de saúde

A Tabela 4 apresenta os hábitos de saúde dos idosos investigados. Não houve diferença estatisticamente significativa dessas variáveis com a prática ou não do voluntariado.

O consumo de tabaco e álcool foi pouco prevalente em ambos os grupos de idosos, sendo o número de fumantes 12 (7,0%) e 1 (3,0%) e o de consumidores de álcool de 3 (1,8%) e 1 (3,0%), respectivamente nos IVs e INVs.

No que se refere ao hábito de praticar algum tipo de atividade física regular, 71,3% dos IVs responderam afirmativamente, sendo que 50% praticavam duas ou mais vezes por semana. Nos INVs, a porcentagem foi similar, pois 66,7% tinham esse costume, e de igual forma, 50% a praticavam, pelo menos, duas vezes por semana. As duas principais atividades físicas realizadas foram a caminhada e a ginástica. A categoria “Outras” inclui atividades como natação, pilates, corrida, reeducação postural global e dança.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo atividades promotoras da saúde, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Voluntários (n=174)	Não-voluntários (n=33)	P
Fumo^{a,†}			0,698 ^f
Não	159 (93,0)	32 (97,0)	
Álcool^{a,†}			0,509 ^f
Não	168 (98,2)	32 (97,0)	
Atividade física regular^a			0,747 ^y
Sim	124 (71,3)	22 (66,7)	
Frequência da atividade física^c	02 (00-03)	02 (00-03)	0,812 ^m
Tipo de atividade física^{††}			
Caminhada	78 (62,9)	16 (72,7)	
Ginástica	41 (33,1)	08 (36,4)	
Hidroginástica	12 (09,7)	01 (03,7)	
Yoga	07 (05,6)	02 (07,4)	
Outras	22 (17,7)	—	
Consulta ao serviço de saúde			0,322 ^f
Sim	155 (89,6)	32 (97,0)	
Consulta ao ginecologista/urologista^{a,†††}			0,772 ^y
Sim	127 (73,8)	25 (78,1)	

^a n (%); ^b Mediana (intervalos interquartis); ^c Dias por semana; ^f Exato de Fischer; ^m Mann-Whitney; ^y Qui-quadrado de Pearson com Correção Contínua de Yates; [†] n=204; ^{††} múltiplas respostas; ^{†††} n=152.

Como demonstra a Tabela 4, 155 (89,6%) IVs e 32 (97,0%) INVs consultaram o serviço de saúde em algum momento nos seis meses anteriores à entrevista. A ida ao ginecologista ou urologista, pelo menos uma vez no período de um ano anterior ao estudo, foi prevalente em 127 (73,8%) IVs e 25 (78,15) INVs.

Os resultados da situação de saúde dos idosos são apresentados na Tabela 5. Houve diferença estatisticamente significativa limítrofe (P=0,054) na frequência do relato de ótima saúde entre o grupo de IVs e o de INVs, sendo mais presente nos primeiros.

No conjunto das respostas, verifica-se que 88,6% dos IVs e 84,8% dos INVs percebem sua saúde como boa, muito boa ou ótima.

Em ambos os grupos, a maioria dos idosos referiu alguma patologia – 84,5% dos IVs e 93,9% dos INVs, com 25% dos idosos relatando até 1 patologia, 50%, até 2 e 75%, até 3 patologias. As mais frequentes foram a hipertensão, o reumatismo/artrose, gastrites/úlceras e a osteoporose. A categoria “Outras patologias auto-referidas” abrange problemas tais como: alterações na tireóide e na visão; problemas osteomusculares, pulmonares ou urinários; Dislipidemia, Cisto, Hepatite, Depressão, Vasculite e Hipoacusia. Destaca-se que três idosos voluntários eram cegos e um era surdo.

Tabela 5 – Distribuição dos idosos segundo situação de saúde, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Voluntários (n=174)	Não-voluntários (n=33)	P
Autopercepção da saúde^a			0,054 ^q
Ótima*	53 (30,5)	02 (06,1)	
Muito boa	47 (27,0)	11 (33,3)	
Boa	54 (31,1)	15 (45,4)	
Regular	18 (10,3)	5 (15,2)	
Ruim	02 (01,1)	—	
Patologia auto-referida^a			0,182 ^f
Sim	147 (84,5)	31 (93,9)	
Número de patologias auto-referidas^b	02 (01-03)	02 (01-03)	0,479 ^m
Hipertensão^a			0,248 ^y
Sim	78 (44,8)	19 (57,6)	
Reumatismo/artrose^a			0,857 ^y
Sim	64 (36,8)	11 (33,3)	
Gastrite/úlcera^a			0,926 ^y
Sim	36 (20,7)	06 (18,2)	
Osteoporose^a			0,834 ^y
Sim	36 (20,7)	6 (18,2)	
Doença cardíaca^a			0,788 ^f
Sim	24 (13,8)	05 (15,2)	
Diabetes^a			0,131 ^f
Sim	16 (09,2)	06 (18,2)	
Outras patologias auto-referidas^a	62 (35,6)	11 (33,3)	

^a n (%); ^b Mediana (intervalos interquartis); ^c Média±desvio padrão; ^f Exato de Fischer; ^m Mann-Whitney; ^q Qui-quadrado de Pearson; ^y Qui-quadrado de Pearson com Correção Contínua de Yates. * Categorias com diferença estatisticamente significativa, com valor de resíduo ajustado > 1,96.

Como a autopercepção da saúde ótima apresentou diferença estatística significativa entre IVs e INVs, realizou-se a análise de regressão linear múltipla dessa variável, após sua codificação, conforme consta na metodologia.

Tabela 6 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação à autopercepção da saúde, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	r ²	B	P
	0,391		0,001
Grupo - IVs		0,360	0,023
Anos de estudo		0,012	0,306
Número de patologias		-0,227	0,001
Domínio físico		0,029	0,001
Domínio meio ambiente		0,001	0,815

r²= Coeficiente de determinação; B= Coeficiente linear.

Verifica-se que as variáveis dependentes explicam 39,1% da variância da *autopercepção da saúde*, com $P=0,001$. Não se mostraram estatisticamente significativas as variáveis *anos de estudo* e o *domínio meio ambiente* do Whoqol-bref. Transformando-se a *autopercepção da saúde* em uma escala de um a cinco pontos, pode-se afirmar que realizar trabalho voluntário foi a característica que apresentou a maior influência nessa variável ($B=0,360$).

5.4 Qualidade de vida e depressão

A Tabela 7 apresenta os resultados obtidos por meio da Escala de Depressão Geriátrica.

Tabela 7 – Distribuição dos idosos segundo resultados obtidos pela Escala de Depressão Geriátrica, Porto Alegre, 2007.

Escala de Depressão Geriátrica	Voluntários (n=173)	Não-voluntários (n=33)	P
Escore ^a	01 (00-02)	02 (00-04)	0,012 ^m
Depressão ^{b,*}			0,030 ^f
Sim	02 (01,2)	03 (09,1)	
Não	171 (98,8)	30 (90,9)	

^a Mediana (intervalos interquartis); ^b n (%); ^f Exato de Fischer; ^m Mann-Whitney; ^{*} Ponto de corte ≥ 6 .

Os dados demonstram que 50% dos IVs fizeram até um ponto na Escala de Depressão Geriátrica e que 25% obtiveram dois pontos ou mais, diferindo significativamente ($P=0,012$) dos INVs, visto que 50% pontuaram até dois e 25% fizeram quatro ou mais pontos.

Utilizando-se o ponto de corte 5/6 para ausência/presença de Depressão, observa-se diferença estatística significativa ($P=0,03$) entre os dois grupos, na medida em que 2 (1,2%) IVs e 3 (9,1%) INVs apresentaram escore sugestivo de Depressão, todos eles do sexo feminino.

Os resultados dos escores do Instrumento Whoqol-bref para avaliação da qualidade de vida encontram-se na Tabela 8. Dos 174 IVs, 166 responderam o instrumento.

Tabela 8 – Distribuição das médias obtidas nos dois grupos de idosos segundo os diferentes domínios e avaliação global do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.

Domínios	Voluntários (n=166)	Não-voluntários (n=33)	P
Físico ^a	78,3±14,4	75,0±13,1	0,226 ^s
Psicológico ^a	77,7±12,4	72,6±09,6	0,028 ^s
Relações sociais ^a	81,4±14,1	75,6±14,1	0,034 ^s
Meio ambiente ^a	75,9±13,5	76,6±13,6	0,785 ^s
Global ^a	81,1±14,7	75,0±14,9	0,031 ^s

^a Média±desvio padrão; ^s *t* de Student.

Na seleção da amostra de INVs, buscou-se pareá-los quanto à saúde física, a fim de se evitar incluir na amostra pessoas que não realizavam trabalho voluntário por limitações físicas (viés de seleção). Para isso, os INVs deveriam responder afirmativamente à pergunta A1 do Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice B), pois se acredita que o trabalho voluntário atue proporcionando, sobretudo, melhor qualidade de vida nos *domínios psicológico e relações sociais* do Instrumento Whoqol-bref.

Esse procedimento talvez explique porque o *domínio físico* não apresentou diferença estatisticamente significativa (P=0,226) entre os dois grupos, apesar de a média do escore nos IVs ter sido 3,3 pontos maior do que nos INVs.

Da mesma forma, acredita-se que a não existência de diferença estatisticamente significativa (P=0,785) entre IVs (75,9 ± 13,5) e INVs (76,6 ± 13,6) no *domínio meio ambiente* deva-se aos critérios de pareamento socioeconômico.

Em contrapartida, houve diferença estatisticamente significativa (P=0,028) no escore do *domínio psicológico* dos IVs (77,7 ± 12,4) e dos INVs (72,6 ± 9,6), com os primeiros apresentando escores maiores de qualidade de vida.

Do mesmo modo, o *domínio relações sociais* apresentou diferença estatisticamente significativa (P=0,034) entre os dois grupos, sendo que os IVs apresentaram escore de 81,4 ± 14,1 e os INVs, 75,6 ± 14,1.

Na *avaliação global*, observou-se diferença estatisticamente significativa (P=0,031) entre os dois grupos, sendo que o escore dos IVs foi de 81,1 ± 14,7 e o dos INVs foi de 75,0 ± 14,9.

A *avaliação global* é obtida por meio das duas primeiras questões do Instrumento Whoqol-bref, as quais apresentaram correlação negativa com a variável *número de patologias* (questão 01, $\rho=-0,232$; $P=0,001$ e questão 02, $\rho=-,0394$; $P<0,001$).

Como os *domínios psicológico, relações sociais e a avaliação global* apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de idosos, realizou-se a análise de regressão linear múltipla dessas variáveis dependentes, buscando-se identificar as variáveis independentes influenciadoras.

Nas Tabelas 9 a 11, são apresentados os resultados da regressão linear múltipla com os *domínios psicológico, relações sociais e avaliação global*.

Tabela 9 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação ao domínio psicológico do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	r ²	B	P
	0,533		0,001
Grupo - IVs		3,693	0,027
Sexo - feminino		-3,751	0,054
Anos de estudo		0,028	0,828
Praticante da religião - sim		4,069	0,016
Número de patologias		-0,546	0,323
Domínio físico		0,388	0,001
Domínio meio ambiente		0,268	0,001

r²= Coeficiente de determinação; B= Coeficiente linear.

Excetuando-se as variáveis *anos de estudo e número de patologias*, o conjunto das outras variáveis independentes em estudo explicam 53,3% da variância do *domínio psicológico*, com significância limítrofe para a variável *sexo* ($P=0,054$). Assim, os IVs, do sexo masculino, praticantes da religião e com altos escores nos *domínios físico e meio ambiente* apresentaram escores mais altos no *domínio psicológico*, em relação aos INVs, do sexo feminino, que não praticavam religião e com menores escores nos *domínios físico e meio ambiente*. Pelos cálculos do coeficiente linear, verificou-se que a variável *praticante de religião* foi a que apresentou maior influência no *domínio psicológico* ($B=4,069$), seguida da variável *grupo*, favorecendo os IVs ($B=3,693$).

Tabela 10 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação ao domínio relações sociais do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	r ²	B	P
	0,311		0,001
Grupo - IVs		3,769	0,105
Sexo - feminino		4,136	0,123
Anos de estudo		0,022	0,903
Praticante da religião - sim		6,200	0,009
Domínio físico		0,198	0,008
Domínio meio ambiente		0,370	0,001

r²= Coeficiente de determinação; B= Coeficiente linear.

Na Tabela 10, verifica-se que 31,1% da variância do *domínio relações sociais* são explicadas pelas variáveis analisadas, excetuando-se as variáveis *grupo* (P=0,105), *sexo* (P=0,123) e *anos de estudo* (P=903). Desta maneira, mantiveram-se estatisticamente associadas as variáveis *praticante da religião* e *domínios físico e meio ambiente*. Assim, pode-se dizer que os praticantes da religião com maiores escores nesses dois domínios foram os que apresentaram escores mais altos no domínio *relações sociais*. *Praticante da religião* mostrou-se como sendo a variável com maior influência (B=6,200). As demais demonstraram pouca relevância.

Tabela 11 – Regressão linear múltipla das variáveis selecionadas em relação à avaliação global do Whoqol-bref, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	r ²	B	P
	0,457		0,001
Grupo - IVs		3,913	0,072
Anos de estudo		0,195	0,237
Número de patologias		-1,558	0,032
Domínio físico		0,549	0,001
Domínio meio ambiente		0,116	0,121

r²= Coeficiente de determinação; B= Coeficiente linear.

Com exceção das variáveis *anos de estudo* e *domínio meio ambiente*, todas as outras analisadas explicam 45,7% da variância da *avaliação global*, com a variável *grupo* indicando tendência como influenciadora. Conforme essa associação, os idosos que faziam trabalho voluntário, com poucas patologias e satisfeitos com sua qualidade de vida, no *domínio físico* foram os que apresentaram maior pontuação na *avaliação global*. O fato de ser ou não

voluntário apresentou a maior influência nos escores da *avaliação global* ($B=3,913$), seguido do *número de patologias* ($B=-1,558$).

5.5 Características do trabalho voluntário

Os dados referentes às variáveis envolvendo as características do trabalho voluntário são apresentados nas duas próximas tabelas.

A média de idade em que esses idosos começaram a realizar trabalho voluntário foi $53,8 \pm 14,7$ anos, não diferenciando significativamente ($P=0,725$) entre homens ($54,8 \pm 18,7$ anos) e mulheres ($53,6 \pm 14,1$ anos). Quanto ao tempo em que estavam realizando trabalho voluntário, 50% o faziam havia mais de oito anos. Dos 140 idosos voluntários que eram aposentados, 87 (62,1%) iniciaram o voluntariado após a aposentadoria. A correlação entre o tempo em que realizavam essa atividade e os domínios do Whoqol-bref não mostrou significância, exceção ao *domínio relações sociais*, com magnitude fraca ($\rho=0,198$; $P=0,011$).

Outro aspecto analisado foi a frequência em que esses idosos realizavam o voluntariado. Os dados revelam que 25% dos idosos dedicavam até quatro dias por mês, 50%, até oito dias e 75%, até doze dias. Estratificando por sexo, verifica-se diferença estatisticamente significativa ($P=0,001$), visto que apesar de serem poucos, os idosos homens deste estudo dedicavam mais dias ao voluntariado, à medida que 25% doavam até oito dias por mês, 50%, até quinze e 25%, pelo menos vinte dias. Nas mulheres, por sua vez, esses valores foram, respectivamente, quatro, oito e doze dias por mês.

A correlação entre a frequência no voluntariado e as variáveis dependentes apresentou magnitude moderada para o *domínio psicológico* ($\rho=0,300$; $P<0,001$) e fraca para os *domínios físico* ($\rho=0,189$; $P=0,015$), *meio ambiente* ($\rho=0,161$; $P=0,040$), *avaliação global* ($\rho=0,162$; $P<0,001$) e *autopercepção da saúde* ($\rho=0,180$; $P=0,018$). O *domínio relações sociais* não apresentou correlação estatisticamente significativa com a frequência de realização de voluntariado.

Quanto ao tipo de trabalho voluntário que realizavam, 48 (27,6%) efetuavam trabalhos manuais e/ou artesanais, 43 (24,7%) cumpriam atividades administrativas, 44 (25,3%) realizavam atividades não-profissionais¹², entre outras. Referente aos homens, 59,0% executava atividades administrativas e 27,2%, atividades não-profissionais; as mulheres, a maioria efetuava trabalhos manuais e/ou artesanais (31,6%) e atividades não-profissionais (25,0%) ou administrativas (19,7%).

Quando questionados sobre a motivação que os levou ao voluntariado, despontou o sentimento de filantropia para 127 (73,0%). As outras motivações mais frequentes foram: oportunidade para ocupar o tempo livre (35,6%); forma de sentir-se útil (21,3%); sentimento de amor ao próximo (16,6%) e convite de amigos ou familiares (12,1%).

A categoria “Outras” representa motivos tais como: cumprir pena judicial, esquecer os problemas pessoais, gostar de crianças, ter fé e seguir a filosofia da família. Destaca-se que das 12 pessoas que buscaram o trabalho voluntário como mecanismo para tratar a Depressão, 2 apresentaram-se deprimidas no momento da entrevista, conforme pontuação da Escala de Depressão Geriátrica.

