

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECOLOGIA
DE AMBIENTES AQUÁTICOS CONTINENTAIS

DORIS MARLI PETRY PAULO DA SILVA

*Ambiente, saúde e qualidade de vida: condições e perspectivas nos conjuntos
habitacionais de Porto rico, Estado do Paraná, Brasil*

Maringá

2009

DORIS MARLI PETRY PAULO DA SILVA

Ambiente, saúde e qualidade de vida: condições e perspectivas nos conjuntos
habitacionais de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais do Departamento de Biologia, Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Ambientais.

Área de Concentração: Ciências Ambientais.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik

Maringá

2009

"Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)"
(Biblioteca Setorial - UEM. Nupélia, Maringá, PR, Brasil)

S586a

Silva, Doris Marli Petry Paulo da, 1954-

Ambiente, saúde e qualidade de vida : condições e perspectivas nos conjuntos habitacionais de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil / Doris Marli Petry Paulo da Silva. -- Maringá, 2009.
77 f. : il. (algumas color.)

Tese (doutorado em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais)-- Universidade Estadual de Maringá, Dep. de Biologia, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik.

1. Qualidade de vida - População ribeirinha - Porto Rico (Município) - Planície alagável - Alto rio Paraná. 2. População ribeirinha - Porto Rico (Município) - Planície alagável - Alto rio Paraná - Vida e condições sociais. I. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Biologia. Programa de Pós-Graduação em "Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais".

CDD 22. ed. -306.09816
NBR/CIP - 12899 AACR/2

FOLHA DE APROVAÇÃO

DORIS MARLI PETRY PAULO DA SILVA

Ambiente, saúde e qualidade de vida: condições e perspectivas nos conjuntos habitacionais de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais (PEA), Departamento de Biologia, Centro de Ciências Biológicas da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências Ambientais pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik
PEA, Universidade Estadual de Maringá (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Magosso Takayanagui
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Miako Kimura
Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Ana Tiyomi Obara
Departamento de Biologia, Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Eraldo Schunk Silva
Departamento de Estatística, Universidade Estadual de Maringá

Aprovada em: 13 de março de 2009

Local: Anfiteatro do NUPELIA, Bloco G90, UEM

DEDICATÓRIA

À minha família, mãe Úrsula e filhos, Anelize, Guilherme e Marlize, razão do meu viver, por suas presenças, por compreender minhas ausências, pelo estímulo, respeito e amor.

Aos acadêmicos, razão do meu aperfeiçoamento profissional.

Lutem para realizar seus sonhos!

AGRADECIMENTOS

Desejamos expressar aqui nossos mais profundos agradecimentos a todas as pessoas que, de uma maneira ou outra, contribuíram para a construção desse trabalho, especialmente:

- ✓ Ao Prof. Dr. Eduardo Augusto Tomanik, pela competência, objetividade, amizade e paciência com que conduziu todas as etapas de elaboração desta tese;
- ✓ Ao Prof. Dr. Eraldo Schunk Silva, pela dedicação na análise estatística e discussão dos dados.
- ✓ Aos docentes do PEA e dos demais Programas de Pós-Graduação, nos quais participei como aluna especial, pelos conhecimentos compartilhados, possibilitando uma nova compreensão da realidade: a interação do homem com seu ambiente em busca da saúde e da qualidade de vida.
- ✓ Aos membros da banca, Dra Miako Kimura, Dra. Ângela A. Takayanagui, Dra. Ana Tiomi Obara, Dr. Eraldo Schunk Silva e às suplentes, Dra. Lucina Olga Bercini e Wladith Organ de Carvalho, pela satisfação com que aceitaram participar deste processo, contribuindo com meu crescimento profissional e pessoal.
- ✓ À Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PPG), ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais (PEA) e ao Departamento de Enfermagem (DEN), da Universidade Estadual de Maringá, pelo apoio e disponibilidade de infra-estrutura recebidos para concretização deste estudo.
- ✓ A todos os servidores do PEA, pelo carinho recebido. Em especial às equipes da secretaria e da biblioteca, pelo auxílio e paciência dispensados ao longo do curso; ao setor de áudio-visual, pela ajuda no preparo de material e apresentação dos trabalhos; aos motoristas que nos conduziram até Porto Rico.
- ✓ Aos colegas de turma, pela acolhida e atenção dedicadas durante as aulas e os grupos de estudo.
- ✓ Aos meus familiares e amigos, sempre presentes nos momentos difíceis, de alegrias e conquistas.
- ✓ À população de Porto Rico, à Equipe de Saúde e de servidores da Base Avançada do Nupélia que sempre nos acolheram e colaboraram para o bom desenvolvimento da pesquisa.

EPÍGRAFE

**Tudo está em relação com tudo.
Nada está isolado, existindo solitário, de si para si.
Tudo co-existe e inter-existe com todos os outros seres do universo [...]**

**Não existe a célula sozinha.
Ela é parte de um tecido...
que é parte de um órgão...
que é parte de um organismo...
que é parte de um nicho ecológico...
que é parte de um ecossistema...
que é parte do planeta Terra...
que é parte do Sistema Solar...
que é parte de uma galáxia...
que é parte do Cosmos...
que é parte das expressões do Mistério ou de Deus.**

Tudo tem a ver com tudo.

(Leonardo Boff)

Ambiente, saúde e qualidade de vida: condições e perspectivas nos conjuntos habitacionais de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil

RESUMO

Como parte das atividades do Curso de Doutorado em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais da Universidade Estadual de Maringá realizou-se um projeto de pesquisa sobre a percepção da qualidade de vida de um segmento de moradores do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. A pesquisa investigou como os processos ambientais se relacionam com as condições de saúde da população de Porto Rico e com as avaliações que a mesma faz sobre sua qualidade de vida para, com base nestes conhecimentos, elaborar propostas que minimizem tais condições. O estudo foi realizado nos conjuntos habitacionais, Flamingo, Por do Sol e Casa Feliz, situados no núcleo urbano do município, nos meses de julho/2005 e janeiro/2006. A amostra foi constituída por 63 moradores dos três conjuntos. As informações foram obtidas através de inquérito domiciliar, utilizando-se dois formulários elaborados pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida abreviado (WHOQOL-bref) e a Ficha de Informações sobre o Respondente, acrescida de alguns dados sobre os familiares daquela residência. Os dados foram processados nos programas Statistical Analysis Software (SAS), Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) e no algoritmo CHAID. Inicialmente foram avaliadas as condições sócio-econômicas e laborais de 63 famílias, residentes nos respectivos conjuntos habitacionais, abrangendo 224 pessoas. Na seqüência, foi comparada a morbidade referida entre dois grupos de entrevistados e foi aplicada a técnica de “Regressão por Árvore” para explicar as tendências das variáveis que influenciaram a avaliação da qualidade de vida daquela população, analisada pelo WHOQOL-bref. Os resultados indicaram que as condições de vida dessas famílias foram influenciadas pelo baixo nível de instrução aliado à falta de opções para o trabalho, comprometendo assim a renda familiar. O Grupo B referiu melhores condições de saúde e renda do que o Grupo A. Os achados da morbidade referida acompanham a tendência nacional de doenças infecciosas agudas causadas por condições ambientais inadequadas e de doenças crônicas, em grupos de meia-idade e terceira idade, decorrentes dos estilos de vida adotados e conseqüentes às condições de vida dos moradores. A maioria dos entrevistados referiu satisfação em relação à sua qualidade de vida. As variáveis que geraram maior insatisfação foram relacionadas à dor e aos meios de transporte disponíveis. O emprego da técnica de Regressão por Árvore permitiu

o mapeamento das variáveis que interferiram nas avaliações de cada um dos domínios que compõem o conceito de qualidade de vida, sendo recomendada sua adoção em estudos semelhantes. Pode-se afirmar que uma boa qualidade de vida é refletida, sobretudo, pela qualidade da saúde individual, o que vem a comprovar que a qualidade de vida depende das condições de saúde e do seu entorno.

Palavras-chave: Condições de vida. Desigualdades sociais. Estudos ecológicos. Inquérito domiciliar. Níveis de saúde.

Environment, health and quality of life: conditions and perspectives in the affordable housing complexes of Porto Rico, Paraná State, Brazil

ABSTRACT

As part of the activities of the Doctorate Program in Ecology of Continental Aquatic Environments at the Maringá University State, a research project was conducted on the perception of quality of life by a segment of the residents of the municipality Porto Rico, Paraná State, Brazil. The study investigated how environmental processes are related with the health conditions of the Porto Rico population and with their evaluations of their own quality of life; based on that knowledge, it would be possible to devise proposals to minimize such conditions. The study was conducted at the Flamingo, Por do Sol and Casa Feliz housing complexes, which are located in the urban area of town, during the months of June 2005 and January 2006. The sample consisted of 63 residents of all three complexes. Data were obtained through home surveys, using two forms devised by the World Health Organization's Group for Quality of Life (OMS, 1998): the Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-bref) and the Respondent Data Sheet, with additional data on the family members of that household. The data were processed using Statistical Analysis Software (SAS) and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, and the CHAID algorithm. Initially, the study evaluated the socioeconomic and work conditions of 63 families living in the aforementioned housing complexes, with a total of 224 people. Next, self-reported morbidity was compared between both groups of interviewees, and the CHAID technique was applied to explain the trends in the variables that explained the evaluation of the quality of life of that population, as analyzed by WHOQOL-bref. The results indicated that the social conditions of these families were influenced by their low levels of education, allied with the lack of work options, thus compromising family income. Residents of group B mentioned better health and income conditions. The findings of self-reported morbidity followed the national trend of acute infectious diseases caused by inadequate environmental conditions and of chronic illnesses, in groups of middle-aged and elderly groups, as results of chosen lifestyles and the social conditions of the residents. Most interviewees expressed satisfaction regarding their quality of life. The variables that generated the most dissatisfaction were related to pain and available transportation. The use of CHAID made possible the mapping of variables that interfered in the evaluations of each of the domains that make up the concept of 'quality of life', and its use is recommended in similar studies. It can

be affirmed that a good quality of life is reflected, most of all, in individual quality of health, which confirms that quality of life depends on conditions of health and surroundings.