¹² Atividades tais como conversa, leitura, visita a doentes, cuidado realizado por não-profissionais, recreação, musicoterapia, recepção, conserto, manutenção e atividade espiritual.

Tabela 12 – Distribuição dos idosos voluntários segundo as características do trabalho voluntário, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Mulheres (n=152)	Homens (n=22)	Total (n=174)	P
Idade de início ^{a, †}	53,6±14,1	54,8±18,7	53,8±14,7	0,725 ^s
Frequência de realização ^{b,c, ††}	08 (04-12)	15 (08-20)	08 (04-12)	0,001 ^m
Tipo de atividade ^{d, †††}				
Trabalhos manuais, artesanato	48 (31,6)	—	48 (27,6)	
Atividades administrativas	30 (19,7)	13 (59,0)	43 (24,7)	
Atividades não-profissionais	38 (25,0)	06 (27,2)	44 (25,3)	
Participação em feiras, brechós	20 (13,1)	01 (04,5)	21 (12,1)	
Palestras, aulas, oficinas	13 (08,5)	01 (04,5)	14 (08,1)	
Assistência profissional	11 (07,2)	—	11 (06,3)	
Atividades de direção, presidência	08 (05,2)	02 (09,1)	10 (05,7)	
Atividades relacionadas à cozinha	09 (05,9)	—	09 (05,2)	
Motivação para iniciar ^{d, †††}				
Sentimentos de filantropia ¹³	107 (70,4)	20 (90,9)	127 (73,0)	
Ocupar o tempo livre	55 (36,2)	07 (31,8)	62 (35,6)	
Sentir-se útil	32 (21,0)	05 (22,7)	37 (21,3)	
Amor ao próximo	25 (16,4)	04 (18,2)	29 (16,6)	
Convite de terceiros	18 (11,8)	03 (13,7)	21 (12,1)	
Preencher a solidão	17 (11,2)	02 (09,1)	19 (10,9)	
Praticar religião/espiritualidade	13 (08,5)	04 (18,2)	17 (09,8)	
Conhecer novas pessoas	15 (09,9)	—	15 (08,6)	
Morte de familiar/viuvez	13 (08,5)	—	13 (07,4)	
Responsabilidade social ¹⁴	11 (07,2)	01 (04,5)	12 (06,9)	
Tratar Depressão	12 (07,9)	—	12 (06,9)	
Melhorar a saúde	08 (05,2)	03 (13,7)	11 (06,3)	
Praticar cidadania ¹⁵	07 (04,6)	—	07 (04,0)	
Continuar ativo	04 (02,6)	02 (09,1)	06 (03,4)	
Sair de casa	06 (03,9)	—	06 (03,4)	
Outras	17 (11,2)	02 (09,1)	19 (10,9)	

^a Média±desvio padrão; ^b Mediana (intervalos interquartis); ^c Número de dias por mês; ^d n (%); ^m Mann-Whitney; ^s t de Student; [†] n=171; ^{††} n=172; ^{†††} múltiplas respostas .

¹³ Filantropia refere-se ao sentimento de generosidade e desprendimento para com outros tais como: solidariedade; vontade de ajudar, repartir, conscientizar , fazer o bem; servir de exemplo e melhorar o mundo (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

¹⁴ Responsabilidade social pode ser entendida como uma estratégia social de inserção e desenvolvimento da comunidade, promotora da cidadania, do exercício da consciência ecológica e da capacitação profissional; estratégia de integração social, visando o desenvolvimento da sociedade como um todo e a inclusão social dos beneficiados (MELO NETO; FROES, 2001).

¹⁵ Cidadania é a qualidade ou condição de um indivíduo, como membro de um Estado, usufruir e desempenhar os deveres civis e políticos que lhe são atribuídos (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

Ao se analisar por sexo, os maiores motivadores para o voluntariado foram os sentimentos de filantropia para 90,9% dos homens e 70,4% das mulheres, e a oportunidade de preencher o tempo livre com esse trabalho foi motivador para 31,8% dos homens e 36,2% das mulheres.

Tabela 13 – Distribuição dos idosos voluntários segundo o que o trabalho voluntário lhes proporciona, Porto Alegre, 2007.

Variáveis	Mulheres (n=152)	Homens (n=22)	Total (n=174)
Conseqüência^{a, †}			
Alegria ¹⁶	143 (94,1)	19 (86,4)	162 (93,1)
Amizade	42 (27,6)	05 (22,7)	47 (27,0)
Qualidade de vida	24 (15,8)	03 (13,7)	27 (15,5)
Sentimento de utilidade ¹⁷	19 (12,5)	04 (18,2)	23 (13,2)
Realização	16 (10,5)	05 (22,7)	21 (12,1)
Amor	18 (11,8)	02 (09,1)	20 (11,5)
Ajuda mútua	14 (09,2)	04 (18,2)	18 (10,3)
Conhecimento	18 (11,8)	—	18 (10,3)
Vontade de viver	15 (09,9)	01 (04,5)	16 (09,2)
Saúde	13 (08,5)	01 (04,5)	14 (08,1)
Ocupação	07 (04,6)	03 (13,7)	10 (05,7)
Paz	08 (05,2)	01 (04,5)	09 (05,2)
Outros	39 (25,6)	07 (31,8)	46 (26,4)

^a n (%); [†] múltiplas respostas .

Sobre as conseqüências do trabalho voluntário na vida desses idosos, 162 (93,1%) relataram sentimentos como alegria e 47 (27,0%) a oportunidade de compartilharem amizades.

Dos homens, 86,4% referiram alegria e felicidade e 22,7%, a oportunidade de formação de amizade. Nas mulheres, a porcentagem foi similar, pois 94,1% sentiam alegria e felicidade e 27,6% tinham a oportunidade de formar novos vínculos de amizade.

A categoria “Outros” reúne retornos como: crescimento espiritual, valorização, responsabilidade, compromisso, recompensa, oportunidade para utilizar o próprio talento, exercício mental, lazer, desafio, coragem, esperança, lição de vida, respeito, complemento de vida, humildade, renovação, força, energia, admiração e paciência. Uma pessoa relatou malefícios como preocupação e desgaste.

¹⁶ Alegria engloba sentimentos como satisfação, felicidade, prazer, contento e gratificação (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

¹⁷ Refere-se àquelas pessoas que se sentem úteis com a realização do voluntariado.

6 DISCUSSÃO

A discussão envolvendo as características demográficas, socioeconômicas e a situação de saúde se limitará a abordar os idosos voluntários, visto que algumas dessas variáveis foram pareadas nos INVs e interfere uma nas outras. Esses resultados serão comparados com os achados de estudos envolvendo idosos gaúchos e brasileiros e voluntários de outros países, a fim de se averiguarem analogias e disparidades.

As características socioculturais, os hábitos de saúde, a auto percepção da saúde e os escores de depressão e qualidade de vida serão comparados entre os grupos de IVs e INVs, pois se trata dos objetivos deste estudo.

Esta investigação não permite generalizar os resultados, pois se trabalhou com uma amostra de 174 idosos, os quais estão vinculados à ONG Parceiros Voluntários, vinculada ao empresariado do Estado do Rio Grande do Sul, o que, acredita-se, pode ter influenciado nos resultados das características sociodemográficas dos IVs desse estudo. De igual forma, não se pretende encontrar causas/efeitos do voluntariado, haja vista o delineamento transversal.

6.1 Características demográficas e socioeconômicas

A caracterização demográfica dos IVs deste estudo apresentou alguns achados semelhantes aos do estudo realizado por Silva (2003), na cidade de São Paulo, ou seja: a maioria eram mulheres (87,4%) com idades entre 60 e 69 anos (63,2%). No estudo paulista, a proporção de mulheres idosas foi de 61,4% e a média de idade de $68,1 \pm 6,5$ anos, a mesma ($68,1 \pm 5,9$ anos) observada nos IVs do presente estudo.

No ano 2000, as mulheres correspondiam a 55% da população idosa brasileira, demonstrando o que a literatura chama de feminização da velhice. Essa maior porcentagem de idosas é explicada pela maior sobrevivência que têm, decorrente da menor exposição a riscos ocupacionais, menor taxa de mortalidade por causas externas, diferença de atitudes em

relação à saúde (utilizam com mais regularidade e frequência os serviços de saúde) e pelas maiores taxas de mortalidade masculina (VERAS, 1994; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; SALGADO, 2002; CAMARANO, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006; GRILLO, 2005).

Mesmo sendo a velhice caracterizada pela feminização, encontrou-se discrepância na proporção dos sexos dos IVs, em comparação aos dados da população idosa em geral (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; CAMARANO, 2006). Essa diferença pode ser atribuída à origem do voluntariado no Brasil – onde iniciou e consolidou-se pela atuação de mulheres benemerentes e abastadas financeiramente –, e ao fato de que ao sexo feminino são vinculados os sentimentos de caridade e amor ao próximo, os quais são motivadores para adesão ao voluntariado (DAL RIO, 2004). Além disso, outros estudos apontam a mulher como um membro mais participativo na sociedade em relação aos homens, sendo que a participação masculina, em grupos, raramente ultrapassa os 20% (EIZIRIK, 1997; ANDERSON et al., 1998; SANTOS et al., 2002; TRENTINI, 2004; MORAES; SOUZA, 2005).

Acredita-se que esse maior número de mulheres envolvidas com o voluntariado esteja relacionado às culturas de gênero, tão presentes em nossa sociedade. Nesse pensamento, para as mulheres, fazer o bem pode representar a ocupação com algo além do mundo privado, com utilidade pública e legitimidade social: uma oportunidade para elas se sentirem úteis, o que será visto posteriormente.

Contudo, Fischer, Muller e Cooper (1991), ao analisarem outras pesquisas, relatam que a relação do sexo com o voluntariado não é totalmente clara. Segundo Wilson (2000), nos Estados Unidos, as mulheres dedicam-se mais a essa prática, mas na Europa não acontece o mesmo, pois, em algumas localidades, há mais homens voluntários.

Em estudos mais recentes conduzidos em países com tradição no voluntariado (sobretudo os Estados Unidos) não foi encontrada diferença significativa entre o sexo e essa prática (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003; LUM; LIGHTFOOT, 2005; WU; TANG; YAN, 2005; OKUM; MICHEL, 2006).

No final da década de 90, Landin e Scalon (1999) realizaram a única pesquisa sobre trabalho voluntário, abrangendo todo o território brasileiro com indivíduos de diferentes idades, verificando que não há diferença na variável *sexo*, entre as pessoas que fazem trabalho voluntário. No entanto, o que se sabe é que o gênero está fortemente associado com o tipo de

trabalho voluntário realizado, o que será discutido posteriormente (FISCHER; MULLER; COOPER, 1991, CHOI, 2003).

A elevada proporção de IVs de etnia branca em comparação às outras raças pode ser explicada por questões socioeconômicas. Segundo o IBGE (2000), em toda a história do País, a taxa de escolaridade, o valor da renda e o *status* profissional sempre foram inferiores na população negra, mestiça e parda, no comparativo com a população branca.

Estudos norte-americanos fortalecem essa teoria, demonstrando que as diferenças raciais no voluntariado desaparecem quando são controladas as variáveis *educação, salário, status profissional e condições de moradia* (WILSON, 2000), pois estão diretamente associadas ao envolvimento com o voluntariado.

O alto número de IVs nascidos no interior do Estado do Rio Grande do Sul pode ser explicado pelo êxodo rural, ocorrido entre o final da primeira e início da segunda metade do século XX, época de sua infância. No Rio Grande do Sul, o movimento foi motivado pelo deslocamento da população na busca de emprego e melhores condições de vida nos centros urbanos, provocado pela transformação econômica experimentada pelo Estado na sua atividade agrícola (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Visto que o sexo feminino representou 87,4% da amostra, os dados que mostram a prevalência de IVs sem companheiro (59,0%) vão ao encontro do que revelam pesquisadores que estudam o processo de envelhecimento (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003; PEREIRA et al., 2005; CAMARANO, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006). Como possuem expectativa de vida superior à dos homens, as mulheres têm maiores possibilidades de viverem sozinhas, na velhice, pois se tornam viúvas ou separadas/desquitadas.

Na atual geração de idosas, a viuvez feminina é, também, resultante de normas sociais e culturais ainda predominantes na sociedade brasileira, na qual os homens casam-se com mulheres mais jovens, mesmo no segundo casamento. Para muitas idosas viúvas, a não concretização do segundo casamento deve-se a barreiras sociais – tanto pelas dificuldades em encontrar um parceiro, devido ao número reduzido de homens idosos sem companheira, quanto por preconceitos sociais e/ou familiares, em que essa união, por vezes, não é vista com “bons olhos” (RIO GRANDE DO SUL, 1997; PEREIRA; CURIONI; VERAS; 2003; CAMARANO, 2006; SOUZA, MORAIS; BARTH, 2006).

Os dados concernentes ao estado civil dos IVs diferem do que relatam outros pesquisadores da temática. Para Wilson (2000), pessoas casadas são as que mais procuram o

voluntariado, embora desconheça-se a razão. O autor pressupõe que o cônjuge atue como estimulador/companheiro para a/na realização do trabalho voluntário, semelhante à pesquisa de Fischer, Muller e Cooper (1991), que descreve haver indícios de que as pessoas casadas têm mais probabilidade de serem voluntárias, embora não fundamentem essa asserção. Os autores presumem que os cônjuges facilitem e/ou incentivem as atividades do voluntário, e vão além ao referirem que as pessoas casadas mantêm vínculos com redes sociais mais amplas, o que dá maiores oportunidades de se envolverem com essa prática.

A parcela de IVs morando sozinhos (31,0%) mostrou-se superior a de outras pesquisas. No estudo realizado em Botucatu, São Paulo, as pesquisadoras encontraram 18,9% de idosos morando sozinhos em seu domicílio (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007). Na pesquisa “Os idosos do Rio Grande do Sul”, realizada em 1997, abrangendo 7821 idosos residentes, em zona urbana do Estado, constatou-se 15,5% de idosos vivendo sós (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Souza, Morais e Barth (2006), em investigação com 98 idosos de uma comunidade carente de Porto Alegre, observaram 12,2% de idosos nessa condição. Paz (2004), ao entrevistar 164 idosos, em um hospital da mesma cidade, encontrou índices menores de idosos sozinhos no lar (7,3%).

Se por um lado o fato de viverem sós poderia dificultar a realização de trabalho voluntário devido ao tempo adicional que os indivíduos dispõem para a administração da sua vida cotidiana e das tarefas domésticas, por outro, os mesmos tendem a procurar essa atividade devido à necessidade de relacionamento em grupo e de convívio social (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991; BALDOCK, 1999). Além disso, os voluntários, em geral, são saudáveis, o que possibilita sua autonomia e o morar só.

Pelos dados da literatura internacional, as principais variáveis relacionadas à prática do voluntariado são *escolaridade, renda e status profissional*, apesar de Landin e Scalon (1999) não terem encontrado, em sua pesquisa, um padrão consistente entre essas variáveis e as pessoas que fazem trabalho voluntário no Brasil.

A educação tem demonstrado ser o maior preditor do voluntariado, pois parece estimular a consciência crítica dos voluntários acerca dos problemas sociais e ajuda a construir a autoconfiança e aumentar o espírito cívico (WILSON, 2000). Indivíduos com alta escolaridade têm mais probabilidade de serem voluntários do que os de baixa escolaridade. A educação também afeta o tempo que os idosos doam a esse trabalho: voluntários com Educação Superior tendem a dedicar um número maior de horas mensais do que os

voluntários menos instruídos (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991; WARBURTON et al., 2001; CHOI, 2003).

Corroborando os dados desses autores, este estudo encontrou IVs com alto nível de escolaridade, haja vista a média de $11,5 \pm 5,5$ anos de estudo (equivalente ao Ensino Médio Completo¹), sendo que 36,8% haviam freqüentado a escola treze anos ou mais (proporcional ao segundo ano do Ensino Superior¹⁸).

Associada à escolaridade, a renda dos IVs também se mostrou elevada, pois 50% recebiam três salários mínimos ou mais e 25% recebiam, pelo menos, seis salários. Somente 8,1% não possuíam renda própria.

Inicialmente, a análise das variáveis renda e escolaridade gera surpresa, especialmente se comparada com dados da população (geral) de idosos do Brasil, ainda mais levando-se em conta que a amostra de IVs é preponderantemente feminina. Primeiro, porque divergem de outros estudos realizados com idosos, os quais verificam baixos níveis de escolaridade e renda da população com 60 anos ou mais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; CAMARANO, 2006; SOUZA, MORAIS, BARTH, 2006; BRAGA, LAUTERT, 2004). Segundo, porque se a população idosa em geral (homens e mulheres) apresenta pouca escolaridade e renda insuficiente, em estudos nos quais as mulheres são maioria, os resultados demonstram renda inferior, visto que as atuais idosas são de uma geração em que não era usual ao sexo feminino estudar e trabalhar no mercado formal, já que às mulheres competiam as tarefas domésticas e o cuidado dos filhos. Somam-se a isso as condições sociais e os valores da primeira metade do século XX, os quais não favoreciam o ingresso das pessoas à educação formal. O acesso era difícil e desigual, privilegiando as elites e, nelas, os homens, em detrimento das mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Em contrapartida, essa característica não foi observada neste estudo, pois a maioria dos IVs era do sexo feminino e, mesmo assim, com boa renda. Os dados também revelam que grande parcela (83,8%) possuía alguma responsabilidade econômica no domicílio, indo desde os que eram os únicos ou maiores responsáveis (50,9%) até aqueles que dividiam a responsabilidade com os demais membros da família (32,9%).