Keywords: Ecological Studies. Health levels. Home survey. Social conditions. Social Inequalities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pg.
Figura 1	22
Mapa da Planície Alagável do rio Paraná, com localização da área de estudo, município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil.....	
Tabela 1	25
População residente no município e conjuntos habitacionais, por faixa etária e sexo. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2005/2006.....	
Tabela 2	26
Categorias e tipo de ocupações por grupo de atividades laborais exercidas em Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Tabela 3	27
Renda familiar segundo a ocupação dos moradores das residências populares do município. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Figura 2	43
Mapa da localização do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil.....	
Figura 3	45
Imagem via satélite do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil, com localização da área do estudo.....	
Tabela 4	46
Distribuição das variáveis sócio-demográficas, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Tabela 5	47
Distribuição da percepção do nível de saúde, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Tabela 6	47
Distribuição da morbidade referida, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Tabela 7	48
Distribuição dos problemas de saúde referidos, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Tabela 8.	49
Distribuição do consumo de tabaco e álcool, segundo dois grupos de entrevistados. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.....	
Figura 4	65
Regressão por árvores para a variável Domínio Social.....	
Figura 5	65
Regressão por árvores para a variável Domínio Psicológico.....	
Figura 6	66
Regressão por árvores para a variável Domínio Físico.....	
Figura 7	67
Regressão por árvores para a variável Domínio Ambiental.....	
Figura 8	69
Regressão por árvores para a variável Domínio Qualidade de Vida Geral.....	

Tese elaborada e formatada conforme as normas da publicação científica da ABNT. Capítulos elaborados conforme normas de publicação dos periódicos:

1. Acta Scientiarum. Health Sciences, disponível em: www.uem.br/acta
2. Revista Brasileira de Enfermagem, disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>
3. Cadernos de Saúde Pública, disponível em: www.ensp.fiocruz.br/csp/

SUMÁRIO

	Pag.
RESUMO	
ABSTRACT	
Lista de Ilustrações	
Apresentação.....	14
1 CAPÍTULO 1. Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares no município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil..	17
Resumo.....	18
Abstract.....	19
1.1 Introdução.....	20
1.1.1 Região do estudo, antecedentes e objetivos.....	21
1.2 Material e Métodos.....	24
1.3 Resultados.....	25
1.4 Discussão.....	27
1.5 Considerações finais.....	34
1.5 Referências.....	35
2 CAPÍTULO 2. Morbidade referida por moradores ribeirinhos, município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil.....	38
Resumo	39
Abstract.....	40
Resumen.....	41
2.1 Introdução.....	42
2.1.1 Objetivo e local do estudo.....	44
2.2 Metodologia.....	44
2.3 Resultados.....	46
2.4 Discussão.....	50
2.5 Considerações finais.....	53
2.6 Referências.....	55
3 CAPITULO 3. Avaliação da qualidade de vida de um grupo de moradores de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil, por meio da técnica de Regressão por Árvore (CHAID).....	57

Resumo.....	58
Abstract.....	59
3.1 Introdução.....	60
3.1.1 Região do estudo e objetivo.....	61
3.2 Metodologia.....	52
3.2.1 Técnica CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector).....	62
3.3 Resultados.....	64
3.3.1 Avaliação da qualidade de vida.....	64
3.4 Discussão.....	69
3.5 Considerações finais.....	73
3.6 Referências.....	75
ANEXOS.....	77

Apresentação

Qualidade de vida é a percepção das condições de vida do indivíduo (família e comunidade) e do ambiente em que vive. A qualidade de vida pode expressar as condições de saúde, mas está, também, associada aos outros aspectos da vida das pessoas, como o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida, o estilo de vida, as relações pessoais, laborais e com seu entorno. Sendo um processo perceptivo, a avaliação da qualidade de vida pode variar de acordo com as concepções e as experiências de cada pessoa e pode ser alterada ao longo da vida de cada um.

Fatores sócio-ambientais são determinantes na qualidade de vida da coletividade. Dentre eles, destaca-se a educação, cultura, nutrição, trabalho (condições e renda), moradia, transporte, segurança, opções de atividades físicas e lazer, acesso aos serviços de saúde e ao ambiente saudável (saneamento das águas, esgoto, alimentos, dos ambientes de trabalho e lazer assim como do controle de riscos ambientais).

A preocupação com as condições de vida existia desde os primórdios da humanidade. Há relatos de que Aristóteles (384-322 a.C) abordou a noção de qualidade de vida associada às condições de vida, ao bem-estar e à felicidade (FAYERS; MACHIN, 2000). Em meados do século passado, o tema qualidade de vida emergiu nas diversas áreas de estudo, com vistas a melhoria das condições de vida humana e ambientais do planeta.

Em função de leituras realizadas e da vivência profissional, considerei que, para recuperar a saúde não bastava medicar, era preciso proporcionar conforto, atenção, orientação, persistência e, sobretudo, proporcionar um ambiente adequado e seguro.

O estudo sobre o adoecimento dos trabalhadores de enfermagem, que desenvolvi durante o mestrado, e o projeto de extensão de promoção da saúde em um bairro de Maringá, do qual participei reforçaram a percepção sobre a importância das condições ambientais no processo saúde-doença das pessoas.

Minha inquietação era transpor essa barreira e proporcionar bem-estar aos que dependiam direta ou indiretamente de meus cuidados e orientações, fossem usuários dos serviços de saúde e familiares, funcionários ou alunos. Mergulhei na literatura e vislumbrei a possibilidade de estudar a temática Qualidade de Vida associada aos processos de saúde.

A oportunidade surgiu ao conhecer o Grupo de Estudos Socioambientais (GESA), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais, da Universidade Estadual de Maringá, e saber que os pesquisadores destes e de outros segmentos da mesma Universidade, como o Núcleo de Pesquisas em Limnologia, Ictiologia e

Aqüicultura (NUPELIA), têm investigado e atuado na região da planície alagável do alto rio Paraná, com vistas à proporcionar melhoria da qualidade de vida daquela população e da preservação ambiental.

Meu ingresso na pós-graduação, em nível de doutorado, contribuiu para a continuidade dos trabalhos desenvolvidos na região, por meio da realização da pesquisa “Ambiente, Saúde e Qualidade de Vida: condições e perspectivas em Porto Rico - PR”.

O projeto de pesquisa foi norteado pelos objetivos de investigar como os processos ambientais se relacionam com as condições de saúde da população de Porto Rico e com as avaliações que a mesma faz sobre sua qualidade de vida para, com base nestes conhecimentos, elaborar propostas para a superação destas condições.

A população do estudo constituiu-se de moradores dos conjuntos habitacionais no município de Porto Rico, por considerá-los representantes da parcela menos favorecida na região. Os resultados da pesquisa foram descritos em três capítulos.

O primeiro capítulo envolve um estudo quantitativo, com o objetivo de caracterizar as condições demográficas e sócio-econômicas das famílias moradoras nos três conjuntos habitacionais, Flamingo, Por do Sol e Casa Feliz, situados no núcleo urbano do município. Essa caracterização serviu como base para a realização dos trabalhos seguintes e a composição dos textos resultantes.

O segundo capítulo relata uma investigação sobre as condições do estado de saúde e a morbidade referida por um representante de cada moradia dos conjuntos habitacionais. Esse trabalho revelou que a satisfação com o estado de saúde está relacionada com o acesso aos serviços de saúde e também sofre influencia do nível de instrução formal.

O terceiro capítulo consiste na descrição de um processo através do qual buscamos conhecer e compreender as condições de vida e saúde desse grupo populacional. Para essa investigação, optamos por aplicar o instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-bref), testado e validado no Brasil (OMS, 1998). Além disso, visando determinar as variáveis que influenciaram a percepção da qualidade de vida pelos entrevistados, estudamos e aplicamos a *Técnica de Regressão por Árvore* (CHAID) nessa coleção de informações. Na literatura não foram encontrados relatos do emprego desta técnica para informações como as que dispúnhamos.

O estudo possibilitou conhecer algumas expectativas e necessidades dos moradores dos conjuntos habitacionais de Porto Rico e vislumbrar algumas alternativas de atuação na região.

Referências

Fayers, P.; Machin, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: J. Wiley, 2000.

OMS. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)**. 1998. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html>. Acesso em 04 set 2005.

CAPÍTULO 1

Condições de vida de famílias ribeirinhas moradoras nas residências populares do município de Porto Rico, Paraná, Brasil.

RESUMO

Como parte de um conjunto maior de estudos ecológicos, procurou-se conhecer as condições de vida dos moradores dos três conjuntos habitacionais do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. A amostra constituiu-se de 63 famílias. Um adulto de cada moradia foi entrevistado, após ciência dos objetivos da pesquisa e da confidencialidade dos dados. As informações socioeconômicas do grupo amostral foram obtidas através de um inquérito domiciliar, nos meses de julho/2005 e janeiro/2006. Os dados foram processados no Programa Statistical Analysis Software (SAS). Os resultados indicaram que a maioria dos moradores era jovem (idade média de 26 anos); do sexo masculino; solteiro ou vivendo com companheiro; 53,5% completaram o ensino fundamental. Predominaram as famílias nucleares, chefiadas por homens e a média de ocupação era de 3,5 habitantes por moradia. A força de trabalho concentrou-se em atividades urbanas e as rendas familiares variavam de um a sete salários mínimos. Apesar de ser uma cidade ribeirinha, as oportunidades de trabalho ligadas ao rio e a terra eram escassas. Políticas públicas voltadas para o ensino e trabalho são necessárias para melhorar as condições de vida deste segmento da população.