Em 2003, aproximadamente 12% dos idosos brasileiros, de ambos os sexos, não tinham renda. Já entre as mulheres idosas, esse percentual foi de 16,7% no mesmo ano, no

¹⁸ Classificação proposta pelo Censo 2000 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

entanto, inferior às 34,3% que não possuíam renda, em 1983. Esse crescimento na proporção de idosas com renda deve-se, sobretudo, ao aumento da cobertura da Seguridade Social, que as beneficiou, especialmente aquelas advindas de zonas rurais (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; CAMARANO, 2006).

Essa característica dos IVs é semelhante à que ocorreu em diversos estudos, mostrando que a renda e a escolaridade são as variáveis mais associadas ao voluntariado. As pessoas com alta escolaridade e maiores recursos financeiros têm mais probabilidade de se tornarem voluntárias, talvez pela consciência coletiva construída que as faz sentirem-se responsáveis por ajudar aos mais necessitados, bem como por apresentarem menor dificuldade nos gastos financeiros associados ao voluntariado. Além disso, entre os voluntários, essas pessoas são as mais ativas e as que dedicam mais tempo a essa atividade (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991; CHAMBRE, 1993; WILSON, 2000; SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003; DAL RIO, 2004; WU; TANG; YAN, 2005; OKUM; MICHEL, 2006).

Acredita-se, assim, que as pessoas melhores situadas social e financeiramente tem maiores oportunidades de criar estratégias de ocupação do tempo livre, ou ainda têm mais tempo livre para se dedicar a tarefas como o trabalho voluntário, haja visto que não necessitam “lutar pela própria sobrevivência”.

Salienta-se que, como no Brasil as gerações mais recentes de idosos são mais instruídas e têm renda superior, há perspectivas de uma porcentagem crescente de voluntários idosos no futuro.

Outra semelhança nos resultados deste estudo com os da literatura nacional e internacional se refere à associação entre idosos voluntários e o tipo de trabalho remunerado que exerceram durante a sua vida, quando os voluntários tendem a ser indivíduos que tinham/têm elevado *status* profissional (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991; CHAMBRE, 1993; WILSON, 2000; DAL RIO, 2004).

Uma considerável parcela dos IVs (28,3%) era composta por indivíduos que, durante a maior parte de suas vidas, haviam trabalhado em funções referentes ao curso de nível superior que concluíram: outros (8,1%) tinham sido funcionários públicos ou militares e 8,7% trabalharam em funções de escritório, ou seja, profissões reconhecidas socialmente. Considerando a supremacia feminina na amostra de IVs, e que essa geração nasceu numa época em que as mulheres eram, sobretudo, donas de casa, é surpreendente o dado que revela

apenas 26,0% de idosos fora da PEA, durante a maior parte de suas vidas, ainda mais que a maioria era advinda do interior do RS, onde predominavam as atividades voltadas para a agropecuária e produção extrativa animal e vegetal, e as pessoas trabalhavam sem vínculo empregatício formal (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

Acredita-se que a relação entre trabalho voluntário e *status* profissional deva-se ao fato de que esses indivíduos, bem prestigiados profissionalmente, tenham estruturado sua identidade no trabalho, e quando aposentados, procuram preservar essa identidade, ainda mais verificando-se que 80,5% dos IVs eram aposentados (a maioria por tempo de serviço ou idade) e que 90,8% não tinha trabalho remunerado no momento da entrevista.

Desta forma, são pessoas que ingressaram no mercado de trabalho e aposentaram-se prematuramente (média de idade da aposentadoria de $54,7 \pm 7,6$ anos). Mas como muitas alicerçaram sua existência nas relações de trabalho, buscam no voluntariado um espaço para engajamento social e *status* profissional, envolvendo-se, por vezes, em tarefas de chefia e liderança para compensar a falta de trabalho remunerado e continuar a exercer as relações do passado.

Portanto, o perfil socioeconômico e demográfico dos IVs entrevistados pode ser sintetizado como: mulheres na faixa etária dos 60 aos 69 anos, brancas, naturais do interior do RS, sem companheiro, tendo cursado o Ensino Médio ou mais, profissionalizadas, aposentadas e com renda mensal que lhes permitia estabilidade financeira.

6.2 Características socioculturais

Até aqui, a discussão restringiu-se a analisar somente os dados dos IVs, visto que algumas variáveis socioeconômicas e demográficas foram pareadas e, portanto, não diferiram no grupo controle (INVs). A partir deste ponto, os resultados dos IVs serão discutidos e associados com os encontrados nos 33 INVs.

Quando questionados sobre a principal forma de ocupar o tempo livre, verifica-se os IVs mais envolvidos em atividades externas ao ambiente do lar, quando confrontados com os INVs. A principal forma de ocupar o tempo livre relatada pelos IVs foi o próprio trabalho

voluntário (55,7%). A comparação com os INVs revelou diferença estatisticamente significativa ($P < 0,001$) nas categorias “trabalho voluntário”, “leitura” e “televisão/rádio”, onde se evidenciou maior porcentagem de INVs nessas duas últimas, com 24,2% e 27,3%, respectivamente, enquanto os IVs apresentaram percentuais de 6,3% e 3,4%.

Os dados encontrados nos INVs assemelham-se ao estudo realizado no RS (RIO GRANDE DO SUL, 1997), pelo qual verificou-se que os idosos realizavam, com maior frequência, atividades individuais, próprias da esfera domiciliar, tais como assistir à televisão, ouvir música ou rádio e realizar atividades manuais (29,3%). Na pesquisa publicada pelo IBGE, em 1998, sobre os padrões de vida da população brasileira, são corroborados esses dados, com a constatação de que o maior componente da ocupação do tempo livre das pessoas é a televisão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1998). O mesmo dado foi encontrado no estudo de Braga e Lautert (2004) com idosos moradores da zona Norte de Porto Alegre.

Os IVs, em contrapartida, buscavam preencher o tempo livre em atividades coletivas, nas quais havia a possibilidade de conviver com outras pessoas, ocupações que envolviam o contato com o público, que incluíam, além do voluntariado, atividades físicas, sociorecreativas, bailes, grupos de convivência e conversa com amigos.

Ambos os grupos possuíam alta prevalência de idosos vinculados a alguma religião (97,1% dos IVs e 100,0% dos INVs) bem como aqueles que se consideravam praticantes (85,7% dos IVs e 72,7% dos INVs), não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

A Religião Católica predominou em ambos os grupos, sem diferença estatisticamente significativa. A diferença significativa ($P = 0,002$) encontra-se na porcentagem da Religião Espírita Kardecista (25,0% dos IVs e 9,1% dos INVs) e da Evangélica (3,6% dos IVs e 21,2% dos INVs).

As pessoas, especialmente as mulheres, quando se tornam idosas, tendem a utilizar mais os recursos religiosos para enfrentamento dos estressores da vida, principalmente empregando meios como oração, fé e confiança em Deus ou em outro ser superior. Com o passar dos anos, os indivíduos desenvolvem formas mais eficientes de utilização desses recursos, resultando em atenuantes de impactos negativos tais como perdas físicas, psicológicas e sociais. Contudo, nem todos idosos são religiosos e não é a idade que os tornará (SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

Segundo Fischer, Mueller e Cooper (1991), as Igrejas servem como promotoras do voluntariado por incentivarem a caridade e a benevolência, especialmente nas áreas de assistência social e educação. Além disso, os valores religiosos também tendem a estimular um sentimento de coesão comunitária e de responsabilidade por outros membros da comunidade. Devido a isso, os mesmos autores relatam que os indivíduos que freqüentam igreja têm maiores probabilidades de fazerem voluntariado do que os não-freqüentadores.

Assim, o trabalho voluntário oferece uma oportunidade para se colocar em prática a doutrina religiosa, por meio de ações de caridade e de ajuda ao próximo. Neste estudo, a porcentagem de IVs que se considerava praticante da religião foi de 85,7%, maior que os 72,7% de INVs que relataram o mesmo hábito, embora sem diferença significativa, talvez pelo número reduzido da amostra de INVs.

No estudo de Souza, Morais e Barth (2006) com idosos de uma comunidade carente de Porto Alegre, 69,6% informaram ter alguma religião, sendo que 65,3% freqüentavam regularmente algum culto religioso.

Na pesquisa de Choi (2003), realizada nos Estados Unidos, 80% dos idosos voluntários reportaram que a religião é muito importante para a sua vida, superior aos 66% de idosos não voluntários com a mesma resposta nesse estudo ($P < 0,001$).

No Brasil, o Catolicismo é a religião professada pela maioria da população, reflexo, principalmente, da influência da cultura jesuítica no período da colonização do País. Pelos dados censitários do IBGE, aproximadamente 74% dos brasileiros declararam-se católicos no ano 2000, sendo que entre as pessoas com 65 anos ou mais esse percentual se elevou para 77,5%. Contudo, nos últimos anos, os Católicos foram os que mais perderam fiéis em número absoluto, sobretudo pela diversidade religiosa que vem ocorrendo no Brasil, com o surgimento de várias religiões, o que a literatura chama de pluralidade religiosa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000; ALMEIDA; MONTEIRO, 2001).

O fato de o Espiritismo ter um maior percentual de fiéis no grupo dos IVs pode estar vinculado aos princípios norteadores dessa religião, onde a caridade é decorrente do próprio compromisso da doutrina. Os Espíritas se envolvem em atividades sociais porque, dessa forma, exercem a caridade, embora essa prática seja, por si só, parte da consequência e adesão ao Espiritismo. Praticar a caridade representa a possibilidade de evolução espiritual, sendo este o meio de se obter a salvação pessoal (GIUMBELLI, 1998; FIGUEIREDO, 2005).

6.3 Hábitos e situação de saúde

Os dados concernentes aos hábitos de saúde investigados neste estudo permitem expressar o bom índice de idosos com hábitos de saúde, em ambos os grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre eles.

Verificou-se que eram poucos os fumantes (7,0% dos IVs e 3,0% dos INVs) e os que utilizavam bebidas alcoólicas regularmente (7,8% nos IVs e 3% nos INVs), principalmente se comparados com dados de outras pesquisas que revelam índices em torno de 14 a 18% para o consumo de fumo e 10% para o de álcool, na velhice (RIO GRANDE DO SUL, 1997; LIMA, 2002; GAZALLE et al., 2004).

Outro aspecto positivo dos grupos em estudo foi a adesão à prática de atividades físicas, visto que a maioria realizava, regularmente, algum tipo dessa atividade (71,3% dos IVs e 66,7% dos INVs), sendo que destes, 50% a praticavam pelo menos duas vezes na semana (em ambos os grupos), diferente do estudo realizado com idosos do RS, no qual a prevalência de sedentários foi elevada, pois 61,49% não mantinham nenhum tipo de atividade física regular (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

As principais atividades físicas mencionadas pelos idosos deste estudo foram: caminhada, ginástica e hidroginástica. Sobressai, também, a sua adesão a modalidades de atividade física recentemente implementadas na cultura brasileira, tais como yoga, pilates e reeducação postural global, reflexo do bom nível socioeconômico desses idosos, pois são de considerável investimento financeiro, não acessíveis a população em geral. Esses dados também revelam particularidades na forma dos IVs gerirem o tempo e conduzirem a saúde, ainda mais em se tratando de um País em que as pessoas despendem horas assistindo à televisão.

Ao estudar mulheres de um Grupo de Convivência de Idosos, na Cidade de Florianópolis, Santa Catarina, alguns autores verificaram que aquelas com atividades físicas mais ativas estão relacionadas com a faixa etária de 65 a 69 anos, estado civil “casada”, origem étnica “européia” e realização de trabalho voluntário. Nesse estudo, das 22 idosas que eram voluntárias, 19 faziam atividade física “mais ativa” e somente 3 realizavam atividade física “menos ativa” (MAZO et al., 2005).

Presume-se que o fato de os idosos de ambos os grupos do estudo em pauta serem praticantes de atividade física deva-se ao bom nível educacional dos mesmos. Mazo et al. (2006), apoiados em diferentes estudos, confirmam que a prática de atividade física se encontra diretamente relacionada com a idade e o nível educacional, sendo que as pessoas com nível educacional alto têm uma correlação mais forte com essa prática.

Sendo assim, na sociedade brasileira, o baixo nível de escolaridade contribui para o reduzido número de idosos praticantes de exercícios físicos (principalmente entre as mulheres), pois a maioria não teve, no período escolar, a oportunidade de vivenciar e de ser estimulado à atividade física. Contudo, esse viés tem sido combatido pelo surgimento e aumento de programas dessa prática como meio de promoção da saúde dos idosos, haja vista os esclarecimentos sobre os seus efeitos no processo de envelhecimento saudável (aumento do tônus e trofismo muscular, ganho de massa óssea, diminuição dos níveis pressóricos, de glicose e colesterol e diminuição do stress, por exemplo) e os benefícios de um estilo de vida ativo ao longo dos anos (ANDERSON et al., 1998; MAZO et al., 2005).

A boa adesão aos hábitos de saúde pelos IVs e INVs é vista não somente pela baixa prevalência de fumantes e consumidores de álcool e da alta parcela dos que desenvolviam alguma atividade física regular, mas também pelos dados que evidenciam a utilização dos serviços de saúde. Quando questionados se haviam consultado com algum profissional de saúde nos seis meses anteriores à pesquisa, 89,6% dos IVs relataram que sim, enquanto nos INVs esse valor foi de 97,0%, não apresentando diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O mesmo ocorreu nos dados referentes à consulta ao ginecologista/urologista no último ano, onde 73,8% dos IVs e 78,1% dos INVs responderam afirmativamente.

Segundo César e Paschoal (2003), o acesso e a utilização dos serviços de saúde pelos idosos é uma questão fundamental quando se analisa a qualidade de vida na velhice, pois o processo de envelhecimento associa-se ao aumento dos riscos de diversas doenças e de eventos mórbidos.

Em vista das características socioeconômicas e demográficas dos idosos desse estudo, o considerável número deles que referiu ter procurado algum serviço de saúde, nos seis meses anteriores à entrevista vai ao encontro do que relatam outros autores (CESAR; PASCHOAL, 2003; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006), quando afirmam que a busca por serviços de saúde está vinculada, sobretudo, aos anos de estudo e ao sexo feminino, pois as mulheres preocupam-se mais com a saúde.

No estudo SABE, realizado no município de São Paulo, observou-se que 79,2% das mulheres procuraram algum serviço de saúde nos quatro meses anteriores à entrevista, enquanto que nos homens esse índice foi de 74,4% (CESAR; PASCHOAL, 2003).

Na pesquisa realizada com freqüentadores do Projeto de Promoção da Saúde, desenvolvida pelo Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Aberta da Terceira Idade, no Rio de Janeiro, os resultados convergem aos achados dos IVs e INVs deste estudo, uma vez que 85% dos idosos responderam afirmativamente quando indagados sobre consulta, nos últimos seis meses (ANDERSON et al., 1998).

Apesar de não ter sido encontrada diferença estatisticamente significativa quanto à presença de patologias ($P=0,182$) e ao número dessas ($P=0,479$) entre os grupos, e mesmo adotando-se algumas medidas para o pareamento dos grupos quanto à saúde física, os dados revelam diferença estatisticamente significativa limítrofe ($P=0,054$) entre o grupo de IVs e o de INVs na autopercepção da saúde, com os primeiros considerando-a ótima (30,5%) em comparação aos INVs (6,1%).

As demais categorias apresentaram distribuição similar entre os grupos: muito boa saúde (27,0% nos IVs e 33,3% nos INVs); boa saúde (31,1% nos IVs e 45,4% nos INVs), regular saúde (10,3% nos IVs e 15,5% nos INVs) e saúde ruim (1,1% nos IVs e 0,0% nos INVs).

Esses resultados condizem com os de estudos conduzidos em outros países, nos quais o voluntariado encontrou-se estreitamente relacionado à melhor satisfação com a saúde e com longevidade (CARO; BASS, 1997; CHOI, 2003; SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003; STESSMAN et al., 2005; WU; TANG; YAN, 2005).

Contudo, com o delineamento deste estudo, não se pode afirmar que o trabalho voluntário é o responsável pela melhor autopercepção da saúde desses IVs.

Na investigação realizada com 838 idosos voluntários e 5627 idosos não-voluntários norte-americanos (CHOI, 2003), os achados assemelharam-se aos do presente estudo, sendo que para os voluntários e para os não-voluntários as respostas para saúde ótima foram, respectivamente, 18,0% e 9,0% ($P<0,001$). No entanto, os resultados das demais classificações foram diferentes das deste estudo, à medida que se encontraram desigualdades significativas entre os grupos (mesmo assim, os voluntários demonstraram melhor percepção da saúde, considerando $P<0,01$).

A pesquisa de Wu, Tang e Yan (2005) com idosos chineses aposentados (328 voluntários e 173 não voluntários) também demonstrou haver relação entre melhor saúde subjetiva e a prática do voluntariado ($P < 0,01$). Este mesmo resultado foi encontrado em investigação realizada com 148 idosos voluntários e 1195 idosos não-voluntários de Israel, onde mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa entre o número de patologias nesses idosos, os que se envolviam em trabalho voluntário relataram melhor saúde subjetiva do que aqueles que não faziam voluntariado ($P < 0,001$) (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003).

Estes achados tornam-se relevantes à medida que a autopercepção da saúde não é mais considerada meramente impressão relacionada às condições reais de saúde. Estudos recentes têm mostrado que os indivíduos que percebem sua saúde como positiva têm riscos de mortalidade consistentemente menor que aqueles que reportam pior estado de saúde (ANDERSON et al., 1998; LEBRÃO; LAURENTI, 2003).

Em Israel, num estudo com delineamento longitudinal, foi constatado que o trabalho voluntário esteve associado com maior longevidade dos indivíduos ($P < 0,001$), confirmando os achados de outras pesquisas (OMAN; THORESEN; McMAHON, 1999; LUM; LIGHTFOOT, 2005; STESSMAN et al., 2005).

No estudo de Moraes e Souza (2005) com idosos porto-alegrenses, os pesquisadores encontraram que a chance de classificar-se como possuidor de um envelhecimento saudável e de uma boa qualidade de vida foi 5,2 vezes maior para os idosos que classificaram sua saúde como boa ou muito boa, em comparação com aqueles que a classificaram como sendo ruim, o que sugere um envelhecimento saudável dos IVs do presente estudo.

Para se conhecer a influência das variáveis independentes sobre a *autopercepção da saúde* dos idosos deste estudo, utilizou-se o modelo de regressão linear múltipla, o qual revelou que as variáveis incluídas (*grupo, anos de estudo, número de patologias e domínios físico e meio ambiente* do Whoqol-bref) explicam 39,1% da variância da *autopercepção da saúde* ($P < 0,001$). Assim, ficou demonstrado que realizar trabalho voluntário ($B = 0,360$; $P = 0,023$) e escore alto de qualidade de vida no *domínio físico* ($B = 0,29$; $P = 0,001$) mantiveram-se diretamente associados com maior *autopercepção da saúde* nesses idosos, enquanto o *número de patologias* ($B = -0,227$; $P = 0,001$) encontrou-se inversamente associado. As outras variáveis não apresentaram contribuição estatisticamente significativa no modelo de regressão.

Tais dados corroboram o relato de pesquisadores que afirmam que o poder, o prestígio, o apoio social, as gratificações pessoais e os múltiplos papéis são fatores que fazem com que o trabalhador voluntário sinta-se mais saudável (MORROW-HOWELL et al., 2003). Além desses, outro aspecto que se relacionou com uma autopercepção positiva da saúde pelos idosos foi um menor número de comorbidades, como se observou no estudo.

Quanto às patologias, 50% dos idosos referiram a presença de duas ou mais, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As mais freqüentes foram a hipertensão (44,8% dos IVs e 57,6% dos INVs), o reumatismo/artrose (36,8% nos IVs e 33,3% nos INVs), a gastrite/úlcera e a osteoporose (ambas com 20,7% nos IVs e 18,2% nos INVs). Esses dados refletem os achados da maioria dos estudos realizados com idosos no Brasil, os quais apontam as doenças crônicas não-transmissíveis (doenças dos aparelhos cardíaco e musculoesquelético, sobretudo) como as mais prevalentes nos idosos (BRASIL, 2002; RAMOS, 2002; BRAGA; LAUTERT, 2004; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005; PEREIRA et al., 2005; CHAIMOWICZ, 2006; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

6.4 Qualidade de vida e depressão

A depressão é uma das doenças que pode levar à perda da qualidade de vida na velhice e precisa ser vista com cuidado pelos profissionais de saúde, já que muitas vezes não é diagnosticada, pois os sintomas são costumeiramente confundidos com processos “normais” do envelhecimento.

Para Cerqueira (2003), a depressão causa grande impacto a seus portadores e cuidadores, revelando, assim, sua importância para a Saúde Pública, tanto no sentido de identificação de casos, quanto no de produzir dados sobre comportamentos que diminuem sua prevalência ou que aumentam o risco.

A maior prevalência de depressão em mulheres tem sido atribuída, em alguns estudos, a questões metodológicas (viés de relato: expressam mais o que sentem), psicopatológicas

(são mais vulneráveis a fatores externos) e sociais (têm menos escolaridade e status profissional) (BEEKMAN; COPELAND; PRINCE, 1999).

Segundo dados da literatura, os transtornos depressivos apresentam significativa prevalência entre idosos brasileiros, acometendo entre 4,8% e 14,6%, onde a maior frequência ocorre em mulheres, pessoas sem companheiro, residindo sozinhas e com pouca escolaridade (CERQUEIRA, 2003; FRANK; RODRIGUES, 2006). Essas características levariam a pensar que os IVs do atual estudo apresentariam alta prevalência de depressão, pois condizem com o perfil sociodemográfico (exceto a pouca escolaridade) em que essa patologia mais incide. Contudo, não foi o verificado.

Utilizando-se o ponto de corte 5/6 na Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), na qual seis ou mais pontos indicam presença de depressão, no estudo encontraram-se 2 (1,2%) IVs e 3 (9,1%) INVs com escore sugestivo de depressão, todos do sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($P=0,030$).

Os dados ainda revelam que o escore da GDS-15 foi menor nos IVs, visto que 50% fizeram até um ponto e somente 25% obtiveram dois pontos ou mais. Nos INVs, 50% atingiram até dois pontos e 25% apresentaram quatro pontos ou mais ($P=0,012$).

No Brasil, Cerqueira (2003), utilizando a GDS-15 em idosos da cidade de São Paulo, encontrou uma prevalência de 18,1% de sintomas depressivos nessa população, sendo maior nas mulheres (22%).

Assim, observa-se que a porcentagem de IVs deprimidos é inferior a dos INVs e, também, aos achados da literatura sobre a prevalência de depressão na população idosa brasileira, que, como mencionado, acomete entre 4,8% e 14,6 da população idosa brasileira (CERQUEIRA, 2003; FRANK; RODRIGUES, 2006).

Em alguns estudos realizados nos Estados Unidos, foram encontrados resultados semelhantes na investigação da depressão em idosos voluntários. Musick e Wilson (2003), em estudo longitudinal, verificaram que o voluntariado diminui os níveis de depressão de pessoas acima de 65 anos, embora não aconteça o mesmo com indivíduos abaixo dessa idade ($P<0,05$).

No estudo longitudinal de Lum e Lightfoot (2005) com idosos americanos, realizado entre os anos de 1993 e 2000, os autores encontraram que os que realizaram cem horas ou mais de trabalho voluntário no último ano apresentaram menor nível de depressão do que aqueles idosos que não realizaram ($P<0,001$). Acompanhando longitudinalmente idosos

israelenses, pesquisadores também verificaram menos sintomas depressivos em voluntários do que em não-voluntários ($P < 0,05$) (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003).

Supõe-se que o fato de os IVs terem apresentado escores menores na GDS-15 seja devido ao aumento da rede social promovida pelo trabalho voluntário e pelos sentimentos advindos com a realização dessa atividade, os quais serão discutidos na última seção deste capítulo.

Borini e Cintra (2002) ao investigarem as representações sociais da participação em atividades de lazer e grupos de idosos salientam que essas e outras atividades de convivência substituem, muitas vezes, o efeito de outras terapêuticas (medicamentos) no combate a doenças, principalmente às emocionais.

Com relação à dimensão qualidade de vida, nesta investigação verificaram-se altos escores entre os IVs – principalmente no que tange aos relacionamentos sociais – indo ao encontro de estudos recentes que associam o voluntariado com bem-estar psicológico e social e alta satisfação pela vida em idosos (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003; WU; TANG; YAN, 2005).

Para alguns autores (BORINI; CINTRA, 2002), as atividades de lazer e grupos de convivência são ferramentas para a promoção da saúde e da qualidade de vida de idosos: são oportunidades que os levam a sentirem-se mais felizes e saudáveis. Acredita-se que o trabalho voluntário proporcione aos idosos os mesmos sentimentos dessas atividades.

Convém aqui ressaltar que não se verificou correlação entre os escores de qualidade de vida e a idade dos idosos, similar a outro estudo que utilizou o Whoqol-bref em idosos (PEREIRA et al., 2006). Por esse motivo, não se utilizou a variável *idade* nos modelos de regressão linear múltipla. Uma possível explicação para a idade não ter influenciado na qualidade de vida pode estar na relativa homogeneidade dessa variável nesses idosos, pois a maioria situava-se na faixa etária de 60 a 69 anos (63,2%) e apenas 5,7% tinham 80 anos ou mais.

Na comparação entre IVs e INVs, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, nos escores dos *domínios físico e meio ambiente* do Whoqol-bref. Atribui-se essa semelhança às medidas adotadas para diminuição dos vieses entre os grupos, onde se buscou entrevistar INVs com características socioeconômicas e condições de saúde física semelhantes aos IVs, conforme critérios para pareamento. Com isso, objetivou-se

investigar INVs semelhantes aos IVs nas características socioeconômicas e evitar a inclusão de INVs onde as limitações físicas os impedissem de realizar trabalho voluntário.

Deste modo, verificou-se, entre os dois grupos, semelhança estatística nas médias do *domínio físico* ($78,3 \pm 14,4$ pontos nos IVs e $75,0 \pm 13,1$ pontos nos INVs) e *meio ambiente* ($75,9 \pm 13,5$ nos IVs e $76,6 \pm 13,6$ nos INVs) do Instrumento Whoqol-bref.

Mesmo não diferindo significativamente, há que se considerar os altos escores nesses dois domínios, principalmente se comparados com resultados de outros estudos em que se utilizou o Whoqol-bref em adultos (envolvendo indivíduos doentes ou sadios) e idosos brasileiros (FLECK et al., 2000; CHACHAMOVICH, 2005; PEREIRA et al., 2006; PASKULIN; MOLZAHN, 2007).

Paskulin e Molzahn (2007) realizaram um estudo transcultural com idosos canadenses e brasileiros (residentes na zona Norte de Porto Alegre). Nesse estudo, os brasileiros apresentaram média de $68,6 \pm 18,3$ pontos no *domínio físico* e $65,1 \pm 16,2$ no *domínio meio ambiente*, valores inferiores aos canadenses ($75,6 \pm 18,7$ e $80,2 \pm 16,2$).

Dessa forma, os IVs do presente estudo apresentaram valores superiores nos *domínios físico e meio ambiente* quando confrontados com os idosos brasileiros do estudo de Paskulin e Molzahn (2007). Na comparação com os idosos canadenses, a média dos escores dos IVs foi 2,7 pontos superior no *domínio físico*, mas, 3,6 pontos inferior no *domínio meio ambiente*.

Verifica-se, assim, que os IVs são pessoas que se percebem sadias fisicamente, o que pode ser um dos motivadores e facilitadores para a realização de trabalho voluntário, e com boa qualidade de vida no *domínio meio ambiente*, se comparados com outros estudos conduzidos no País, possivelmente relacionados com o elevado nível socioeconômico desses IVs.

A razão de terem apresentado escore inferior à dos canadenses, no *domínio meio ambiente*, do estudo de Paskulin e Molzahn (2007), pode ser explicada pelas perguntas específicas desse domínio, as quais abrangem aspectos relacionados à segurança, acesso ao serviço de saúde, meio de transporte e condições de moradia. No Brasil, o processo de envelhecimento da população acontece de maneira acelerada, causando impactos aos serviços públicos, despreparados para suprir as demandas desse perfil demográfico, diferentemente do Canadá, o qual desenvolveu-se e resolveu muitas de suas dificuldades sociais para, então, envelhecer. Deste modo, no Brasil, problemas tais como transporte deficitário, insegurança e dificuldade de acesso aos serviços de saúde, entre outros, são questões a serem resolvidas e

que afetam negativamente a qualidade de vida da população, quando comparada a qualidade de vida de idosos de países desenvolvidos

Os elevados escores dos *domínios físico e meio ambiente* no grupo de IVs podem alçar a hipótese de que os idosos com boa qualidade de vida nesses dois domínios tendem a procurar o trabalho voluntário justamente por essas características. No entanto, convém lembrar que o grupo controle também alcançou escores altos nesses dois domínios e não realizava trabalho voluntário.

Deste modo, destaca-se que para realizar trabalho voluntário, em geral, além de fatores ligados à saúde física e ao ambiente em que vivem, existem algumas motivações e/ou vivências que estimulam essa prática. Contudo, não é possível chegar a esta conclusão com o delineamento deste estudo, pois somente mostra relações e não comprova causa-efeito, nem tampouco se pretende generalizar, pois se reconhece a heterogeneidade das pessoas e suas motivações pessoais.

Nos *domínios psicológico, relações sociais* e na *avaliação global*, encontrou-se diferença estatisticamente significativa na média dos domínios entre os dois grupos, com os IVs apresentando escores mais elevados do que os INVs.

As médias desses dois domínios e da *avaliação global* revelaram-se superiores aos de outros estudos em que foi aplicado o Instrumento Whoqol-bref em adultos e idosos no Brasil e em países desenvolvidos (FLECK et al., 2000; SAUPE et al., 2004; CHACHAMOVICH, 2005; PEREIRA et al., 2006; PASKULIN; MOLZAHN, 2007).

Assim, pode ser que os IVs passem pelas alterações psicossociais do envelhecimento (sobretudo as perdas e trocas de papéis) de maneira mais branda, pois o trabalho voluntário amenizaria os sentimentos negativos advindos da aposentadoria e/ou solidão, o que contribuiria para esses escores de qualidade de vida.

Ao verificar-se a contribuição da variável *grupo* (IVs e INVs) no conjunto das outras variáveis independentes, a análise de regressão linear múltipla demonstrou que o fato de realizar trabalho voluntário apresentou-se estatisticamente significativo no *domínio psicológico* e na *avaliação global* (significância limítrofe), mas não demonstrou a mesma contribuição no domínio *relações sociais*, no qual a *prática de religião*, e os *domínios meio ambiente e físico* foram significativos, seguindo essa ordem de influência..

No *domínio psicológico*, a *prática da religião* mostrou ser a maior influenciadora para os escores nesse domínio (B=4,069), seguida de *sexo* masculino (B=3,751) e de realização de

trabalho voluntário (B=3,693). Somados a essas, altos escores nos *domínios físico e meio ambiente* também mostraram ter influência positiva sobre a qualidade de vida no *domínio psicológico*. Assim, os homens, trabalhadores voluntários, praticantes da religião, com escores altos nos *domínios físico e meio ambiente* foram os que apresentaram maior escore no *domínio psicológico*, independentemente do *número de patologias e anos de estudo*.

Em parte, esses dados corroboram aos achados de especialistas na temática, pois as mulheres tendem a sofrer mais com estressores psicológicos (depressão, luto, ansiedade, tristeza, entre outros) e a religiosidade é essencialmente útil para lidar com traumas e eventos desgastantes da vida. Em contrapartida, os mesmos também revelam que a escolaridade está associada à proteção da saúde mental, divergindo do revelado neste estudo, no qual não se mostrou significativa (DOLL, 2006; FRANK; RODRIGUES, 2006; SOMMERHALDER; GOLDSTEIN, 2006).

Pode-se inferir que altos escores nos *domínios físico e meio ambiente* relacionam-se com uma melhor qualidade de vida psicológica, no sentido que diminuem preocupações quanto a tratamento de doenças, segurança, estabilidade financeira, sono eficiente, condições para o trabalho, meio de transporte e acesso ao serviço de saúde, situações que afetam a saúde psicológica e que contemplam as questões dos dois domínios.

No estudo de Wu, Tang e Yan (2005) com idosos aposentados chineses, as pesquisadoras encontraram relação entre saúde psicológica e trabalho voluntário, escolaridade, independência e saúde física. Contudo, não encontraram influência estatisticamente significativa do sexo na saúde psicológica, diferentemente do que ocorreu neste estudo.

Uma possível explicação para a associação entre trabalho voluntário e altos escores no *domínio psicológico* pode estar no suporte social e nos sentimentos advindos com a realização do voluntariado (alegria, paz, gratificação, utilidade), como mostram alguns estudos (OKUM, 1994; DAL RIO, 2004).

O resultado que evidencia a prática da religião e do voluntariado como influenciadores importantes para um alto escore de *domínio psicológico* converge com os pressupostos da Teoria da Atividade, na qual o bem-estar na velhice estaria atrelado a atividades e aos papéis que os idosos exercem na comunidade, sendo que aqueles que não substituem os papéis sociais, perdidos no transcorrer do envelhecimento, por novos papéis, tendem a sofrer com esse processo (SIQUEIRA, 2002; ELIOPOULOS, 2005).

Seguindo esse pensamento, a ação voluntária estaria associada à Teoria da Atividade porque melhoraria a qualidade de vida dos idosos a partir da realização de diversas atividades, de envolvimento social e da manutenção da autonomia, permitindo que o idosos preservem o sentimento de ser útil e estar ativo (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003).

Contudo, mesmo que os IVs tenham apresentado alta média no *domínio psicológico*, e que uma maior saúde psicológica tenha sido encontrada em outros estudos, o mesmo necessita ser interpretado com cautela, pois somente um estudo longitudinal poderia comprovar o efeito de uma variável sobre a outra.