Palavras-chave: Censos. Desigualdades em Saúde. Enquete Socioeconômica. Satisfação no Emprego. Renda familiar.

ABSTRACT**Living conditions of riverine families residing in affordable housing in Porto Rico, Paraná State, Brazil.**

As part of a larger group of ecological studies, this work aimed to determine the living conditions of people residing in the three affordable housing complexes in Porto Rico, Paraná State, Brazil. The sample was comprised of 63 families. One adult per household was interviewed, after informed consent and confidentiality terms were expressed. Socioeconomic data were obtained from the sampled group by means of home surveys, during the months of June 2005 and January 2006. Data were analyzed using the Statistical Analysis Software (SAS) software. The results indicated that the majority of residents were young (mean age = 26 years); male; single or living with a partner; 53.5% had completed middle school. Nuclear families prevailed, headed by men, and the occupancy average was 3.5 inhabitants / household. The lines of work were concentrated in urban activities, and family income varied between one and seven times the minimum wage. Despite being a riverine municipality, work opportunities associated with the river and land were scarce. Public policies geared towards education and labor are necessary in order to improve the living conditions of this segment of the population.

Keywords: Censuses. Health Inequalities. Socioeconomic Survey. Job Satisfaction. Family Income.

1.1 Introdução

O ser humano, normalmente, não vive só, mas em um contexto familiar, pois encontra na família (nuclear ou não) a sua rede de apoio mais próxima. A família nuclear é composta por um casal com seus filhos. Os pais, sogros, sobrinhos e netos são considerados parentes e os demais membros que compartilham da moradia, conviventes (BRASIL, 2007a). Por isso, as famílias são referidas como unidades fundamentais para análises estatísticas relativas a diversos temas, como condições de vida, renda, comportamentos demográficos e participação no mercado de trabalho (SOARES; SABÓIA, 2007).

Entende-se por condição de vida ou condição social, “[...] a situação, estado ou circunstância de um indivíduo, [família,] grupo, população ou localidade, em relação à habitação, escolaridade, infra-estrutura sanitária, emprego, pobreza e outros parâmetros socioeconômicos” (BRASIL, 2007).

Estudos sobre condições de vida de grupos populacionais específicos tornam-se relevantes, à medida que fornecem indicadores sobre possíveis desigualdades sociais e de saúde de uma determinada população (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003).

Uma das tendências dessa modalidade de estudo é o uso de indicadores sintéticos com vistas a conhecer as condições de vida de grupos populacionais. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi criado em 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e permite calcular a média dos níveis de renda, saúde e educação de uma determinada população (BARCELLOS et al., 2002; MINAYO et al., 2000).

A renda é avaliada pelo PIB real per capita; a saúde, pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxa de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas (MINAYO et al., 2000, p. 10).

O IDH é um indicador abrangente, porque possibilita conhecer tanto os aspectos econômicos como os aspectos de natureza social e cultural da população em estudo (MINAYO et al., 2000). Esse indicador vem sendo aplicado para verificar as iniquidades nas regiões e municípios (BARCELLOS et al., 2002).

O conhecimento dos dados sócio-demográficos de uma determinada população, o tipo de atividades que exercem e as condições de vida e saúde resultantes, é fundamental para o processo de intervenção que visa preservar elementos bióticos e abióticos do ambiente e proporcionar qualidade de vida digna e saudável para as populações tradicionais (TOMANIK; GODOY, 2004).

Diegues e Arruda (2001) consideram populações tradicionais, os agrupamentos de pessoas com uma história sociocultural anterior de conflitos e conquistas de espaços para sobrevivência, distribuídos em dois conjuntos distintos, os indígenas e os não-indígenas, que incluem ribeirinhos, caiçaras, sertanejos, açoreanos, praieiros, quilombolas. Os participantes dos referidos conjuntos compartilham características comuns, preservam modos de vida particulares e articulam conhecimentos sobre biodiversidade, crenças e valores.

Trabalho anterior, realizado por Paiola e Tomanik (2002), mostra que boa parte dos moradores do município de Porto Rico (PR) pode ser considerada como participante de uma população tradicional, ainda que não plenamente. Esses moradores enfrentam um processo de transição entre seu estilo de vida e as formas de pensamento e de ação mais típicas do sistema capitalista de produção. Seus saberes e suas práticas sobre ambiente são elementos importantes para as tentativas de compreensão e de manutenção dos processos ecológicos daquela região.

Como forma de continuidade dos trabalhos desenvolvidos na região, o presente estudo visou levantar as condições de vida de moradores dos conjuntos habitacionais do município de Porto Rico e apresentar algumas propostas de ação para minimizar os problemas vividos pela parcela menos favorecida economicamente da população.

1.1.1 Região do estudo e antecedentes

“Deus seja louvado... este é um lugar feliz... é um porto rico” [inscrição que teria sido feita nas pedras das margens do rio Paraná, antes da fundação da cidade] (PORTO RICO, [s.d.]

A região do estudo insere-se na Planície Alagável do rio Paraná, entre a foz do rio Paranapanema (na divisa dos estados de São Paulo, Mato Grosso do Sul e Paraná) e o reservatório de Itaipu (situado entre o Brasil e o Paraguai) e integra a bacia do Plata. Parte dessa área compreende o Parque Nacional de Ilha Grande, a Área de Proteção Ambiental das Ilhas e Várzeas do Rio Paraná e o Parque Estadual das Várzeas do Rio Ivinheima (PAIOLA; TOMANIK, 2002). É o último trecho remanescente do rio Paraná livre de barramentos em território brasileiro. Essa área apresenta “[...] boa representatividade da fauna original e continua tendo papel fundamental na manutenção da diversidade biótica regional” (AGOSTINHO, 1997, p.456). [Figura1]

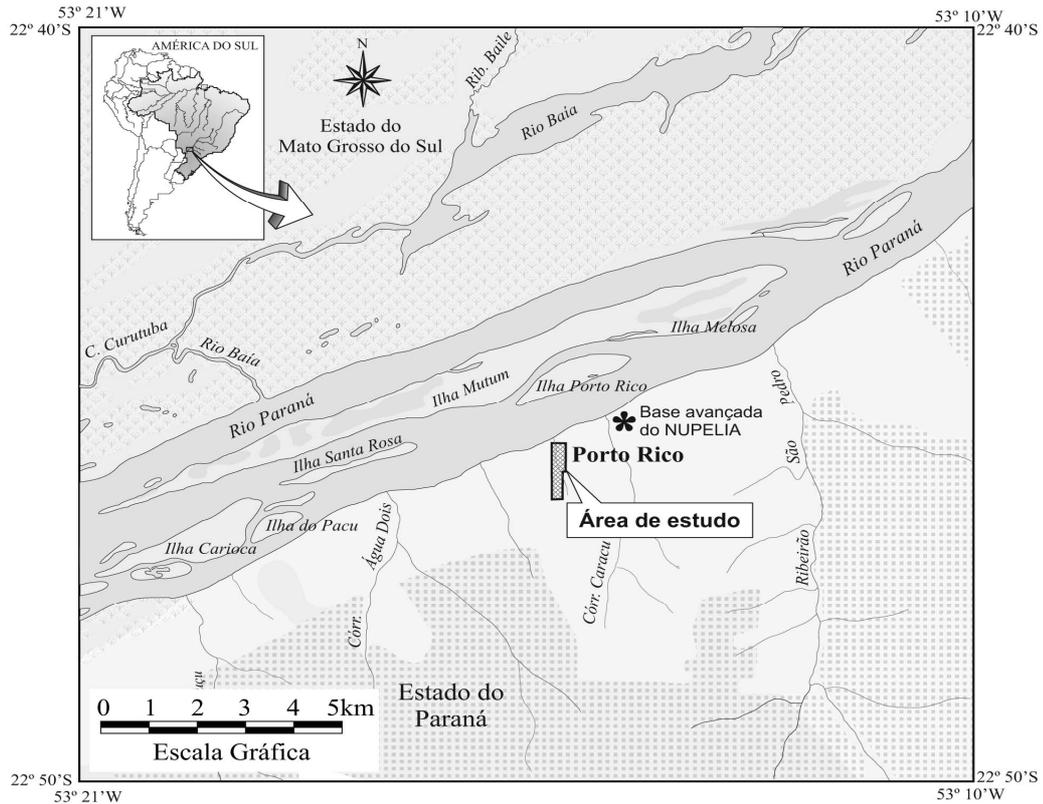


Figura 1. Mapa da Planície Alagável do rio Paraná, com localização da área de estudo. Município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil (UEM/NUPELIA, s.d).

O município de Porto Rico foi fundado na década de 1950 e emancipado de Loanda em 21 de abril de 1964. Situa-se na região noroeste do Estado, entre os municípios de Loanda, Querência do Norte, Santa Cruz do Monte Castelo e Porto São José, às margens do rio Paraná. Está distante 615 km da capital do Estado, Curitiba e 180 km do Câmpus-sede da Universidade Estadual de Maringá (UEM), instituição mantenedora da Base Avançada de Pesquisas, situada a dois km do núcleo urbano de Porto Rico (IBGE, 2007; IPARDES, 2008).

A Universidade Estadual de Maringá, PR, comprometida com a melhoria das condições de vida da população e do ambiente na região, vem estudando as comunidades biológicas e os aspectos ambientais, tanto do leito como nos entornos daquele rio (AGOSTINHO; ZALEWSKI, 1996).