Salienta-se que a associação entre idosos voluntários e melhor qualidade de vida, nesse domínio, pode estar na própria variável dependente, que pode servir como viés de seleção. Nessa hipótese, pessoas com baixa qualidade de vida psicológica poderiam não realizar trabalho voluntário justamente por sentirem-se deprimidas, limitadas e/ou incapazes para realizar voluntariado.

No *domínio relações sociais*, os dois grupos de idosos apresentaram diferença estatisticamente significativa ($P=0,034$) quando comparadas as médias desse domínio, com maior pontuação para os IVs ($81,4 \pm 14,1$).

Entretanto, no modelo de regressão linear, a variável *grupo* não mostrou ter influência estatisticamente significativa ($P=105$) no conjunto das variáveis independentes analisadas. Pelos dados agrupados, é possível afirmar que ser praticante da religião foi o maior influenciador para o aumento do escore do *domínio relações sociais* ($B=6,200$), sendo que os idosos praticantes da religião e com maior escore nos *domínios físico e meio ambiente* são aqueles que apresentaram melhor pontuação nos relacionamentos sociais.

A participação em cultos religiosos é, para muitos idosos, uma escolha vinculada, também, à necessidade dos indivíduos de sentirem-se acolhidos por grupos de convivência. Alguns autores (NACARATO, 1996; SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006) salientam que a participação de idosos em religiões favorece o bem-estar e a qualidade de vida desses indivíduos, sendo um elemento que minimiza o stress e a depressão, entre outros, além de servir como suporte social e meio de envolvimento interpessoal.

Nesse sentido, Moraes e Souza (2005) verificaram que a espiritualidade, entre outros fatores, mostrou-se como preditora de envelhecimento bem sucedido para as mulheres do estudo.

A influência dos *domínios físico e meio ambiente* sobre o *domínio relações sociais* é explicado por Pereira et al. (2006): é mais provável que um idoso esteja física e socialmente ativo se puder ir ao seu destino com segurança, independência e com acesso ao transporte qualificado. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos, e, portanto, tornam-se dependentes de outros. Dessa forma, ficam mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidades e pior estado físico, o que influencia a qualidade de vida global e social, e dificultaria, então, a realização de trabalho voluntário.

Mesmo não influenciando significativamente o *domínio relações sociais* – quando analisada com outras variáveis independentes –, o voluntariado tem sido associado a uma rede de interações sociais maior e como um promotor desses relacionamentos (OKUM, 1994; CLARY; SNYDER, 1999; OKUM; SCHULTZ, 2003; DAL RIO, 2004), sendo que a oportunidade de convivência e de formar novas amizades é um dos estimuladores e das conseqüências da prática do voluntariado, como será verificado adiante.

Na *avaliação global* da qualidade de vida, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($P=0,031$) de 6,1 pontos a favor dos IVs ($81,1 \pm 14,7$), com média superior a outras investigações que utilizaram o Whoqol-bref (FLECK et al., 2000; TRENTINI, 2004; CHACHAMOVICH, 2005; PEREIRA et al., 2006; PASKULIN; MOLZAHN, 2007).

Em alguns estudos realizados em diferentes países, tem sido relatado que o trabalho voluntário está associado diretamente à maior satisfação pela vida e bem-estar e que um maior envolvimento (em horas) com o voluntariado também está relacionado a esses sentimentos (MORROW-HOWELL et al., 2003; GREENFIELD; MARKS, 2004; WU; TANG; YAN, 2005).

No modelo de regressão, controlando-se as variáveis independentes, observou-se que as variáveis *domínio físico* e o *número de patologias* tiveram contribuição estatisticamente significativa, sendo essa última a maior influenciadora ($B=-1,558$). A variável *grupo* apresentou significância limítrofe ($P=0,072$). Assim, os idosos voluntários, com poucas patologias e com maiores escores no *domínio físico* foram os que apresentaram os maiores escores na *avaliação global* do Whoqol-bref, cujas questões referem-se à saúde. Esses dados corroboram com outros estudos que apontam saúde e independência como um dos principais determinantes na satisfação pela vida (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

A maior contribuição do *domínio físico* na qualidade de vida global dos IVs ressalta a importância de se considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida de idosos (PEREIRA et al., 2006).

Acredita-se que a maior influência das variáveis *domínio físico* e *número de patologias* deva-se a dois motivos: estudos envolvendo o Whoqol-bref demonstram que o *domínio físico* é, entre os quatro, o que possui maior correlação com a *avaliação global* (FLECK et al., 2000; PEREIRA et al., 2006), explicando, assim, sua maior contribuição. A outra razão refere-se à forma simples de análise da *avaliação global*. Seu escore é resultante de duas perguntas abrangentes, sendo que uma é sobre qualidade de vida e a outra sobre satisfação com a saúde. Como verificado, essas duas questões apresentaram correlação negativa com a variável *número de patologias*, sugerindo que para muitos, ainda, a qualidade de vida e a satisfação com a saúde são influenciadas pela ausência/presença de doença.

6.5 Características do trabalho voluntário

Como se observou, os IVs deste estudo são pessoas que ingressaram em atividade de trabalho voluntário quando já adultos, próximos à velhice, sendo que 50% dos 174 IVs assim o fizeram após a aposentadoria (62,1% dos 140 que eram aposentados).

Entretanto, outros estudos demonstram que o voluntariado não é uma atividade nova para alguns idosos e não pode ser explicado somente como um substituto do trabalho remunerado, pois muitos idosos o exerciam em outras fases da vida. Sendo assim, o voluntariado seria ou trataria de um trabalho inerente à forma de o indivíduo compreender a vida (SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003; DAL RIO, 2004).

No estudo em pauta, a razão para esses idosos terem iniciado o voluntariado num período avançado da vida pode ser explicada pela própria história do voluntariado no Brasil, que ganhou crescimento e apoio, sobretudo, na década de 90, diferentemente dos Estados Unidos, onde já está consolidado há mais de três décadas (BALDOCK, 1999).

Os IVs deste estudo são indivíduos que reservam um tempo considerável de suas vidas para o voluntariado, visto que 50% realizavam esta atividade em oito ou mais dias do mês, ou

seja, uma média de pelo menos dois dias por semana. Conforme Freire (2000), a felicidade e a realização pessoal dos idosos depende, entre outras coisas, de quão atuantes e integrados socialmente eles se sentem. Como já mencionado, o maior envolvimento em horas com o voluntariado está relacionado à melhor satisfação com a vida e com bem-estar pessoal (MORROW-HOWELL et al., 2003; SHMOTKIN; BLUMSTEIN; MODAN, 2003).

Apesar de serem em menor número, os homens relataram maior frequência de participação no trabalho voluntário ($P=0,001$), talvez pela característica do tipo de atividade que eles realizavam: 68,1% deles exerciam cargo de presidência e/ou direção ou em atividades vinculadas à administração das ONGs, as quais exigem maior despendimento de tempo. Essa maior frequência com o trabalho voluntário corrobora com Wilson (2000), que em uma revisão bibliográfica sobre o voluntariado verificou que, nas fases jovem e adulto, as mulheres dedicam mais tempo ao voluntariado, enquanto na velhice ocorre o inverso.

O autor (WILSON, 2000) ainda refere que uma das razões para os homens idosos dedicarem mais tempo ao voluntariado deve-se ao maior tempo livre que têm após a aposentadoria, diferentemente das mulheres idosas, as quais continuam com as responsabilidades domésticas, consentindo com o que dizem outros autores (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991).

Segundo autores norte-americanos (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991; WILSON, 2000), o gênero também faz a diferença no tipo de trabalho voluntário realizado pelo idoso: mulheres são mais propensas a atuarem em atividade envolvendo o cuidado com pessoas, principalmente em organizações de saúde e de assistência social, e em tarefas que costumam realizar em casa. Em contrapartida, atuam menos em atividades públicas, políticas ou em posições de liderança, convergindo com o perfil do trabalho voluntário realizado pelas IVs dessa investigação, as quais envolviam-se em atividades como trabalhos manuais (31,6%), conversa, leitura, cuidados e recreação (25%), participação em feiras de roupas e atividades relacionadas à cozinha.

Os homens, por sua vez, tendem a trabalhar voluntariamente em cargos de chefia ou em tarefas que possibilitem a continuidade daquilo que faziam quando trabalhadores remunerados (WILSON, 2000), como verificado nos IVs, onde a maioria concentrou-se em atividades de liderança e/ou administrativas.

Acredita-se que uma das razões para essa diferença no tipo de trabalho voluntário executado e o gênero deva-se à história de vida desses idosos e as culturas de gênero. As

mulheres envolvem-se em atividades ligadas ao cuidado de saúde e a tarefas vinculadas aos afazeres domésticos, pois são de uma geração onde a elas competiam as tarefas do lar e o cuidado com os filhos.

Os homens procuram atividades com prestígio profissional (liderança, direção, atividades profissionais), pois visualizam, no voluntariado, uma forma de continuar realizando a atividade laboral que exercem ou exerciam antes da aposentadoria (FIGUEIREDO, 2005). Dessa forma, homens e mulheres, em geral, realizam no voluntariado aquilo que executaram na maior parte de suas vidas, determinado, esse tipo de trabalho executado, pelas culturas de gênero: mulheres atuam em atividades de cuidado (a cultura do cuidado é fortemente associada ao sexo feminino) e outras tarefas de socialização feminina, enquanto que os homens atuavam em funções com prestígio profissional, condizentes com o perfil de masculinidade.

Dal Rio (2004) sintetiza bem quando descreve que a escolha por um determinado tipo de trabalho voluntário constitui-se em um ato espontâneo vinculado às características pessoais, convicções, preferências, facilidades e formação profissional do indivíduo.

Quando questionados sobre a motivação que os impulsionou ao trabalho voluntário, as respostas foram semelhantes entre os sexos: sentimentos de filantropia, forma de ocupar o tempo livre e atividade que os faz sentirem-se úteis.

Clary e Snyder (1999) identificaram seis principais motivos que servem de impulso para a realização de trabalho voluntário: experiência profissional, auto-eficácia¹⁹, necessidade de proteção, envolvimento social, aprendizado e valores humanitários.

No estudo conduzido nos Estados Unidos adotando os mesmos motivos de Clary e Snyder (1999), foram identificados, conforme avança a idade do indivíduo, que os principais motivadores para o voluntariado são, na ordem: valores humanitários, conhecimento, auto-eficácia, envolvimento social, necessidade de proteção e experiência profissional (OKUM; SCHULTZ, 2003).

Clary e Snyder (1999) ao estudarem o voluntariado em pessoas de diversas faixas etárias, relatam que muitos indivíduos vêm nessa atividade uma forma de adquirirem experiência profissional, visualizando nela a porta de entrada para o mercado de trabalho. Contudo, esse fenômeno não foi observado neste estudo, talvez porque muitos idosos não

¹⁹ Refere-se ao julgamento do indivíduo a respeito de suas capacidades de organizar e realizar ações necessárias para obter determinado desempenho (GOLDSTEIN, 1995).

vislumbrassem mais a oportunidade de trabalharem remuneradamente, possivelmente influenciados pelo preconceito social e pelas taxas de desemprego no País. Os mesmos autores afirmam que a oportunidade de experiência profissional é especialmente importante como motivadora para jovens, e possui pouca relevância para idosos.

Divergindo de outros achados, não se verificou entre os IVs deste estudo, a vontade de adquirir novos conhecimentos como um impulsionador para o voluntariado (CLARY; SNYDER, 1999; OKUM; SCHULTZ, 2003), embora tenha sido relatada como um dos retornos proporcionados por essa atividade (10,3%). No caso dos IVs, o trabalho voluntário pode auxiliá-los a manter-se atualizados num mundo em constante mudança e desenvolvimento tecnológico, especialmente quando há a oportunidade de convívio entre gerações.

Os principais motivadores para os IVs deste estudo foram os valores humanitários, tais como os sentimentos de filantropia, solidariedade e cidadania, além da oportunidade de colocar em prática os pressupostos da religião, mesmo resultado de estudos norte-americanos (OKUM; SCHULTZ, 2003).

Para Dal Rio (2004) a disposição de se doarem em benefício do próximo responde a uma inquietação interior, a uma vontade de construir, a um impulso de realizar, intrínsecos à natureza humana. A solidariedade praticada no voluntariado e a caridade são resultantes, também, das premissas advindas da religião, sendo que esse sentimento de altruísmo reverte no enriquecimento pessoal. Assim, a religião, o espírito de coesão comunitária e o de responsabilidade pelo próximo estão estritamente relacionados com a adesão ao voluntariado (FISCHER; MUELLER; COOPER, 1991). Conforme alguns autores, os idosos vêm no voluntariado uma forma de expressar seus valores altruístas (OKUM; MICHEL, 2006).

Outros motivadores para a prática do voluntariado estão vinculados à auto-eficácia e à proteção, especialmente relacionada à saúde dos indivíduos, pois muitos ingressam e se mantêm no trabalho voluntário para aumentar o bem-estar, desenvolver a autoconfiança, melhorar/manter a saúde e diminuir os aborrecimentos de uma vida monótona (CLARY; SNYDER, 1999). Nesse sentido, este estudo identificou que dos IVs, 37 (24,7%) iniciaram o voluntariado pela necessidade de sentirem-se úteis/ativos, 13 (7,4%) para enfrentarem a perda do cônjuge ou familiar, 12 (6,9%) para tratarem depressão e 11 (6,3%) para melhorarem a saúde.

Esses dados vão ao encontro do que referem alguns autores (MENDES et al., 2005), que realçam a importância do convívio interpessoal, o qual permite a troca de carinho, experiências, idéias, sentimentos, conhecimentos, dúvidas, além de uma troca permanente de afeto. Salientam, ainda, que os idosos, principalmente os aposentados, necessitam estar engajados em atividades que os faça sentirem-se úteis, que lhes proporcionem prazer e felicidade, ajudando a melhorar e tornar mais satisfatória a sua vida. Para Okum e Michel (2006), para os idosos que não trabalham, o voluntariado serve, também, como um mecanismo de lazer.

Destaca-se, ainda, que para 12 IVs o voluntariado foi utilizado como prática terapêutica no tratamento de depressão, da qual 2 ainda apresentavam sintomas sugestivos dessa patologia, conforme a GDS-15. Não se sabe se para os outros 10 idosos o trabalho voluntário tenha auxiliado no tratamento da depressão, contudo, com os achados, abre-se um caminho para futuras pesquisas para averiguar essa atividade como complemento na prática terapêutica, para alguns indivíduos.

Assim, de alguma forma, o trabalho voluntário parece atender aos desejos motivadores desses idosos, haja vista que 93,1% relataram que essa atividade lhes proporcionava alegria e felicidade. Para outros trazia, como retorno, qualidade de vida, sentimento de utilidade, saúde e vontade de viver, entre outros, convergindo com os resultados que demonstraram satisfação pela saúde e altos escores de qualidade de vida nos IVs.

Segundo Borini e Cintra (2002), a felicidade revelada pelos idosos em atividades como essa parece estar vinculada à condição de pertencerem a uma “nova família” que lhes oportuniza compartilhar as incertezas e dificuldades da velhice e conquistar um espaço afetivo. Para as mulheres, a felicidade mostra-se vinculada à sensação de liberdade e autonomia, o “conhecer um novo mundo”, com experiências novas em suas vidas. Aos homens, a felicidade e alegria podem estar atreladas à sensação de utilidade e compromisso, à perspectiva de futuro e à continuidade do trabalho.

Dessa maneira, acredita-se que o trabalho voluntário contribui – assim como outros tipos de grupos de convivência – para motivar os idosos no sentido de valorização da vida, despertando, neles, o desejo e o interesse de desfrutar novas interações sociais e de pensar projetos futuros, atuando, assim, como ferramenta para a promoção da saúde e qualidade de vida (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002). Para alguns IVs, o voluntariado ganha tamanha magnitude que é visto como um dos fatores que proporcionam “vontade de viver”.

Além dos motivadores já citados, há, ainda, aqueles advindos da necessidade do indivíduo de manter-se ativo socialmente, tais como preencher a solidão ou ocupar o tempo livre após a aposentadoria, formar vínculo de amizades com novas pessoas e/ou sair de casa.

As imagens de solidão, falta de atividade e tempo ocioso, por vezes, são formadas a partir de mudanças no cotidiano dos idosos, geradas por rupturas com a esfera ocupacional (aposentadoria) e familiar. Há um período de transição, uma vez que o idoso tinha sua vida alicerçada por atividades ocupacionais da vida adulta e passa a vivenciar um cotidiano desestruturado na velhice (BOTH, 2004).

Nesse sentido, Figueiredo (2005), relata que para alguns, o trabalho voluntário auxilia o idoso a não se reconhecer como aposentado, ocioso ou inativo, pois muitas vezes o mesmo continua em sua atividade profissional por meio do trabalho voluntário.