Historicamente, essa região era habitada por grupos indígenas até o final do século XIX, quando foi invadida por imigrantes. Agricultores nordestinos, paulistas, do sul do País e de outras partes do Estado do Paraná migraram para a região na década de 50 do século passado, na esperança de melhorar de vida. Vieram movidos por um projeto do Governo do Estado do Paraná que visava, a partir da distribuição de terras na região, a ocupação, o desmatamento e a implantação da cultura cafeeira (SPONCHIADO et al., 2002).

Após duas décadas, ocorreu uma crise mundial na cafeicultura, que deu origem a uma política nacional de erradicação parcial do café. Os pequenos produtores optaram por outras culturas (algodão, milho e mandioca) ou pela pecuária, que usava pouca mão-de-obra, desencadeando o desemprego e o esvaziamento populacional de toda região. Grande parte da população migrou para as ilhas ou para outros municípios em busca de novas oportunidades (ROSA, 1997; TOMANIK et al., 1997).

A população expulsa do campo, não encontrando emprego no setor urbano, migra, resultando municípios que diminuem sua população a cada ano que passa. A maior parte da população que fica está sujeita à oferta de empregos sazonais e à falta de maiores alternativas de sobrevivência na cidade (GODOY; EHLERT, 1997, p.439).

Uma grande enchente afetou a população, no final de 1982 e início de 1983. Expulsou os ilhéus, que retornaram ao continente, principalmente aos meios urbanos, sem condições mínimas de vida. Sem escolaridade e formação profissional, a pesca era, e ainda continua sendo uma das poucas opções para sua subsistência (PAIOLA; TOMANIK, 2002).

A construção das hidrelétricas de Porto Primavera no estado de São Paulo e de Itaipu no Paraná também trouxe impactos adversos para o ambiente e para os organismos que ali habitam, inclusive para as comunidades ribeirinhas. As barragens alteraram o nível do rio, mantendo-o abaixo do normal. Esses processos têm influenciado o ciclo de reprodução dos peixes, comprometendo sua diversidade e, conseqüentemente, a renda dos pescadores (TOMANIK, 1997; TOMANIK et al., 1997).

Censos demográficos e ocupacionais realizados na planície de inundação do rio Paraná mostram que “[...] as condições de degradação ambiental local vêm sendo acompanhadas, por processos de degradação das condições de vida, ao menos para uma parcela considerável da população” (TOMANIK, GODOY, 2004, p.253).

Porto Rico é um município de pequeno porte e ocupa uma área de 227 km². Segundo dados do Censo de 2007, possui 2.462 habitantes, densidade demográfica de 10,84 hab/km², grau de urbanização de 64,35% e IDH Municipal de 0,748. Há em torno de 821 ligações na rede de abastecimento de água e 1.056 ligações na rede energia elétrica, além da coleta sistemática de lixo (IPARDES, 2008). A rede de esgoto e tratamento de águas pluviais está em fase de construção.

O município pertence à 14^a Regional de Saúde e Macro-Regional de Saúde do Noroeste do Paraná com sede em Paranavaí. Três estabelecimentos públicos de saúde, prestadores de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), prestam atendimento básico à população cadastrada (2.336 pessoas distribuídas em 715 famílias). Os casos de média

complexidade, inclusive ortopedia, são encaminhados a municípios próximos, Santa Cruz de Monte Castelo, Loanda ou Paranaíba, e os de alta complexidade, para Curitiba (IBGE, 2007).

No núcleo urbano foram edificados três conjuntos habitacionais de alvenaria ao longo da Rua Joaquim de Campos: à esquerda está situado o conjunto Flamingo e, à direita, os conjuntos Por do Sol e Casa Feliz. Esses conjuntos foram construídos para abrigar famílias de baixa renda, desprovidas de moradia própria e vítimas dos impactos socioeconômicos e ambientais ocorridos na região. Essa parcela da população necessita de maior atenção das esferas governamentais, com a colaboração das instituições de ensino e pesquisa na busca por soluções para minimizar seus problemas.

1.2 Metodologia

A pesquisa é baseada em um estudo ecológico com base territorial. “As investigações de base territorial utilizam uma referência geográfica para a definição das suas unidades de informação, em qualquer nível de abrangência (por exemplo, bairros, distritos, municípios, estados, nações, continentes)” (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2003, p.158).

O estudo foi realizado nos três conjuntos habitacionais de Porto Rico (PR), nos meses de julho de 2005 e janeiro de 2006. O conjunto Casa Feliz abrigava 10 residências de alvenaria, o Por do Sol, 35 e o Flamingo, 28. Foram excluídas 10 residências do estudo, das quais, uma pertencia ao conjunto Casa Feliz (o morador não se encontrava no local); cinco do Flamingo (o morador não estava na primeira residência; na segunda, morava uma adolescente sozinha e as demais estavam desabitadas) e quatro, do Por do Sol (duas residências estavam vazias e duas eram de turistas oriundos de outros municípios). Para este estudo foi considerado que cada residência abrigava uma família, independente do número de moradores.

A amostra foi constituída por 63 famílias com residência fixa nos respectivos conjuntos. Um adulto de cada família foi convidado a participar do estudo, após ser informado sobre os objetivos do mesmo e a confidencialidade dos dados e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizado um inquérito domiciliar com vistas a obter informações sobre as condições sócio-demográficas (sexo, idade, estado marital, nível de escolaridade) e laborais (atividades produtivas desempenhadas e renda) dos moradores das residências populares. Os dados foram analisados no Programa Statistical Analysis Software (SAS) e comparados aos dados socioeconômicos, derivados de estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sobre longevidade, educação e renda e de outros levantamentos realizados

na região. Apesar de ser um roteiro fechado, alguns comentários interessantes dos entrevistados foram anotados e ilustrados na discussão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá – COPEP, sob o Parecer n. 404/2005. [Anexo II]

1.3 Resultados

O total dos moradores dos conjuntos habitacionais incluídos neste estudo representava 10,5% da população do município de Porto Rico. As 63 famílias envolvidas no estudo abrangiam um total de 224 pessoas, sendo 118 do sexo masculino (52,6%) e 106 do feminino (47,4%). O conjunto de moradores era constituído principalmente por jovens, com idade média de 26 anos, variando de 11 meses a 88 anos. O grupo infanto-juvenil representou 44,2% dos moradores dos conjuntos, seguido por adultos jovens (33,48%).

A distribuição por grupos etários diferiu nos dois extremos, em comparação com o total dos moradores do município, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. População residente no município e conjuntos habitacionais, por faixa etária e sexo. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2005/2006.

Local		Porto Rico*		Três Conjuntos Habitacionais			
		N	%	N	%	Masculino	Feminino
Infanto-juvenil	0 a 9 anos	415	40,04	44	44,20	26	18
	10 a 19 anos	442		55		32	23
Adulto jovem	20 a 29 anos	357	31,63	33	33,48	17	16
	30 a 39 anos	320		42		18	24
Meia idade	40 a 49 anos	237	18,17	29	17,86	16	13
	50 a 59 anos	152		11		3	8
Terceira idade	60 a 69 anos	124	10,14	8	4,46	5	3
	70 ou + anos	93		2		1	1
Total geral		2140	100,00	224	100,00	118	106
%				10,5		52,6	47,4

Fonte: *População do município de Porto Rico, segundo dados do Censo 2000 (PARANÁ, 2005).

As famílias residentes nos conjuntos habitacionais eram compostas por chefe (28,2%), cônjuge (19,2%), filhos (45,9%) e os demais (6,7%) ocupantes da moradia eram parentes (pais, sogros, sobrinhos e netos). Predominavam famílias nucleares chefiadas por homens (73%). A figura do cônjuge esteve presente em 43 famílias, assumida pela mulher na maioria das residências (97,6%), segundo os respondentes. Em relação ao estado marital dos integrantes das famílias, 50,4% estava solteiro, 41,9% mantinha união estável e 7,7% já havia sido casado (separado, divorciado ou viúvo). A taxa média de ocupação nos conjuntos era de 3,55 pessoas por família.

No que tange ao grau de instrução, excluídas as 25 crianças abaixo da idade de escolarização, 60,3% dos moradores tiveram acesso ao ensino fundamental, 27,2% ao ensino médio e apenas 4% aos cursos superiores. Ainda foram computados 17 adultos analfabetos (8,5%) nas faixas etárias entre 30 a 69 anos.

As atividades ocupacionais exercidas pelos moradores foram distribuídas em três categorias, de acordo com um critério que já vinha sendo adotado em outros estudos sobre a região (TOMANIK et al., 1997; TOMANIK; GODOY, 2004): urbana, agropecuária (ligadas ao rio e à terra) e outras ocupações. [Tabela 2]

Tabela 2. Categorias e tipo de ocupações por grupos de atividades laborais exercidas em Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Atividades laborais	Categorias	Número de trabalhadores e ocupações
Urbanas (47,77%)	Serviços domésticos	18 caseiros, 9 diaristas, 1 babá e 12 “do lar” (não-remunerado);
	Comércio	3 cabeleleiras, 2 frentistas, 2 fiscais, 1 recepcionista de hotel, 4 cozinheiras, 1 camareira, 1 lavadeira, 1 corretor de imóvel, 1 representante comercial, 1 balconista, 1 vendedor, 1 auxiliar de depósito, 1 soldador;
	Construção civil	18 pedreiros, 2 eletricitas;
	Serviços de apoio	6 serviços gerais, 4 motoristas, 3 vigias, 1 mecânico, 1 gari, 1 lixeiro, 1 servidor público;
	Ensino	4 professores e 1 atendente de creche;
	Serviços de Saúde	2 agente comunitário de saúde (ACS), 1 auxiliar de enfermagem, 1 auxiliar odontológico e 1 auxiliar de farmácia.
Rio e terra (6,69%)	Diversas	10 pescadores, 1 construtor naval e 4 bóia-frias.
Outras (45,54%)	Diversas	10 aposentados ou pensionistas, 7 desempregados, 1 afastado por doença e 86 não trabalham (crianças e adolescentes).

A maioria dos moradores exercia atividades no meio urbano, através de empregos formais ligados ao comércio e ao serviço público ou atividades informais, que abrangiam os serviços braçais ligados à construção civil para os homens e as atividades domésticas para as mulheres. Poucos trabalhadores ocupavam atividades profissionais ligadas diretamente ao rio ou à exploração da terra. Os demais moradores se enquadravam como aposentados ou pensionistas, trabalhadores afastados por doenças ou desempregados, além de um grupo composto por crianças e adolescentes, que não trabalhava formalmente.

Os dados sobre os rendimentos familiares foram agrupados tomando-se como base o Salário Mínimo vigente para a região em janeiro de 2006, que era de R\$ 300,00. As rendas familiares variavam de menos de um Salário Mínimo (três famílias) até sete ou mais salários (uma família), mas a maioria (66,68%) recebia entre um e três salários [Tabela 3].

Tabela 3. Renda familiar segundo a ocupação dos moradores das residências populares do município. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Renda \ Ocupação	Urbana	Rio/Terra	Outras	Total	
	N	n	n	n	%
Abaixo de R\$300,00	2	1	1	4	6,35
R\$300,00 a 599,99	17	3	4	24	38,10
R\$600,00 a 899,99	13	1	4	18	28,58
R\$900,00 a 1.199,99	5	1	1	7	11,11
R\$1.200,00 a 1.499,99	1	-	-	1	1,58
R\$1.500,00 a 1.799,99	2	-	2	4	6,35
R\$1.800,00 a 2.099,99	4	-	-	4	6,35
Acima de R\$2.100,00	1	-	-	1	1,58
Total geral	45	6	12	63	100

Um terço das famílias complementava suas rendas através de programas governamentais, como Bolsa Família e/ou Vale Gás. As ocupações ligadas ao rio e principalmente à terra tendiam a gerar rendimentos familiares normalmente inferiores aos proporcionados pelas atividades urbanas.

Todas as residências dos três conjuntos eram de alvenaria, diferindo no tamanho e na planta de cada conjunto. No Por do Sol, as residências possuíam 36 m² de área construída (sala/cozinha, banheiro e dois quartos), ao passo que nos conjuntos Flamingo e Casa Feliz, 32 m² (sala/cozinha, banheiro e um quarto).

Observou-se que havia residência em melhor condição habitacional e do seu entorno, porque foi reformada e/ou ampliada, pintada, construído muros ou cercas nas divisas, com calçamento externo e plantadas árvores frutíferas, hortaliças e/ou plantas ornamentais. Em alguns lotes foram construídos cômodos em anexo ou pequenas habitações.

Em relação à infra-estrutura dos conjuntos, todas as residências tinham acesso à energia elétrica e à água encanada, com instalações sanitárias internas e um tanque externo, para lavagem de roupas. A coleta de lixo ocorria três dias na semana (alternados), com encaminhamento dos resíduos sólidos para o aterro sanitário municipal. Até aquele período, apenas as ruas dos conjuntos Por do Sol e Casa Feliz estavam pavimentadas e não havia acesso à rede de esgoto nem para águas pluviais nos três conjuntos habitacionais.

1.4 Discussão

Problemas de infra-estrutura, observados no município de Porto Rico (PR), são comuns nas periferias urbanas e comprometem as condições sanitárias dos bairros. Estudo sobre qualidade de vida urbana de Palmas (TO) constatou que em determinados bairros, ocorria intensa “[...] segregação sócio-espacial e a proliferação dos assentamentos informais”

(KRAN; FERREIRA, 2006, p.134), elevando a densidade habitacional (número de unidades habitacionais por hectare), devido à construção de várias edificações nos fundos dos lotes, constituídas por dois cômodos e banheiro ou um quarto e banheiro, sobrecarregando a infraestrutura urbana.

Cesar (2005) argumenta que, para uma casa ou apartamento ficar em mínimas condições para habitação deve ter a instalação de rede interna de água e esgotamento sanitário ligados à rede pública e de iluminação artificial elétrica. O entorno da habitação deve estar provido de ruas pavimentadas, com guias e sarjetas, iluminação pública, rede de esgoto e coleta de lixo regular. O autor considera a moradia inadequada, na ausência de um ou mais desses requisitos.

Kran e Ferreira (2006) comentam que, se o bairro não dispõe da rede de esgotamento sanitário, os moradores constroem fossas sépticas em pequenas áreas, comprometendo as condições sanitárias no entorno das habitações. A falta de pavimentação no bairro dificulta o serviço de coleta de lixo, principalmente nos dias chuvosos e induz maus hábitos à população, que deposita os resíduos em terrenos baldios. A poeira interfere negativamente na manutenção das condições higiênicas das pessoas e do domicílio e favorece o desenvolvimento de doenças respiratórias.

A falta ou precariedade dos serviços de saneamento vem sendo apontada como fator determinante do adoecimento da população nos países em desenvolvimento, elevando os índices de morbidade e mortalidade, principalmente em crianças (BRASIL, 2004). Os serviços de saneamento imprescindíveis para a prevenção de doenças e a qualidade de vida urbana são: abastecimento de água, coleta e tratamento de águas residuais, limpeza pública, drenagem urbana; controle de artrópodes e roedores, controle da poluição das águas, do ar e do solo e dos alimentos; além do saneamento dos meios de transporte, de locais de reunião, recreação e lazer, de locais de trabalho, de escolas, de hospitais, de habitações, no planejamento territorial, em situações de emergência, entre outros (PHILIPPI JUNIOR; MALHEIROS, 2005).

No caso das residências populares do município de Porto Rico, parte desta situação foi superada. No ano de 2008 foi pavimentado o prolongamento da Rua Antonio Corsetti, via de acesso ao município de Porto São José, localizada à direita dos conjuntos Por do Sol e Casa Feliz. As ruas do conjunto Flamingo também foram pavimentadas, exceto a Rua dos Papagaios. Foi iniciada a construção da rede de captação de esgotos e de águas pluviais em todo o núcleo urbano. E, apesar da coleta de lixo ocorrer três dias na semana, há moradores ainda depositam lixo e entulhos nos terrenos baldios próximos.

De acordo com os indicadores oficiais, as condições de vida em Porto Rico vêm melhorando. O IDH do município passou de 0,640, em 1991, para 0,748, em 2000. Houve melhora em três dimensões: longevidade, educação e renda (PNUD, 2004).

Longevidade é a estimativa do número médio de anos que uma pessoa pode viver, calculada a partir das taxas de mortalidade (BRASIL, 2008). Reflete indiretamente as condições de saúde da população e indica a esperança ou expectativa de vida ao nascer (BARCELLOS et al., 2002).

Em 2006, a expectativa de vida ao nascer foi de 72,4 anos no Brasil, 74,4 anos na Região Sul e 73,8 anos no Paraná (70,7 para homens e 77,04 para mulheres) (BRASIL, 2007). Em Porto Rico, essa taxa vem aumentando gradativamente: passou de 64,4, em 1991, para 70,0 anos de vida, em 2000. No outro extremo, a taxa de fecundidade decresceu de 3,1 para 2,7 filhos por mulher, assim como o coeficiente de mortalidade infantil, em menores de um ano de vida, de 42,6 para 18,6 por mil nascidos vivos, no mesmo período (PNUD, 2004), acompanhando a tendência nacional.

A transformação da estrutura etária do País, de uma composição jovem para envelhecida, reflete os efeitos da redução da taxa de fecundidade, iniciada em meados da década de 1960, e da queda da mortalidade. Ademais, as estruturas etárias regionais retratam não só os efeitos diferenciados da redução da fecundidade e da mortalidade, como, também, de distintos fluxos migratórios (IBGE, 2004, p. 7).

Esta última afirmação provavelmente é válida para a população de Porto Rico, uma vez que estudos como os de Tomanik et al. (1997) e Tomanik e Godoy (2004) apontam a existência, ali de uma forte tendência de emigração. Acrescenta-se ainda o fato de que os serviços de saúde têm investido na atenção à saúde da mulher e da criança, através dos profissionais vinculados à Atenção Básica e ao Programa Saúde da Família, refletindo na queda da morbidade e da mortalidade materno-infantil.

No Brasil, pessoas acima de 60 anos representam 8,6% da população total. Martin et al. (2005, p.152) afirmam: “Vivemos em uma nação com grandes proporções de jovens, ao lado de uma crescente população que atingiu e passa dos 60 anos de idade”. O processo de envelhecimento em Porto Rico também se aproxima da tendência nacional, já que os idosos representam 10,14% da população do município. Nos três conjuntos estudados a proporção foi menor, 4,46% dos moradores tinham 60 ou mais anos de vida, talvez em decorrência das condições ocupacionais que forçam parte da população a ir à busca de novas oportunidades de trabalho e de obtenção de renda. Por outro lado, a porcentagem de crianças, adolescentes e adultos jovens mostrou-se superior no município investigado e principalmente nos conjuntos.

A distribuição por sexo dos moradores nos três conjuntos esteve próxima do equilíbrio. A população masculina superou a feminina em 5,3%, exceto na faixa etária de 30 a 39 anos, na qual as mulheres apresentaram maior percentual. Levantamento demográfico na região indicou que a proporção entre homens e mulheres estava equilibrada, acompanhando a tendência nacional da época (TOMANIK et al., 1997). No País, as taxas de mortalidade por sexo mostram uma inversão com o avançar da idade, em torno de 5,3% a mais para mulheres (IBGE, 2004).