Quanto à solidão, destaca-se a relevância de se combatê-la na velhice, pois como mostram alguns pesquisadores, a ausência de sensação de solidão nos idosos está relacionada com melhor satisfação com a vida (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Borini e Cintra (2002), no estudo que conduziram com idosos de um grupo de convivência, encontraram que para eles, a rotina dos dias vazios, sem ocupação, era substituída por participação nas atividades do grupo e no encontro com amigos, o que preenchia a solidão e a falta de ocupação. O envolvimento em diversas atividades (quer seja em grupos de convivência, de atividades físicas ou de voluntariado) traz a sensação de responsabilidade por um trabalho. Para os aposentados, representa o retorno à força produtiva e à utilidade social, o que para muitos significa o sentido da vida. Também é a oportunidade de promoção de um crescimento pessoal, construído por meio de compartilhamento de histórias de vida e experiências pessoais. Para os viúvos, permite reconstruir relações de vínculo com outros indivíduos, diminuindo os efeitos da perda do cônjuge.

Dessa maneira, para muitos idosos, o voluntariado propicia uma abertura para a sociedade e para o mundo, ultrapassando o individualismo e o isolamento, fatores presentes no mundo pós-trabalho. É a forma, então, de inserção no espaço público, ampliando a vida para além das relações familiares (DAL RIO, 2004), como observado nas respostas que indicam a amizade e a ocupação como retornos proporcionados por essa atividade.

Assim, independentemente do gênero, o que parece estimular os idosos deste estudo a ingressarem e continuarem no voluntariado é o afeto, o amor, a amizade, o acolhimento, a

manifestação de carinho, o sentimento de realização e a ajuda mútua que recebem ao realizarem essa atividade, o que parece convergir para uma melhor saúde e qualidade de vida.

Dessa forma, acredita-se que para esses idosos, o trabalho voluntário revela-se como uma possibilidade de preenchimento de um mundo vazio, de mudança de um paradigma que os rotula como “velhos” e os exclui socialmente. Representa, assim, a continuidade das relações de trabalho, uma forma de manterem-se ocupados, praticar os preceitos religiosos, continuar ativos socialmente, tratar a depressão e parece servir como um mecanismo que acrescenta qualidade de vida aos anos conquistados.

7 CONCLUSÕES

Este estudo teve por objetivos correlacionar a autopercepção da saúde e os escores de depressão e de qualidade de vida de um grupo de idosos, com o desenvolvimento de trabalho voluntário. Para isso, foi organizado em três capítulos nos quais é apresentado, no primeiro momento, a descrição das características demográficas e socioeconômicas dos idosos que realizam trabalho voluntário e dos idosos do grupo controle, ou seja, que não são voluntários. Na seqüência são apresentadas as condições de saúde autopercebidas e os resultados da avaliação da depressão e da qualidade de vida de idosos, medidos por meio das escalas GDS-15 e Whoqol-bref.

Quanto às características demográficas e socioeconômicas, a técnica para pareamento dos grupos mostrou-se eficaz, pois houve homogeneidade dessas características entre os grupos de IVs e INVs. A maioria dos IVs era do sexo feminino (87,4%), sem companheiro (59,0%), na faixa etária 60 a 69 anos (63,2%), de cor branca (92,0%), naturais do interior do Estado do Rio Grande do Sul (56,9%), com escolaridade equivalente ao Ensino Médio Completo e com renda própria suficiente para se manterem, bem como para auxiliarem nas despesas financeiras do lar, sendo que aproximadamente um terço morava sozinho.

Considerável parte havia trabalhado em empregos com *status* profissional (45,1%), sendo que, no momento da entrevista, grande parte não tinha trabalho remunerado e era aposentada por tempo de serviço, com idade média de aposentadoria aos 56 anos.

No que se refere às atividades sociais, culturais e de lazer, encontrou-se diferença estatisticamente relevante entre IVs e INVs quanto ao principal tipo de atividade realizada para ocupar o tempo livre (IVs ocupavam o tempo com atividades envolvendo a coletividade, como trabalho voluntário e atividades sociorecreativas, enquanto os INVs realizavam atividades como assistir programas de televisão, rádio e leitura). A crença religiosa fazia parte da quase totalidade dos idosos, com o Catolicismo predominando. Houve diferença estatisticamente significativa entre os que eram Espíritas (maior porcentagem nos IVs) e Evangélicos (maior porcentagem nos INVs).

Quanto aos hábitos de saúde, ambos os grupos demonstraram similaridade estatística, com a maioria optando por hábitos promotores da saúde: baixa prevalência de fumantes

(7,0%) e consumidores de álcool (1,8%), adeptos à prática de atividades físicas (71,3%) e aos serviços de saúde (89,6%).

Mesmo não havendo diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos quanto ao número e ao tipo de patologias auto-referidas, os IVs diferiram significativamente dos INVs quanto à autopercepção da saúde como ótima, tendo uma maior porcentagem nos primeiros (30,5%). As variáveis *grupo* (IVs ou INVs), *número de patologias auto-referidas* e *domínio físico* do Whoqol-bref explicaram 39,1% da variância na *autopercepção da saúde*. Quanto aos resultados da GDS-15, os INVs apresentaram maior prevalência de depressão e uma maior pontuação na escala.

Nos *domínios físico e meio ambiente* do Whoqol-bref, não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dados dos grupos, a qual foi atribuída às medidas para pareamento desses grupos.

No *domínio psicológico*, os IVs apresentaram maior escore comparando com os INVs, com significância estatística ($P < 0,05$). As variáveis *ser praticante da religião*, *sexo masculino*, *pertencer ao grupo de IVs*, *domínio físico e meio ambiente* explicaram os 53,3% da variância do escore do *domínio psicológico*.

No *domínio relações sociais*, encontrou-se diferença estatisticamente relevante na média do escore, com os IVs apresentando maior pontuação. Na análise de regressão múltipla, a variável *grupo* (IVs ou INVs) não mostrou contribuição estatisticamente significativa. As variáveis influenciadoras foram: *ser praticante da religião*, *domínio físico e meio ambiente*, as quais explicaram 31,1% da variância do *domínio relações sociais*.

Quanto à *avaliação global* do Whoqol-bref, houve diferença estatisticamente significativa entre as médias dos escores dos dois grupos, com os IVs apresentando maior escore de qualidade de vida. Na análise multivariada, as variáveis *número de patologias* e *domínio físico*, juntamente com a variável *grupo* (IVs ou INVs), demonstraram influência estatisticamente significativa (sendo que essa última apresentou significância limítrofe), explicando os 45,7% da variância da *avaliação global*.

No que se refere às características do trabalho voluntário realizado pelos IVs, os homens doavam mais tempo a essa prática, visto que 50% a realizavam em, pelo menos, quinze dias do mês, enquanto 50% das mulheres o faziam em oito dias ou mais. A média de idade de ingresso no trabalho voluntário foi de $53,8 \pm 14,7$ anos, similar entre os sexos.

Os homens desenvolviam mais atividades administrativas, não-profissionais e de liderança, enquanto as mulheres trabalhavam voluntariamente em atividades manuais, de artesanato e não-profissionais (recreação, conversa, leitura, etc).

Os principais motivadores para o ingresso no voluntariado foram os valores e os sentimentos pessoais, tais como: sentimentos de filantropia, necessidade de ocupar o tempo livre, sentir-se útil e o sentimento de amor ao próximo.

A maioria dos idosos relatou que o trabalho voluntário trazia, como consequência, sentimentos de alegria, amor e realização pessoal, oportunidade de formar novas amizades, melhor qualidade de vida e sentimento de sentir-se útil, além de servir como um mecanismo de ajuda mútua entre quem faz e recebe o voluntariado.

8 RECOMENDAÇÕES²⁰

Os resultados desta dissertação sugerem a atuação do trabalho voluntário como um mecanismo de promoção da saúde e da qualidade de vida destes idosos voluntários. Contudo, com o delineamento transversal, não é possível chegar a esta conclusão. Dessa forma, recomenda-se que se realizem investigações com outras metodologias, como estudos longitudinais e/ou experimentais, acompanhando voluntários ao longo do tempo para testar/avaliar esta hipótese.

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional vem sendo apontado como um dos maiores desafios para as políticas de saúde e sociais, o que tem colocado a necessidade de enfrentar essa nova realidade com estratégias criativas e viáveis, especialmente nos países em desenvolvimento (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002), sobretudo com mecanismos que visem à saúde e ao bem-estar social do idoso.

Acredita-se que para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos, precisa-se ter uma re-orientação sobre a assistência à saúde e sobre o processo de envelhecimento, repensando o foco do serviço de saúde atual para além do provimento de serviços curativos e/ou reabilitadores. É o momento, então, de voltar a atenção para a criação de novos valores, trabalhando, também, a saúde e não somente a doença, aproveitando-se do trabalho interdisciplinar (SILVESTRE; COSTA-NETO, 2003).

Nesse sentido, os profissionais de saúde, aqui se destacando o papel dos enfermeiros, podem dirigir iniciativas voltadas à população idosa, em geral, e não somente aos doentes ou grupos de risco. Dessa maneira, podem estender a assistência para promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos sadios e/ou doentes, propondo alternativas viáveis e inovadoras, tais como o trabalho voluntário, que mantenham a autonomia, a auto-estima e o envolvimento social, dos idosos, o que converge para um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, indo ao encontro das Políticas Públicas de Saúde propostas pela ONU e OMS (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2003; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

²⁰ Parte das recomendações foram extraídas do manuscrito “Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos”, aceito em forma de artigo pela Revista da Escola de Enfermagem da USP, com publicação prevista para 2007. Autores: Luccas Melo de Souza e Liana Lautert.

Para isso, é preciso oferecer oportunidades e programas de apoio para estimular os idosos a participarem de atividades, como o trabalho voluntário, abrindo espaços que possibilitem a prestação desses serviços, inclusive nos hospitais e unidades de saúde, onde o campo de atuação é imenso para esse investimento.

Acredita-se que a promoção do voluntariado vai ao encontro das propostas do envelhecimento ativo, pois atende às metas das Políticas Públicas interdisciplinares de envelhecimento e visa a melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo. Contudo, sabe-se que não é uma tarefa fácil, pois exige tempo, esforço e ousadia dos envolvidos.

Primeiramente, para isso, precisa-se adotar um paradigma que transponha a tendência atual – que julga a velhice como um fardo social – para uma concepção que considere o idoso como participante ativo de uma sociedade com integração social, contribuinte e beneficiário do seu desenvolvimento (LAFIN, 2006).

A crescente adesão das pessoas idosas ao voluntariado tem revelado que essa população, quando incentivada, se engaja em atividades sociais e em diversos trabalhos, independentemente de lucro financeiro (LAFIN, 2006), como verificado no relato de 51% dos idosos pertencentes a um grupo de terceira idade do Rio de Janeiro, os quais responderam afirmativamente, quando questionados sobre o interesse em desenvolver algum trabalho voluntário na comunidade.

Há que se considerar, todavia, as dificuldades encontradas nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Enquanto nos países desenvolvidos os voluntários, em geral, são pessoas com condições de ter suas necessidades básicas satisfeitas (alimentação, segurança, moradia, serviço de saúde e salário, entre outras), nos países em desenvolvimento essas garantias são privilégios de uma pequena parcela da população. Por esse motivo, muitos idosos são obrigados a ter, mesmo quando aposentados, novas funções remuneradas (raras e/ou pouco valorizadas social e financeiramente), com vistas a garantir sua sobrevivência ou completar a renda familiar, criando, com isso, limitações no desenvolvimento e estimulação do trabalho voluntário (LAFIN, 2002).

Características que influem no voluntariado, tais como classe social, experiências pessoais, cultura, escolaridade, filosofia e orientação religiosa, afetam tanto os voluntários dos países desenvolvidos quanto os pertencentes aos países em desenvolvimento, mas as desigualdades sociais típicas desses últimos podem acarretar dificuldades adicionais. Diante

disso, a motivação e a organização do voluntariado pressupõem investimentos maiores nos países em desenvolvimento, pois é necessário, primeiramente, dar respostas às necessidades dos próprios voluntários que, apesar da vontade, algumas vezes possuem grandes carências, por vezes não diferindo da clientela que ajudam a atender (LAFIN, 2002).

Dessa maneira, faz-se necessário mencionar que não se deve impor o voluntariado como uma solução para todas as pessoas. Considera-se esta atividade como uma alternativa viável para alguns idosos e não para todos, pois se admite a heterogeneidade e a diversidade entre as pessoas, que é ainda mais acentuada nos idosos.

Assim, cabe, também, aos enfermeiros, preocupados em promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos, criar estratégias que permitam o envolvimento desses em grupos tais como o trabalho voluntário, o qual acredita-se que promova a independência, autonomia e minimize os efeitos da exclusão social de alguns idosos, pois se considera que essa atividade contribua para um envelhecimento saudável.

Salienta-se que os profissionais de enfermagem podem atuar incentivando e despertando o pensamento crítico dos idosos em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente durante as consultas de enfermagem – considerando a autonomia desses indivíduos. Ao identificar idosos em situação de isolamento social, depressão ou com dificuldade para adaptação à aposentadoria, entre outras situações, o enfermeiro pode propor – levando-se em consideração as particularidades dos indivíduos – o trabalho voluntário como uma das alternativas para a inclusão social e uma opção para o seu tempo livre.

As Instituições Sociais e de Saúde (sobretudo os hospitais) podem favorecer a prática do trabalho voluntário, permitindo o acesso a essa atividade, por meio da criação de espaço físico e ambiente favorável. Para isso, é necessária a parceria entre as Instituições (privadas ou governamentais) e as ONGs voltadas para essa atividade. A experiência profissional permite dizer que, em alguns hospitais, existem iniciativas voltadas ao voluntariado, nos quais é possível a sua atuação auxiliando, tanto às pessoas hospitalizadas, quanto seus familiares. Contudo, ainda não se observa a participação dos enfermeiros nessa ação, quer seja participando diretamente no voluntariado ou incentivando para que os idosos nela atuem.

Sabe-se que o investimento no voluntariado é um desafio aos profissionais de enfermagem, por vezes sobrecarregados por terem que enfrentar as necessidades dos Sistemas de Saúde. Entretanto, é fundamental a superação desses problemas, investindo-se em posturas criativas, inovadoras e diferenciadas, no intuito de encontrar novos horizontes para o

atendimento à população, oferecendo um cuidado que sobrepuja o atendimento às doenças e seus agravos.

Assim, reafirma-se a importância de se estimular (no sentido de despertar o interesse e não de impor condutas) e de se facilitar o acesso dos idosos à realização do trabalho voluntário. A própria OMS ratifica essa afirmativa, realçando que atitudes criadoras de ambientes de apoio e promotoras de opções saudáveis são fundamentais para políticas que almejam fornecer saúde e qualidade de vida aos idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Dessa forma, realça-se que é uma tarefa dos enfermeiros e demais profissionais de saúde, bem como da sociedade, fomentar o prolongamento do período de vida ativa e saudável das pessoas, ao invés de, unicamente, se preocupar em acrescentar anos à vida.

REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.; TORRES, C. V. Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. **Estudos de Psicologia**, v.7, n.especial, p.19-29. 2002.
- ALMEIDA, R. D.; MONTEIRO, P. Trânsito religioso no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v.15, n.3, p.92-101. 2001.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57, n.2, p.421-426. 1999a.
- _____. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validate for the diagnosis of major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.14, n.10, p.858-865, oct. 1999b.
- AMARILHO, C. B. **As implicações da perspectiva de afastamento do trabalho e projeto de vida n discurso do executivo-empresendedor-idoso**. 2005, 100 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- ANDERSON, M. I. P. et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 1, n. 1, 1998. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59281998000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev 2007.
- ASSIS, M.; PACHECO, L. C.; MENEZES, I. S. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 4, n. 7, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar 2007.
- BALDOCK, C. V. Seniors as volunteers: an international perspective on policy. **Ageing and Society**, v.19, p.581-602. 1999.
- BEEKMAN, A. T.; COPELAND, J. R.; PRINCE, M. J. Review of community prevalence of depression in latter life. **British Journal of Psychiatry**, v.174, p.304-306. 1999.

BORINI, M. L. O.; CINTRA, F. A. Representações sociais da participação em atividades de lazer em grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.55, n.5, p.568-574, set/out. 2002.

BOTH, T. L. **Jubilamento**: o interdito de uma vida de trabalho e suas repercussões na velhice. 2004, 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BRAGA, C.; LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.25, n.1, p.44-55, jan. 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução 196/96). **Diário Oficial da União**, 16 out. 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. Serviço de Jurisprudência e Divulgação. Lei Nº 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. **Diário Oficial da União**, 19 fev. 1998. Brasil: Ministério do Trabalho e Emprego, 1998. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal/Legis/Leis/9608_98.htm>. Acesso em: 29 dez. 2005.

_____. **Anuário estatístico de saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://portalsaude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index/cfm>>. Acesso em: 24 out. 2005.

_____. Senado Federal. **Estatuto do idoso**. Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Portaria 2.607, de 10 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da União nº 238**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMARANO, A. A. **O idoso brasileiro no mercado de trabalho**. Texto para discussão nº 830. Rio de Janeiro: IPEA, 2001

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. D. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.58-71.

_____. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.88-105.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p.25-73.

CAMINO, E. H.; SANTOS, M. C. Um trabalho voluntário na comunidade. In: CASTRO, O. P. (Org.). **Envelhecer: um encontro inesperado?** Sapucaia do Sul: Notadez, 2001. p.121-134.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 128-132.