O pequeno diferencial entre os nascimentos de meninos e meninas se reflete na composição da população por gênero. Como o número de nascimentos de meninos é um pouco maior do que de meninas, este fato se evidencia na composição da população por gênero nos primeiros grupos etários. Como consequência da taxa de mortalidade masculina ser maior do que a feminina, o diferencial decorrente do maior número de nascimentos de meninos vai-se diluindo com o aumento das idades até que o número de mulheres passe a ultrapassar o de homens e continue ampliando a diferença (IBGE, 2004, p. 7).

A taxa média de ocupação nos domicílios visitados foi de 3,55 moradores, semelhante à da composição familiar média do núcleo urbano como um todo, que era de 3,7 (TOMANIK et al., 1997). Em 1993, o número médio de pessoas por domicílio era 4,0. Esta média foi reduzida para 3,7 em 1999 e em 2004, para 3,5 moradores. Uma das justificativas para a queda desse indicador foi a progressiva diminuição no número médio de filhos por mulher (IBGE, 2004).

Em 4,8% dos domicílios dos conjuntos pesquisados, sete pessoas co-habitavam um mesmo espaço, devido às condições financeiras insuficientes para manter duas moradias. A composição familiar na região da planície de inundação do rio Paraná pressupõe processos de solidariedade social, pois agrega moradores que não integram a família nuclear moderna (TOMANIK; GODOY, 2004). Apesar de que, em 7,9% dos domicílios, havia um único morador. Esse valor está um pouco abaixo do nível nacional, que apresentou 10,5% de domicílios nestas condições (IBGE, 2004). Tal situação pode ser atribuída ao número de pessoas solteiras que vivem independentes ou de uniões desfeitas.

Em relação à educação, o município de Porto Rico dispõe apenas de instituições de ensino na rede pública, com oferta de instrução até o nível médio. No ano de 2005 ocorreram 705 matrículas, distribuídas em: 162 na pré-escola, 413 no ensino fundamental e 130 no ensino médio (IPARDES, 2006; IBGE, 2007). Aqueles que almejavam continuar seus estudos precisavam buscá-los em outras localidades.

Dentre os moradores dos conjuntos que apresentavam algum nível de escolarização, a diferença por gênero foi de 6,6% maior para os homens, o que era esperado para o local, se

considerarmos que eles eram maioria (53,3%). Estes dados diferem dos encontrados na realidade nacional.

Os níveis de escolarização apresentam sensível diferença por gênero. No grupo de 5 a 17 anos de idade, o percentual de pessoas que não freqüentavam escola foi de 9,5% para os homens e 8,4% para as mulheres. Nos três grupos etários (5 e 6 anos, 7 a 14 anos e 15 a 17 anos), a taxa de escolarização feminina suplantou a masculina. Em termos regionais, somente o grupo de 7 a 14 anos de idade das Regiões Sudeste e Sul as taxas de escolarização dos dois gêneros ficaram no mesmo nível (IBGE, 2004, p.11).

Os analfabetos, aqueles não capacitados para a leitura e a escrita, representaram 7,6% dos moradores dos conjuntos investigados, sendo quatro homens e 13 mulheres, com idade acima de 30 anos. No município, a taxa de analfabetismo em pessoas com 15 ou mais anos de idade era de 12,9%, em 2000 (IPARDES, 2006), maior do que a nacional, que registrou 11,4% para o mesmo grupo etário. “A evolução da escolarização reflete-se no nível da taxa de analfabetismo da população” (IBGE, 2004, p.11). Em cidades do interior, é comum encontrar entre as pessoas com idades mais elevadas, homens com nível de instrução maior do que das mulheres “[...] refletindo ainda os efeitos de uma época em que a educação feminina era menos valorizada” (IBGE, 2004, p.12).

Independente do sexo, 14 desses analfabetos estavam na faixa etária produtiva. O nível de instrução e de qualificação profissional pode ser um diferencial na seleção de candidatos a uma vaga de trabalho. Em Porto Rico, esse fator parece não influenciar tanto na relação atividade ocupacional e renda oferecida, ou seja, as instituições empregadoras nem sempre oferecem um plano de carreira, como incentivo para quem deseja melhorar sua escolarização. Tanto é que nem toda pessoa, ao concluir um curso, recebe incremento no salário. Como relatou um entrevistado, atendente da creche municipal, portador de curso de especialização e recebia salário de R\$ 385,00. Ao passo que outro entrevistado, era professor especialista e recebia quatro Salários Mínimos (cerca de R\$1.200,00), porque era servidor do Estado e, como tal, beneficiava-se de um plano de carreira.

Na população estudada, a categoria de serviços domésticos era a que empregava maior contingente de moradores, seguida pelas categorias do comércio, da construção civil e dos serviços de apoio, decorrentes da expansão de condomínios habitacionais destinados a turistas. Os órgãos públicos apareceram como a maior fonte de renda ocupacional urbana. Diversos moradores eram servidores municipais e/ou estaduais, ligados aos serviços de saúde, de educação e ao setor de apoio.

Diversas atividades ocupacionais, dentre as exercidas pelos envolvidos no estudo, não dependem de escolarização como pré-requisito, mas do conhecimento do ofício que,

normalmente, é transmitido entre as gerações, como nos casos de pescadores, de bóias-frias ou de trabalhadores domésticos. As oportunidades de trabalho ligadas ao rio e à terra são escassas na região e economicamente pouco compensadoras (TOMANIK, et al, 1997). Tanto é que apenas 6,69% do grupo estudado exercia atividades no rio ou na terra e, normalmente, fazia parte do subgrupo que auferiu menores rendas familiares.

Em 2000, a população economicamente ativa no município era de 1.114 pessoas. A arrecadação do PIB municipal foi constituída pelo comércio varejista, com 53,7%, a agropecuária com 44,09% (criação de gado bovino, algodão e mandioca) e a indústria com 2,21% (extração de minerais, material de transporte e produtos não metálicos) (IPARDES, 2008). Como visto, pelo tipo de exploração agrícola da região, a diferença de apenas 9,6 pontos percentuais de participação no PIB local entre as atividades comerciais e agropecuárias não se refletia diretamente nos índices de ocupação, já que as atividades comerciais e de prestação de serviços ocupavam cerca de 6,7 vezes mais pessoas que o trato com a terra ou as atividades ligadas ao rio. Dentre os moradores dos conjuntos que exerciam atividades ligadas à terra, dois (0,9%) eram funcionários da Prefeitura (viveiro e horta) e quatro (1,8%) trabalhavam como bóias-frias.

As atividades “do lar”, na maioria das vezes, eram exercidas por mulheres, inclusive por adolescentes ou idosas sem remuneração, enquanto os “serviços domésticos” ocorriam nas residências, hotéis ou pousadas. Geralmente essas atividades são executadas por trabalhadores informais com baixo nível de instrução, como caseiros, diaristas ou empregados domésticos. “A maior ocorrência de ocupações informais de baixa remuneração gera problemas sociais, como habitações inadequadas e alto índice de analfabetismo” (BERCINI; TOMANIK, 2006, p. 71).

Levantamento sobre a situação de trabalho em Porto Rico mostrou que, uma em cada três habitações, havia um trabalhador que exercia atividade ligada ao turismo, executando tarefas simples, que requerem pouca capacitação profissional e oferecem ganhos financeiros reduzidos (TOMANIK; FERNANDEZ, 2007).

Sendo uma cidade próxima a um grande rio e a uma região lacustre rica em biodiversidade, seria esperado que as ocupações ligadas ao rio proporcionassem mais e melhores oportunidades de emprego e renda. Estudo apreendeu que para os pescadores, “[...] a pesca é um prazer e até mesmo um momento de (re)afirmação de um estilo de vida” (TOMANIK, 1997, p. 423). No entanto, esses profissionais enfrentam obstáculos como os baixos preços do pescado, as dificuldades de comercialização, a diminuição dos cardumes – especialmente das espécies de maior valor comercial, produzidas principalmente pelas

alterações introduzidas no regime de vazão do rio Paraná (AGOSTINHO, 1997) – e os períodos de proibição da pesca que dificultam suas atividades.

A atividade pesqueira na região é vista como uma atividade de lazer pelos turistas e pode representar benefícios para o município. No entanto, para ao menos uma parte dos moradores locais, o crescimento do turismo voltado para a pesca esportiva ou mesmo para a fruição da natureza da região tem trazido mais problemas que benefícios. Ainda que o crescimento de empreendimentos voltados para a exploração do turismo na região tem gerado poucos postos de trabalho, já que boa parte da mão de obra é contratada fora da região, em função da qualificação. Outro agravante é o afluxo de turistas que tem contribuído para a elevação do custo de vida local, seja pela valorização imobiliária, seja pelo encarecimento de outros produtos (TOMANIK et al., 2005).

No setor rural, o pequeno produtor assume as atividades da propriedade para garantir a subsistência da família. Como a agricultura depende do período de safra (plantio e colheita), as contratações são temporárias, geralmente de bóias-frias. A pecuária emprega pouca mão-de-obra. Assim, a forma de ocupação da terra exercida na região “[...] exclui ou limita muito a participação do elemento humano e o mercado de trabalho urbano não parece comportar um número maior de pessoas” (TOMANIK, et al., 1997, p.404).

A falta de qualificação frente aos avanços do agronegócio deixa uma parcela da população às margens dos postos de trabalho, quer nas ocupações urbanas ou rurais. A expansão do agronegócio anda mais rápida que o aperfeiçoamento da mão-de-obra no campo (FAEP, 2008). Para superar este obstáculo, caberia ao município oferecer oportunidades de qualificação nas diversas áreas urbanas e rurais. Em contrapartida, as pessoas deveriam estar motivadas para melhorar seus conhecimentos, conquistar novos postos de trabalho, com renda compatível para viver dignamente.