CARLOS, S. A.; HEREDIA, O. C. Envelhecimento e condições de vida dos idosos no sul do Brasil. In: CASTRO, O. P. (Org.). **Envelhecer: revisitando o corpo**. Sapucaia do Sul: Notadez, 2004. p.123-134.

CARO, F. G.; BASS, S. A. Receptivity to volunteering in the immediate postretirement period. **The Journal of Applied Gerontology**, v.16, n.4, p.427-441, dec. 1997.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. O. (Org.). **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p.143-162.

CERQUEIRA, A. T. A.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde do idoso. **Psicologia USP**, v. 13, n.1, p.133-150, jan. 2002.

CESAR, C. L. G.; PASCHOAL, S. M. P. Uso dos serviços de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. O. (Org.). **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p.227-237.

CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo Whoqol-old e teste do desempenho do instrumento Whoqol-bref em uma amostra de idosos brasileiros**. 2005, 197 f. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.184-200. 1997.

_____. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.106-130.

CHAMBRE, S. M. Volunteerism by elders: past trends and future prospects. **The Gerontologist**, v.33, p.221-228. 1993.

CHOI, L. H. Factors affecting volunteerism among older adults. **The Journal of Applied Gerontology**, v.22, n.2, p.179-196, jun. 2003.

CLARY, E. G.; SNYDER, M. The motivations to volunteer: theoretical and practical considerations. **Current Directions in Psychological Science**, v.8, n.5, p.156-159, oct. 1999.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental e trabalho**. 2^a ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p.193-208.

CONCATO, J.; FEINSTEIN, A. R.; HOSFORD, T. R. Analyzing multiple variables: reporting regression analyses. In: LANG, T. A.; SECIC, M. (Org.). **How to report statistics in medicine**. Philadelphia: American College of Physicians, 1997. p.105-126.

COSTA, M. A. M. Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In: COSTA, M. A. M. (Org.). **O idoso: problemas e realidades**. Coimbra: Formasu, 1999. p.7-22.

DAL RIO, M. C. **O trabalho voluntário: uma questão contemporânea e um espaço para o aposentado**. São Paulo: Senac, 2004.

DOLL, J. Luto e viuvez na velhice. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1339-1352.

DUARTE, Y. A. O.; CIANCIARULLO, T. I. Idoso, família e saúde na família. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Rhohe, 2002. p.231-267.

EIZIRIK, C. L. **Rede social, estado mental e contratransferência: estudo de uma amostra de velhos da região urbana de Porto Alegre**. 1997, 173 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

EL CORAZÓN DE MADRID. Área de Servicios Sociales. **Programa de atención a las personas mayores**. Madrid: Área de Servicios Sociales, 2002.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FIGUEIREDO, N. C. M. **Interfaces do trabalho voluntário na aposentadoria**. 2005, 170 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FISCHER, L. R.; MUELLER, D. P.; COOPER, P. W. Older volunteers: a discussion of the Minnesota Senior Study. **The Gerontologist**, v.31, n.2, p.183-194. 1991.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, v.34, n.2, p.178-183, abr. 2000.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003.

FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.376-387.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem sucedido e bem estar psicológico. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000. p.21-31.

FRIAS, S. R. Aposentadoria, tempo livre, lazer e a descoberta do trabalho voluntário. In: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: alternativas para um sociedade em transição**. Rio de Janeiro: UNATI, 1999. p.183-189.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.365-371. 2004.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.759-771, mai. 2003.

GIUMBELLI, E. Caridade, assistência social, política e cidadania: práticas e reflexões no espiritismo. In: LANDIN, L. (Org). **Ações em caridade: militância, caridade, assistência, etc**. Rio de Janeiro: NAU, 1998. p.123-171.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2ª ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GOLDSTEIN, L. L. Stress e coping na vida adulta e na velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. p.145-194.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado na enfermagem gerontológica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.756-761.

GREENFIELD, E. A.; MARKS, N. F. Formal volunteering as a protective factor for older adults' psychological well-being. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v.59B, n.5, p.558-564. 2004.

GRILLO, M. F. F. **Caracterização e práticas de autocuidado de pessoas com diabetes melito tipo 2 de uma unidade básica de saúde**. 2005, 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

HULLEY, S. B.; MARTIN, J. N.; CUMMINGS, S. R. Planejando as medições: precisão e acurácia. In: HULLEY, S. B.; et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 55-68.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão 1.0. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 1980**. Rio de Janeiro: IBGE, 1981.

_____. **Pesquisa sobre padrões de vida**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

_____. **Censo demográfico 2000: características gerais da população - resultado da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2003**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004b.

_____. **Tendências demográficas: uma análise dos resultados da amostra do censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2004a.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p.131-138, jan. 2007.

KALACHE, A. Editoriais. **Bulletin of the World Health Organization** v.77, n.4, p.299. 1999.

LAFIN, S. H. F. As instituições comunitárias e o voluntariado idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 1048-1050.

LAFIN, S. H. F.; SOUZA, S. R.; BARBOSA, C. Trabalho voluntário. In: FREITAS, E. V. D. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1420-1423.

LANDIN, L.; SCALON, M. C. **Doações e trabalho voluntário no Brasil: uma pesquisa**. Rio de Janeiro: Sete Letras, 1999.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Condições de saúde. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. O. (Org.). **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. p.75-91.

LEITE, J. L. et al. A enfermagem diante da exclusão social. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p.197-253.

LIMA, A. F. B. S. **Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool**. 2002, 90 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LUM, Y. T.; LIGHTFOOT, E. The effects of volunteering on the psysical and mental health of older people. **Research on Aging**, v.27, n.1, p.31-55, jan. 2005.

MAZO, G. Z. et al. Nível de atividade física, condições de saúde e características sócio-demográficas de mulheres idosas brasileiras. **Revista Portuguesa de Ciências Desportos**, v.5, n.2, p.202-212. 2005.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.4, p.422-428. 2005.

MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAES, J. F. D.; SOUZA, V. B. A. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27, n.4, p.302-308. 2005.

MORROW-HOWELL, N. et al. Effects of volunteering on the well-being of older adults. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v.58B, n.3, p.137-145. 2003.

MUNRO, B. H. Regression. In: MUNRO, B. H. (Org.). **Statistical methods for health care research**. 4^a ed. Philadelphia: Lippincott, 2000. p.245-270.

MUSICK, M.; WILSON, J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. **Social Science and Medicine**, v. 26, p.259-269. 2003.

NACARATO, A. E. C. B. Stress no idoso: efeitos diferenciais da ocupação profissional. In: LIPP, M. (Org.). **Pesquisas sobre stress no Brasil**: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996. p.275-296.

NERI, A. L. Velhice e qualidade de vida na mulher. In: NERI, A. L. (Org.). **Desenvolvimento e envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001. p.161-200.

NEVES, M. Y.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo em construção. In: ARAÚJO, A. et al (Org). **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.19-49.

NUNES, A. T. G. L. Serviço social e universidade de terceira idade: uma proposta de participação social e cidadania para os idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 3, n. 5, 2001. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282001000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul 2005.

OKUM, M. A. The relation between motives for organizational volunteering and frequency of volunteering by elders. **The Journal of Applied Gerontology**, v.13, n.2, p.115-126, jun. 1994.

OKUM, M. A.; SCHULTZ, A. Age and motives for volunteering: testing hypotheses derived from Socioemotional Selectivity Theory. **Psychology and Aging**, v.18, n.2, p.231-239. 2003.

OKUM, M. A.; MICHEL, J. Sense of community and being a volunteer among the young-old. **The Journal of Applied Gerontology**, v.25, n.2, p.173-188, apr. 2006.

OMAN, D. C.; THORESEN, E. X.; MCMAHON, K. Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. **Journal of Health Psychology**, v.4, n.3, p.301-316. 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação Internacional para o envelhecimento, 2002**. Trad. Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL) 1998**. Porto Alegre: Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>>. Acesso em: 17 ago. 2005.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.7, n.1, p.60-67, jan. 2000.

PAIM, P. Vida nova para os idosos. In: RIO GRANDE DO SUL. Assembléia Legislativa. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos. **Relatório Azul 2004: garantias e violações dos direitos humanos - 10 anos**. Porto Alegre: CORAG, 2004. p. 322-329.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. Histórico e natureza do estudo. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. D. O. (Org.). **SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo - uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS, 2003. p.13-32.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-923, dez. 2005.

PARCEIROS VOLUNTÁRIOS. **Relatório anual 2006**. Porto Alegre: Parceiros Voluntários, 2006.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1, 2002. p.79-84.

PASKULIN, L. M. G.; MOLZAHN, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **Western Journal of Nursing Research**, v.29, n.1, p.10-26, feb. 2007.

PAZ, A. A. **Características de pessoas idosas em condições de alta hospitalar associadas à rehospitalização**. 2004, 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PENNER, L. A. Dispositional and organizational influences on sustaine volunteerism: an interactionist perspective. **Journal of Social Issues**, v.58, n.3, p.447-467. 2002.

PEREIRA, R. J. et al. Características demográficas e socioeconômicas da população idosa brasileira. **O Mundo da Saúde**, v.29, n.4, p.585-593, out/dez. 2005.

_____. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de Psiquiatria RS**, v.28, n.1, p.27-38. 2006.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-78.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Estadual do Idoso. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida**. Porto Alegre: CEI, 1997.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.186-191.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48. 2003.

SALAS JUNIOR, A. R.; GAGO, J. G.; MOSCA, W. La salud y el bienestar de los adultos mayores. In: BRICENÕ-LEÓN, R.; MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.337-345.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, v.4, p.7-19. 2002.

SANTOS, S. S. C. **Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa**. São Paulo: Rhobe, 2001.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.10, n.6, p.757-764, nov/dez. 2002.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.4, p.636-642, jul/ago. 2004.

SHMOTKIN, D.; BLUMSTEIN, T.; MODAN, B. Beyond keeping active: concomitants of being a volunteer in old-old age. **Psychology and Aging**, v.18, n.3, p.602-607. 2003.

SILVA, H. A. B. D. **O voluntariado entre idosos no município de São Paulo**. 2003, 175 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 839-847, mai./jun. 2003.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.47-57.

SOMMERHALDER, C.; GOLDSTEIN, L. L. O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: FREITAS, E. V. et al (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1307-1315.

SOUSA, A. I. **Envelhecimento, estratégia de saúde e qualidade de vida em uma vila popular do município de Porto Alegre**. 2002. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Socioeconomic and demographic features and the health condition of elderly people from a Family Health Program in Porto

Alegre, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.6, p.901-906, nov/dez. 2006.

STESSMAN, J. et al. Strategies to enhance longevity and independent function: the Jerusalem Longitudinal Study. **Mechanisms of Ageing and development**, v.126, p.327-331, oct. 2005.

SZTOMPKA, P. **A sociologia da mudança social**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

TRENTINI, C. M. **Qualidade de vida em idosos**. 2004, 224 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0102-79721999000200015>. Acesso em: 20 fev 2007.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê Duramá, 1994.

_____. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: NETTO, M. P. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.383-393.

WAGNER, M. B.; MOTTA, V. T.; DORNELLES, C. **SPSS passo a passo: statistical package for the social sciences**. Caxias do Sul: EducS, 2004.

WARBURTON, J. et al. Differences between older volunteers and nonvolunteers: attitudinal, normative and control beliefs. **Research on Aging**, v.23, n.5, p.586-605, sep. 2001.

WILSON, J. Volunteering. **Annual Reviews of Sociology**, v.26, p.215-240. 2000.

WU, A. M. S.; TANG, C. S. K.; YAN, E. C. W. Post-retirement voluntary work and psychological functioning among older Chinese in Hong Kong. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.20, p.27-45. 2005.

XAVIER, J. Viver mais e melhor. **RADIS: comunicação em saúde**, v.17, p.8-9, jan. 2004.

ZUCCHETTI, D. T. O trabalho como conceito, valor e formação. **Prâxis: Revista do ICHLA**, v.1, p.9-14, jan. 2005.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo(a) a participar do nosso estudo que tem o nome de: **Saúde e qualidade de vida em idosos que realizam trabalho voluntário**. O objetivo desse estudo é identificar as características de pessoas idosas que realizam trabalho voluntário, verificar suas condições de saúde e qualidade de vida, fazendo uma comparação com idosos que não fazem trabalho voluntário.

Faremos uma entrevista com o(a) senhor (a), e todas as informações obtidas neste estudo serão publicadas com finalidade científica. Seus dados de identificação serão mantidos em segredo.

Será garantida resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa. O(a) Sr(a) poderá desistir do estudo a qualquer momento, e isso não lhe trará prejuízo ou penalidade.

Eu _____, declaro ter lido, ou me foi lido, as informações acima escritas e concordo em participar do estudo. Fui informado(a) de maneira clara e detalhada sobre o objetivo e sobre as formas que participarei desse estudo.

Os pesquisadores responsáveis por este trabalho são: o enfermeiro Luccas Melo de Souza (Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e sua orientadora, a Prof^a Dr^a Liana Lautert.

Telefone para contato: 3319-2147 / 9627-5679

Data: ___/___/2006.

Assinatura do participante: _____

Enf^o. Luccas Melo de Souza

Prof^a Dr^a Liana Lautert

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS²¹

Número do formulário __ __ __	Pesquisador __ __	Data __/__/____
--------------------------------	--------------------	-----------------

Nome do Idoso _____

Antes de começar, gostaria de lembrar que esta entrevista é voluntária. Se houver alguma pergunta que lhe incomode e o(a) Sr(a) não desejar responder, simplesmente me avise e seguirei para a pergunta seguinte.

<p style="text-align: center;">A. SOMENTE PARA IDOSOS NÃO-VOLUNTÁRIOS</p> <p>A.1 O(a) Senhor(a) sente-se com condições físicas para realizar trabalho voluntário? (Caso a resposta for (2) Não, interromper a entrevista)</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim (2) Não (99) Não se aplica (nos idosos voluntários)</p>	ANAOVOL_____
<p style="text-align: center;">B. DADOS GERAIS DO IDOSO</p> <p>B.2 Nascimento:</p> <p>Município:_____ Estado:_____ País:_____</p> <p>B.3 Sexo:</p> <p>(1) Masculino (2) Feminino</p> <p>B.4 Etnia auto-referida</p> <p>(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Mestiça (6) Mulata () Outra _____</p> <p>B.5 Atual estado civil</p> <p>(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) Desquitado(a)/Separado(a) (88) Não respondeu</p> <p>B.6 Idade: [____] (em anos completos) Data de nascimento: __/__/____</p> <p>(1) 60-64 anos (2) 65-70 anos (3) 71-74 anos (4) 75-80 anos (5) 81-84 anos (6) 85-90 anos (7) 91 ou mais anos</p>	BMUNIC_____ BESTADO_____ BPAIS_____ BSEXO_____ BETNIA_____ BESTCIV_____ BIDADE_____ BDTNASC__/__/__ BIDAD2_____

²¹ Embasado no estudo Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida (RIO GRANDE DO SUL, 1997).