Em “outras” ocupações, apareciam de um lado, os aposentados ou pensionistas. Muitos deles garantiam a subsistência da família e/ou ajudavam a cuidar dos netos. De outro, o mesmo grupo incluía os desempregados, dentre os quais havia dois ex-ilhéus, um analfabeto (56 anos de idade) e outro que sabia ler e escrever pouco (60 anos). Ambos estavam doentes, com dificuldades de inserção no mercado de trabalho e, o pior, sem aposentadoria. Os demais tinham nível de instrução variada e idade entre 18 e 40 anos. A falta de opções laborais na região tem motivado a população, especialmente os jovens, para a procura de emprego fora do município (GODOY; EHLERT, 1997).

Estudo sobre índice de desenvolvimento das famílias, em municípios do Rio de Janeiro, apontou a desigualdade de oportunidade de trabalho e o acesso ao conhecimento

como uma das dimensões mais críticas. Os grupos mais vulneráveis são formados por famílias com chefe acima de 65 anos de idade ou chefiadas por mulheres (NAJAR et al., 2008).

As mulheres, ao longo dos anos, têm assumido a responsabilidade formal de chefiar a família (MARTIN et al., 2005). O aumento da participação feminina no mercado de trabalho contribuiu para o rápido aumento de um processo social, a dupla jornada de trabalho. Muitas mulheres precisam dividir seu tempo, conciliar trabalho e afazeres domésticos, mas elas não podem contratar tais serviços no mercado por razões econômicas (baixo rendimento) ou falta de aparato social público (creches) (SOARES; SABÓIA, 2007).

Entre o grupo pesquisado, o mesmo processo ocorria com grande intensidade; 27% das mulheres assumiam a chefia da família, em decorrência da separação, da morte do marido ou da situação de mãe-solteira. Em algumas famílias, a mulher tinha rendimento maior, ainda assim, atribuía a chefia ao marido. Levantamento anterior mostrou que no núcleo urbano de Porto Rico, o número de mulheres que assumem o papel de responsáveis pela família tem aumentado, evidenciando a ausência dos maridos (TOMANIK et al., 1997).

A mulher chefe de família sente-se obrigada a contribuir financeiramente no sustento da família, inserindo-se cada vez mais no mercado de trabalho informal. Ao acumular as tarefas domésticas, não dispõe de tempo para cuidar de si, adoce com maior frequência e procura mais os serviços de saúde. Por essas e outras razões, Soares e Sabóia (2007) recomendam: a mulher precisa distribuir melhor o seu tempo, e assim terá a terceira jornada, que deve ser dedicada aos cuidados pessoais e ao lazer, além do mercado de trabalho e do cuidado à família.

Há de se considerar também que alguns maridos têm contribuído com suas esposas no cuidado com a família, se ambos trabalham. Soares e Sabóia (2007) observaram um aumento médio, em torno de uma hora de dedicação nos afazeres domésticos, entre os homens que vivem em famílias formadas por casal com filhos.

1.5 Considerações finais

O conjunto de dados encontrados nesse estudo revela a necessidade de elaborar um plano de ação direcionado à população residente nos conjuntos habitacionais selecionados na presente investigação, estendendo-se também à toda população ribeirinha do município de Porto Rico, com vistas à minimizar os problemas locais relacionados às condições ambientais e de vida.

Nossa proposta de intervenção consiste em desenvolver um trabalho de educação em saúde junto à população, que promova a adoção de medidas de higiene, o uso de instalações

sanitárias e destino de águas residuais, a limpeza e conservação do entorno e a destinação adequada de materiais recicláveis, com vistas a propiciar um ambiente urbano saudável e prevenir doenças como dengue, verminoses, problemas respiratórios, entre outros. “A educação em saúde é reconhecida pelo seu potencial para a redução de custos junto a diversos contextos da assistência, por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente [indivíduo] sobre decisões relacionadas á saúde (CHAVES et al, 2006, p. 546).

Paralelamente, é preciso que as autoridades municipais criem políticas públicas voltadas para o ensino de qualidade e a geração de trabalho e renda. Deve-se dar prioridade aos cursos profissionalizantes voltados para as necessidades do município e região, por exemplo, casa de cultura para os jovens sem emprego, atendimento no comércio e ao turista, etc.

Outra possibilidade seria o estabelecimento de parceiras dos serviços municipais com instituições de ensino, inclusive com as universidades, para a oferta de cursos de artesanatos e comidas típicas regionais, que possam servir de complemento na renda familiar em períodos de crise e, assim, elevar a satisfação, as condições de vida e saúde desses moradores.

Espera-se, com base nesse conjunto de informações, colaborar com os serviços municipais de Porto Rico, com ênfase nas áreas de planejamento, educação, saúde e saneamento ambiental, para a elaboração de planos de ação com vistas à melhoria da qualidade de vida dos segmentos menos favorecido economicamente da população.

1.6 Referências

AGOSTINHO, A. A. Qualidade dos habitats e perspectivas para a conservação. In: VAZZOLER, A. E. A. de M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. (Ed.). **A planície de inundações do alto do rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: EDUEM: NUPELIA, 1997. p. 455-60.

_____; ZALEWSKI, M. **A planície alagável do alto rio Paraná: importância e preservação**. Maringá: EDUEM, 1996.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. Cap.6, p. 149-177.

BARCELLOS, C. C.; SABROZA, P. C.; PEITER, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 3, p.129-138, 2002.

BERCINI, L. O.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre a saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre mulheres de pescadores no município de Porto Rico, Paraná. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 5, Supl., p. 71-76, 2006.

- [BRASIL] 2008. Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. **Descritores em Ciências da Saúde - DeSC**. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxisl660.exe/decsserver/> . Acesso em: 05 dez. 2008.
- [BRASIL] 2007. Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil – IDB 2007**. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br> . Acesso em 18 dez 2008.
- [BRASIL] 2007a. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Contagem da população 2007**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf. Acesso em: 08 out 2008.
- [BRASIL] 2004. Ministério da Saúde. OPAS. **Avaliação de impacto na saúde das ações de saneamento: marco conceitual e estratégias metodológicas**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Mnl_Impac.pdf . Acesso: 05 jul. 2008.
- CESAR, C. L. G. Condições de vida. In: CESAR, C. L. G. (Org.) **Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo**. São Paulo: USP/FSP, 2005. p. 65-78.
- CHAVES, E. S.; LÚCIO, I. M. L.; ARAÚJO, T. L.; DAMASCENO, M. M. C. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm** v. 59, n. 4, p. 543-7, 2006.
- DIEGUES, A. C.; ARRUDA, R. S. V. (Org.) **Saberes tradicionais e biodiversidade no Brasil**. Brasília: Ministério do Meio ambiente; São Paulo: USP, 2001. 176p. (Biodiversidade, 4).
- FAEP. Federação da Agricultura do Estado do Paraná. **Boletim Informativo nº. 1014**. Curitiba: FAEP/SENAR. 2008.
- GODOY, A.G.; EHLERT, L.G. Porto Rico: a difícil sobrevivência do homem e do meio. In: VAZZOLER, A. E. A. de M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. (Ed.). **A planície de inundações do alto do rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: EDUEM: NUPELIA, 1997. p. 435-451.
- IBGE. Cidades@Porto Rico – Pr. **Informações Estatísticas. 2007**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> . Acesso em: 28 nov 2008.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD. Síntese de Indicadores 2004. **Comentários**. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/comentarios2004.pdf. Acesso em: 15 mar 2007.
- IPARDES. **Anuário Estatístico do Estado do Paraná. 2006** Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/index.php>. Acesso em: 30 nov 2008.
- IPARDES. Perfil dos Municípios. **Município de Porto Rico. 2008**. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=87950&btOk=ok. Acesso em: 30 jan 2009.
- KRAN, F. FERREIRA, F. P. M. Qualidade de vida na cidade de Palmas – TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. **Ambient. soc.**, v. 9, n. 2, p. 123-141, 2006.
- MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L.; BASTOS, Y. G. L. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 4, n. 3, p. 151-8, 2005.
- MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 7-18, 2000.
- NAJAR, A. L.; BAPTISTA, T. W. F.; ANDRADE, C. L. T. Índice de desenvolvimento da família: uma análise comparativa em 21 municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, n. 24, supl., 1, p. S134-S147, 2008.

PAIOLA, L. M.; TOMANIK, E. A. Populações tradicionais, representações sociais e preservação ambiental: um estudo sobre as perspectivas de continuidade da pesca artesanal em uma região ribeirinha do rio Paraná. **Acta Scientiarum. Human and Social Science**, v. 24, n. 1, p. 175-80, 2002.

[PARANÁ] 2005. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Estatísticas de mortalidade (população). **População por faixa etária – 2005**. Geral. Ordem Alfabética de municípios. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Estatisticas/pop/2005-FE-2000.xls> . Acesso em: 11 dez 2008.

PHILIPPI JÚNIOR, A.; MALHEIROS, T. F. Saneamento e Saúde Pública: integrando homem e ambiente. In: PHILIPPI JÚNIOR, A. (Org.). **Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável**. Barueri, SP: Manole, 2005. cap. 1, p. 3-31.

[PNUD]. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Perfil Municipal. Porto Rico (PR). 2004. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/> . Acesso em: 07 mai 2007.

PORTO RICO. Prefeitura Municipal. **Histórico do município de Porto Rico - PR**. Porto Rico, [s.d.].

ROSA, M. C. O processo de ocupação e situação atual. In: VAZZOLER, A. E. A. de M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. (Ed.). **A planície de inundações do alto do rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: EDUEM: NUPELIA, 1997. p. 371-94.