<p>D. 15 Qual o motivo de sua aposentadoria?</p> <p>(1) Tempo de serviço (2) Idade (3) Problemas de saúde () Outros _____ (99) Não se aposentou (88) Não respondeu</p>	<p>DMOTIV _____</p>
E. RENDA	
<p>E.16 Qual a sua última renda mensal em salários mínimos? [_____ salários mínimos]</p> <p>(0) Não tem renda própria (88) Não respondeu</p>	<p>ERENDA _____</p>
<p>E.17 Qual sua participação econômica no núcleo familiar?</p> <p>(1) Único responsável (2) Maior responsável (3) Divide responsabilidades (4) Mora sozinho (0) Sem participação (88) Não respondeu</p>	<p>EPARTIC _____</p>
F. ASPECTOS SÓCIO-CULTURAIS	
<p>F.18 Como o(a) senhor(a) ocupa seu tempo livre? (escolha múltipla – até 03) Marcar com números de 1 a 3, conforme ordem crescente de importância</p> <p>(1) Trabalho voluntário (2) Lê (jornais, revistas e livros) (3) Assiste televisão, ouve rádio (4) Conversa com amigos (5) Participa de atividades sócio-recreativas (bailes, etc) (6) Faz trabalhos manuais (crochê, tricô, etc) (7) Realiza atividades físicas () Outros _____ (88) Não respondeu</p>	<p>FTEMPLIV _____</p>
<p>F.19 Qual a sua religião? (escolha múltipla)</p> <p>(1) Católica (romana, ortodoxa e brasileira) (2) Evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras) (3) Espírita (kardecista) (4) Judaica (israelita) (5) Afro-brasileira (umbanda, candomblé) () Outra _____ (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc..) (0) Nenhuma (88) Não respondeu</p>	<p>FRELIG _____</p>
<p>F.20 É praticante de sua religião?</p> <p>(1) Sim (2) Não (99) Não possui religião</p>	<p>FPRATRE _____</p>
G. FUMO E ALCOOL	
<p>G.21 Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou outra pessoa comentou ou sugeriu que o(a) Sr(a) estava bebendo demasiadamente?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	<p>GALCOOL</p>
<p>G.22 O(a) Sr(a) tem o hábito de fumar?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	<p>GFUMO</p>

H. SAÚDE	
<p>H.23 Em geral, diria que sua saúde é:</p> <p>(5) Ótima (4) Muito boa (3) Boa (2) Regular (1) Má (88) Não respondeu</p>	HSAUDE_____
<p>H.24 O(a) Sr (a) consultou o serviço de saúde nos últimos seis meses?</p> <p>(1) Sim (2) Não (77) Não sabe/Não lembra (88) Não respondeu</p>	HCONSUL_____
<p>H.25 No último ano, internou em algum hospital?</p> <p>() Sim. Quantas vezes? [_____ vezes] (0) Não (77) Não sabe/Não lembra (88) Não respondeu</p>	HINTERN_____
<p>H.26 Nos últimos três meses, tem praticado ou praticou algum tipo de atividade física regular?</p> <p>() Sim. Quantas vezes/semana? [_____] (0) Não praticou (88) Não respondeu</p>	HATVFIS_____
<p>H.27 Qual a atividade física realizada?</p> <p>(1) Caminhar (2) Pedalar (bicicleta) (3) Nadar (4) Fazer ginástica () Outra _____ (99) Não praticou atividade (88) Não respondeu</p>	HQATVFI_____
<p>H.28 Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de reumatismo nas articulações ou artrose em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	HREUMAT_____
<p>H.29 Nos últimos seis meses, o(a) Sr(a) fez tratamento para pressão alta?</p> <p>(1) Sim (2) Não fez tratamento/não tem pressão alta (88) Não respondeu</p>	HTTOPA_____
<p>H.30 Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de coração (angina, isquemia, infarto) em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	HCORAÇ_____
<p>H.31 Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de diabetes (açúcar no sangue) em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	HDIABET_____
<p>H.32 Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de derrame, embolia, isquemia ou trombose cerebral em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	HAVC_____
<p>H.33 Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de gastrite ou úlcera em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p>	HGASTR_____

<p>H.34 (Para mulheres) A senhora consultou com ginecologista no último ano? (Para Homens) O senhor consultou com urologista no último ano?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p> <p>H.35 Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de osteoporose (enfraquecimento dos ossos) em tratamento?</p> <p>(1) Sim (2) Não (88) Não respondeu</p> <p>H.36 Nos últimos seis meses, tem ou teve algum outro problema de saúde em tratamento? ESPECIFICAR: _____</p> <p>(99) Não (88) Não respondeu</p>	<p>HGINECO_____</p> <p>HOSTEOP_____</p> <p>HQPROB_____</p> <p>HPROBLE_____</p>
<p>I. VOLUNTARIADO (Somente para Idosos Voluntários)</p>	
<p>I. 37 Qual(is) o(os) tipo(s) de trabalho voluntário que o(a) Sr(a) realiza?</p> <p>_____</p>	<p>ITIPOVL</p>
<p>I.38 Com que idade o(a) senhor(a) começou a realizar atividade de trabalho voluntário?</p> <p>_____ anos</p>	<p>IIDAVOL_____</p>
<p>I.39 Com que frequência o(a) senhor(a) realiza atividade de trabalho voluntário?</p> <p>_____ dia(s) por mês</p>	<p>IFRQVOL_____</p>
<p>I.40 Cite até 5 palavras ou 5 frases curtas que digam o(s) motivo(s) que o levou/levaram a realizar trabalho voluntário:</p>	<p>IMTVOL1_____</p> <p>IMTVOL2_____</p> <p>IMTVOL3_____</p> <p>IMTVOL4_____</p> <p>IMTVOL5_____</p>
<p>I.41 Cite até 5 palavras que digam o que o trabalho voluntário proporciona à sua vida:</p>	<p>ISIGN1_____</p> <p>ISIGN2_____</p> <p>ISIGN3_____</p> <p>ISIGN4_____</p> <p>ISIGN5_____</p>

APÊNDICE C – MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Saúde e qualidade de vida em idosos que realizam trabalho voluntário

Este manual foi elaborado com a finalidade de uniformizar a coleta e preenchimento do instrumento de coleta de dados desta pesquisa. O mesmo traz algumas maneiras de como realizar as perguntas para os idosos, bem como instruções de como preencher as respostas do instrumento de coleta de dados. O instrumento deve ser preenchido a caneta, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

CABEÇALHO

Número do Questionário

Como preencher: Item pré-estabelecido. Preenchido pelo pesquisador responsável.

Pesquisador

Como preencher: Colocar o número do pesquisador que realizar a entrevista, o qual será previamente estabelecido.

Data

Como preencher: Anotar a data correspondente ao dia em que está sendo realizada a entrevista. Deve ser preenchido no formato dia/mês/ano.

Nome do idoso

Como preencher: Escrever o nome do idoso em letra legível. Não é preciso preencher, necessariamente, o nome completo.

SEÇÃO A

A.1

Atenção: Esta pergunta só deve ser realizada para os idosos não-voluntários. No caso do entrevistado ser voluntário, preencher o item (99) e seguir para a seção B.

Como perguntar: Perguntar exatamente como está formulada a pergunta. Em caso de dúvida, o termo “em condições físicas” pode ser substituído por “com saúde física” ou “com força”.

Como preencher: Marcar (1) ou (2). **Não utilizar outros sinônimos.**

Atenção: Se a resposta for (2) **Não**, deve-se encerrar a entrevista e agradecer ao idoso pela atenção. A seguir, deve-se procurar outro idoso não voluntário que resida próximo ao idoso voluntário de referência, a fim de se tentar realizar a entrevista.

SEÇÃO B

B.2

Como perguntar: Qual a cidade onde o(a) Sr(a) nasceu? Qual o Estado onde o(a) Sr(a) nasceu? Qual o país onde o(a) Sr(a) nasceu?

Como preencher: Escrever por extenso em letra legível.

B.3

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

B.4

Como perguntar: Qual a cor da sua pele?/Qual a sua etnia?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

Atenção: Deixar para que o idoso refira/classifique a sua etnia (não preencher conforme a opinião/observação do pesquisador).

B.5

Como perguntar: Atualmente, você é casado(a) ou tem companheira(o)?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no questionário.

B.6

Como perguntar: Quantos anos o(a) Sr(a) tem?/ Qual a sua idade?/ Qual a data de seu nascimento?/Em que dia o(a) Sr(a) nasceu?

Como preencher: Entre os colchetes, colocar a idade em anos completos. Em seguida, completar com a data de nascimento no formato dia/mês/ano. OBS: não esquecer de assinalar, também, a idade conforme as opções.

B.7

Como perguntar: Quantos anos o(a) Sr(a) estudou?/Qual a sua escolaridade?/ Quantos anos o(a) Sr(a) frequentou a escola? Até que série o(a) Sr(a) estudou?

Como preencher: Entre colchetes deve ser preenchido em anos estudados. A seguir, marcar opção conforme o grau de escolaridade.

SEÇÃO C**C.8**

Como perguntar: Atualmente, o(s) Sr(a) mora com quem?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

C.9

Como perguntar: Quantas pessoas residem na sua moradia?/Quantas pessoas moram no local onde o(a) Sr(a) reside?

Como preencher: Entre colchetes deve ser preenchido o número correspondente à resposta do idoso.

Atenção: Incluir o idoso entrevistado na resposta (logo a resposta nunca será zero).

C.10

Como perguntar: Como são suas relações familiares? (em seguida ler as opções de resposta)/Suas relações familiares são insatisfatórias, satisfatórias ou o(a) Sr(a) não mantém relações familiares?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

SEÇÃO D**D.11**

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Durante a maior parte da sua vida, o(a) Sr(a) trabalhou em que? Qual foi a sua profissão durante o maior tempo de sua vida?

Como preencher: Escrever por extenso a profissão referida. Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento. Caso haja dúvida para enquadrar a resposta ou se a mesma não contemplar uma das opções, escrever por extenso na opção () **Outros**.

D.12

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

D.13

Como perguntar: Atualmente o(a) Sr(a) está aposentado? O(a) Sr(a) é aposentado(a)?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento. Se resposta for (2) **Não**, pule para a pergunta **E.15** (não esquecer de marcar a opção (99) **Não se aposentou** nas perguntas **D.13** e **D.14**).

D.14 (Somente para idosos aposentados)

Como perguntar: Quantos anos o(a) Sr(a) tinha quando se aposentou?

Como preencher: Entre colchetes deve ser preenchido com o número correspondente a idade informada. Caso não lembre ou não queira responder, marcar opção correspondente no instrumento.

D.15 (Somente para idosos aposentados)

Como perguntar: Por qual motivo o(s) Sr(a) se aposentou?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento. Caso haja dúvida para enquadrar a resposta ou se a mesma não contemplar uma das opções, escrever por extenso na opção () **Outros**.

SEÇÃO E**E. 16**

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Quanto foi seu último salário?

Como preencher: Colocar em algarismos a quantidade de salários mínimos que o idoso recebe, considerando o salário mínimo atual (R\$ 350,00). **Só considere a renda do idoso entrevistado** (considerar aposentadoria, pensão, renda do trabalho, outros benefícios, etc).

E.17

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Com relação à manutenção econômica da casa, o(a) Sr(a) é: (ler opções de resposta).

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

SEÇÃO F**F.18**

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/Quais são suas atividades de recreação/lazer?

Como preencher: Marcar respostas conforme opções no instrumento. Caso haja dúvida para enquadrar a resposta ou se a mesma não contemplar uma das opções, escrever por extenso na opção () **Outros**.

Atenção: Resposta de escolha múltipla (até três opções). É provável que a resposta contemple mais de 03 opções. Ressaltar para que o idoso escolha as mais frequentes ou importantes (na opinião dele). **Preencher com número de 1 a 3, conforme ordem de importância citada atribuída pelo idoso**

F.19

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento.

Como preencher: Marcar respostas conforme opções no instrumento. Caso haja dúvida para enquadrar a resposta ou se a mesma não contemplar uma das opções, escrever por extenso na opção () **Outros**. Se resposta for (0) **Nenhuma**, pule para a pergunta **G.20** (não esquecer de marcar a opção (99) **Não possui religião** na pergunta **F.19**).

F.20 (Somente para idosos que tenham religião)

Como perguntar: O(a) Sr(a) é praticante de sua religião?/ O(a) Sr(a) costuma freqüentar sua religião? (deixar a critério do idoso definir o que ele considera praticante ou freqüente).

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

SEÇÃO G**G.21**

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento. O(a) sr(a) têm o hábito de utilizar bebidas alcoólicas?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

G.22

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ O(a) Sr(a) fuma?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

SEÇÃO H**H.23**

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Como o(a) Sr(a) classifica sua saúde? (ler opções de resposta).

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.24

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ O(a) Sr(a) procurou/foi o/ao serviço de saúde nos últimos seis meses?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

Atenção: considerar consulta com qualquer profissional de saúde, tanto em serviço público quanto particular. **Não incluir atendimento de emergência, urgência ou pronto atendimento. Só considerar consulta agendada.**

H.25

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento

Como preencher: Colocar em algarismos a quantidade de vezes que o idoso internou em serviço de saúde.

Atenção: Considerar internação período superior a 24 horas. Também incluir internação em serviço de emergência, desde que superior a 24 horas.

H. 26

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento./ Nos últimos 3 meses, o(s) Sr(a) tem realizado algum tipo de exercício físico regularmente? Com que freqüência?

Como preencher: Se resposta for sim, escrever a quantidade de vezes que realiza/realizou atividade física por semana.

Atenção: Considerar somente atividade física regular. Caminhadas devem ser consideradas quando sua finalidade for a prática de exercício físico. Se resposta for **(0) Não praticou**, pule para pergunta **H.27** (Não esquecer de assinalar **(99) Não praticou atividade** na pergunta **H.26**).

H.27 (Somente para idosos que praticaram atividade física)

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento. Caso haja dúvida para enquadrar a resposta ou se a mesma não contemplar uma das opções, escrever por extenso na opção () **Outros**.

ATENÇÃO: Nas perguntas H.28 à H.36, considerar problema de saúde somente se estiver ou se esteve em tratamento, mesmo que não medicamentoso (exemplo: controle de dieta, etc)

H.28

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: problemas nas “juntas”.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.29

Como perguntar? Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: hipertensão arterial.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.30

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: ataque cardíaco, problema nas coronárias ou coração.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.31

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.32

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: problema nas veias/arterias do cérebro, AVC (Acidente Vascular Cerebral)

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.33

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: azia (acidez no estômago) prolongada; queimação no estômago prolongada.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.34

Como perguntar: (MULHERES) = Idem pergunta do instrumento

(HOMENS) = Idem pergunta do instrumento/ O Sr consultou com o médico dos rins ou o que faz o exame da próstata no último ano?

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.35

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Usar como sinônimo: falta de cálcio nos ossos; ossos fracos.

Como preencher: Marcar somente uma resposta conforme opções no instrumento.

H.36

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento

Como preencher: Se resposta for **sim**, escrever por extenso, em letra legível, o problema de saúde e ao seu lado colocar entre parênteses as opções (1), (2) ou (3) respectivo a cada problema de saúde. [Exemplo de resposta: Tratamento para Câncer de Cólon (1) **Sim**.

ATENÇÃO: ENCERRA-SE A PESQUISA PARA OS IDOSOS NÃO-VOLUNTÁRIOS.

SEÇÃO I

(as perguntas desta seção só devem ser realizadas para os idosos voluntários)

I.37

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Que trabalho voluntário o(a) Sr(a) realiza? Qual o tipo de trabalho voluntário o(a) Sr(a) realiza?

Como preencher: Escrever por extenso conforme resposta(s) do idoso.

I.38

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Com que idade o(a) Sr(a) tornou-se voluntário(a)?

Como preencher: Preencher em anos, conforme informação do voluntário.

I.39

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Quantos dias por mês o(a) Sr(a) dedica para realizar trabalho voluntário?

Como preencher: Preencher em dias/mês conforme informação.

I.40

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Diga até 5 frases ou adjetivos (palavras) que possam descrever os motivos que o impulsionaram (levaram) a iniciar como voluntário:

Como preencher: Escrever por extenso, na área em branco, as 5 palavras ou frases que o voluntário citar. **Procure não dar exemplos ao voluntário, a fim de não induzir resposta.** Caso necessite, exemplifique utilizando tanto adjetivos positivos quanto negativos. (Exemplo: Me sentia triste (ou feliz) e procurei o voluntariado; Iniciei por indicação de amigo).

Atenção: preencher com menos opções se o idoso não fornecer os 5 adjetivos ou frases.

I.41

Como perguntar: Idem pergunta do instrumento/ Diga até 5 adjetivos que possam descrever o que o trabalho voluntário traz a sua vida:

Como preencher: Escrever por extenso, na área em branco, as 5 palavras (adjetivos) citadas pelo voluntário. **Procure não dar exemplos ao voluntário, a fim de não induzir resposta.** Caso necessite, exemplifique utilizando tanto adjetivos positivos quanto negativos.

Atenção: preencher com menos opções se o idoso não fornecer os 5 adjetivos.

APÊNDICE D – MANUAL DE APLICAÇÃO DO WHOQOL-BREF²²

- 1) O idoso deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Deve também se sentir à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas ao longo da aplicação.
- 2) Uma vez que o idoso concorde em responder, é fundamental a obtenção do consentimento informado assinado pelas duas partes.
- 3) uma situação de privacidade deve ser buscada. O idoso não deve responder o instrumento acompanhado de familiar, cônjuge ou outra pessoa.
- 4) O instrumento deve ser respondido em somente um encontro.
- 5) Deve ser claramente enfatizado que todo o questionário refere-se **AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**, independente do local onde o idoso se encontre ou encontrava.
- 6) O questionário, a princípio, é de auto-resposta. O entrevistador não deve influenciar o idoso na escolha da resposta. Não deve discutir as questões ou o significado dessas, nem da escala das respostas. No caso de dúvida, o entrevistador deve apenas rere a questão de forma pausada para o idoso, evitando dar sinônimos às palavras das perguntas. Insistir que é importante a interpretação do paciente da pergunta proposta. Em casos de impossibilidade (analfabetismo, deficiência visual importante...) o instrumento pode ser aplicado pelo entrevistador, devendo se redobrar os esforços para evitar influências sobre as respostas dos idosos.
- 7) Caso o idoso, por algum motivo, não deseje responder a uma questão (por exemplo, não entender a questão após medidas descritas no item 6 ou se opuser a marcar sua escolha), deve ser assinalado um código próprio (**99**). Este código diferencia as questões que eventualmente o idoso possa ter esquecido de responder (código **88**).

Ao término do questionário, verificar se o idoso não deixou nenhuma questão sem resposta e se marcou somente uma alternativa por questão.

²² Embasado no manual de aplicação do WHOQOL, disponível na *homepage* do Departamento de Psiquiatria da UFRGS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1998).

ANEXO A – INSTRUMENTO WHOQOL – BREF PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quanto completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO B – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Por favor, marque somente uma resposta por questão.

1. Você está satisfeito com sua vida?	Não	Sim
2. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Não	Sim
3. Você sente que sua vida está vazia?	Não	Sim
4. Você se aborrece com frequência?	Não	Sim
5. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Não	Sim
6. Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	Não	Sim
7. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Não	Sim
8. Você sente que sua situação não tem saída?	Não	Sim
9. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Não	Sim
10. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Não	Sim
11. Você acha maravilhoso estar vivo?	Não	Sim
12. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Não	Sim
13. Você se sente cheio de energia?	Não	Sim
14. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Não	Sim
15. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Não	Sim