SOARES, C.; SABÓIA, A. L. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 2001 a 2005**. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Pesquisa e Indicadores Sociais, 2007. (textos para discussão nº 21) Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tempo_trabalho_afdom_pnad2001_2005.pdf . Acesso em: 22 ago2007.

SPONCHIADO, D; EIDT, N. M.; TOMANIK, E. A. Representações sociais sobre o trabalho elaboradas pela população economicamente ativa de uma comunidade ribeirinha do rio Paraná. **Acta Scientiarum. Human and Social Science**, v. 24, n. 1, p. 181-188, 2002.

TOMANIK, E. A. Elementos sobre as representações sociais dos pescadores “profissionais” de Porto Rico. In: VAZZOLER, A. E. A. de M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. (Ed.). **A planície de inundações do alto do rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: EDUEM: NUPELIA, 1997. p. 415-34.

_____; FERNANDEZ, J. B. M. Trabalho e Qualidade de vida. In: Universidade Estadual de Maringá/PELD. **Relatório do Sítio.6: 2007** A planície alagável do rio Paraná. Disponível em: http://www.peld.uem.br/Relat2007/pdf/capitulo_17.pdf. Acesso : 27 nov. 2008.

_____; _____; SILVA, D. M. P. P.; et al. Trabalho, qualidade de vida, saúde e representações sociais. In: Universidade Estadual de Maringá/PELD. **Relatório do Sítio.6: 2005**. A Planície de Inundação do alto rio Paraná. Programa PELD/CNPq. Disponível em: www.peld.uem.br/Relat2005/pdf/21_Trabalhoqualidadevida2005a.pdf. Acesso em: 10 set 2005.

_____; GODOY, A. M. G. Demographic Studies in High Paraná River Floodplain. In: AGOSTINHO, A. A.; RODRIGUES, L.; GOMES, L. C.; et al. **Structure and functioning of the Paraná river and floodplain: LTER-Site6- (PELD-Sítio06)**. Maringá: EDUEM, p. 253-257, 2004.

_____; _____; EHLERT, L. G. A vida na região: dados sócio-econômicos do núcleo urbano de Porto Rico. In: VAZZOLER, A. E. A. de M.; AGOSTINHO, A. A.; HAHN, N. S. (Ed.). **A planície de inundações do alto do rio Paraná: aspectos físicos, biológicos e socioeconômicos**. Maringá: EDUEM: NUPELIA, 1997. p. 395-413.

UEM/NUPELIA. UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. Núcleo de Pesquisas em Limnologia Ictiologia e Aqüicultura. [s.d.] ([Arquivo de figuras e fotos](#)).

CAPÍTULO 2

**Morbidade referida por moradores ribeirinhos, município de Porto Rico, Estado do
Paraná, Brasil**

RESUMO

Morbidade referida é um indicador da percepção do indivíduo sobre suas condições de saúde, utilizado para avaliar o acesso aos serviços de saúde e a demanda reprimida da população. O estudo visou investigar a morbidade referida por moradores de Porto Rico. A amostra foi constituída por um representante de cada moradia dos conjuntos habitacionais, divididos em dois grupos, A e B. Por meio de inquérito domiciliar, as informações foram obtidas, nos meses de julho/2005 e janeiro/2006, e analisadas no programa Statistical Analysis Software (SAS). A maioria dos entrevistados percebeu sua saúde de forma positiva. Os principais problemas de saúde, citados pelos grupos, foram relativos à hipertensão arterial, nervoso, depressão, cardíaco e infecções diversas. Problemas respiratórios foram mais citados pelo grupo A. Comorbidade foi citada por 38,1% dos entrevistados e variou de duas a sete patologias por indivíduo. A maioria negou consumo de bebida alcoólica e/ou tabaco, mas o grupo B referiu maior consumo da bebida e o grupo A, de tabaco. Moradores do grupo B referiram melhores condições de saúde e de renda. A educação em saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis de vida, como alimentação e atividades físicas, medidas para aliviar estresse e evitar hábitos nocivos de consumo de tabaco e/ou álcool, dentre outros, auxilia no enfrentamento de situações adversas de adoecimento, na promoção da saúde e de qualidade de vida.

Palavras-chave: Avaliação de Serviços de Saúde. Comorbidade. Estilo de Vida. Estudos Ecológicos. Nível de Saúde.

ABSTRACT**Self-reported morbidity by the riverine population, municipality of Porto Rico, Paraná State, Brazil.**

Self-reported morbidity is an indicator of an individual's perception of his/her living conditions, applied to evaluate the access to health services and any repressed demand. This study aimed to investigate the self-reported morbidity rate of the inhabitants of Porto Rico. The sample was comprised of one representative from each household of the town's affordable housing complexes, divided into two subgroups, A and B. Information was collected through home surveys, during the months of June 2005 and January 2006. Data were analyzed using the Statistical Analysis Software (SAS) software. The majority of interviewed subjects had a positive perception of their health. The main health problems recalled were associated with arterial hypertension, nervous system conditions, depression, heart problems and assorted infections. Respiratory problems were more common in group A. Self-reported co-morbidity (38.1%) varied from two to seven pathologies per individual. Although the use of alcohol/tobacco was denied by most, alcohol was mentioned more often by group B and tobacco by group A. Residents of group B reported better health and income conditions. Adopting healthy life habits, such as physical activity and an adequate diet, as well as measures to relieve stress and avoid harmful habits (tobacco/alcohol), can aid in facing adverse health situations, promoting health and quality of life.

Keywords: *Health Services Evaluation. Co-morbidity. Lifestyle. Ecological Studies. Health Status.*

RESUMEN

Morbilidad referida por moradores ribereños, municipio de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil

Morbilidad referida es un indicador de la percepción del individuo sobre sus condiciones de salud, utilizado para evaluar el acceso a los servicios de salud y la demanda reprimida de la población. El estudio pretendió investigar la morbilidad referida por moradores de Porto Rico. La muestra fue constituida por un representante de cada residencia de los conjuntos habitacionales, divididos en dos grupos, A y B. Por medio de averiguación domiciliario, las informaciones fueron obtenidas en los meses de julio/2005 y enero/2006, y analizadas en el programa *Statistical Analysis Software* (SAS). La mayoría de los entrevistados percibió su salud de forma positiva. Los principales problemas de salud, citado por los grupos, fueron relativos a la hipertensión arterial, nervios, depresión, cardíacos e infecciones diversas. Problemas respiratorios fueron más citados por el grupo A. Comorbidad fue citada por 38,1% de los entrevistados y varió de dos a siete patologías por individuo. La mayoría negó consumo de bebida alcohólica y/o tabaco, pero el grupo B refirió mayor consumo de la bebida y el grupo A, de tabaco. Moradores del grupo B refirieron mejores condiciones de salud y de renta. La educación en salud con énfasis en la adopción de hábitos saludables de vida, como alimentación y actividades físicas, medidas para aliviar estrés y evitar hábitos nocivos de consumo de tabaco y/o alcohol, entre otros, auxilian en el enfrentamiento de situaciones adversas de enfermar, en la promoción de la salud y de calidad de vida.

Palabras clave: Evaluación de Servicios de Salud. Comorbidad. Estilo de Vida. Estudios Ecológicos. Nivel de Salud.

2.1 Introdução

Estudos ecológicos têm contribuído com as investigações das condições de saúde frente à desigualdade social, correlacionando os indicadores epidemiológicos aos socioeconômicos, geralmente provenientes de censos. Servem para comparar a ocorrência de doenças ou condições relacionadas à saúde com a exposição aos fatores de risco entre os grupos de indivíduos e verificar se existe associação entre eles⁽¹⁾.

O estado de saúde pode ser determinado por diversos fatores, que interagem em quatro dimensões: a biologia humana, o ambiente, o estilo de vida e o sistema de atenção à saúde⁽²⁾. O estilo de vida é um elemento determinante da promoção da saúde e significativa no processo de construção de uma qualidade de vida saudável. A adoção de hábitos saudáveis de vida, tais como atividade física regular e alimentação balanceada, é essencial para o enfrentamento de condições ou situações adversas⁽³⁾.

A dimensão do estado de saúde de uma população pode ser avaliada por diversos indicadores e métodos de mensuração da saúde-doença. A análise de indicadores de saúde, como de mortalidade e de morbidade* em determinada população, serve para verificar as desigualdades sociais e fornece subsídios para o planejamento em saúde⁽⁴⁾.

Apesar de serem pouco empregados e citados na literatura, os inquéritos de saúde de base populacional possibilitam maior aproximação dos problemas reais de saúde que ocorrem (morbi-mortalidade), independentemente de sua gravidade. Para Carandina et al.⁽⁵⁾, esse modelo de estudo permite identificar a percepção de seu estado de saúde ou a representação da doença feita pelos indivíduos, independente de critérios médicos de diagnóstico.

O inquérito domiciliar é um recurso utilizado na investigação de morbidade. É de fácil aplicação nos serviços de saúde e possibilita o acesso ao conhecimento submerso, à morbidade percebida, sentida ou ainda reprimida, sem acesso aos serviços e as práticas não formais de restauração da saúde. Ademais, a morbidade referida complementa as informações de morbidade geral, obtidas de fontes secundárias e possibilita obter informações sobre as deficiências dos serviços e incapacidades no consumo de recursos pelos usuários⁽⁶⁾.

A auto-avaliação da saúde é outro indicador de avaliação da saúde pessoal, altamente correlacionado à morbidade e mortalidade. Possibilita à pessoa referir os agravos da saúde dos quais está acometida e o impacto que os mesmos geram no seu bem-estar global: físico, mental e social⁽²⁾. As informações sobre saúde de um indivíduo, família e comunidade devem incluir também conhecimentos integrados sobre as condições sociais, ambientais, econômicas

*Mortalidade: "Todas as mortes notificadas em uma população". Morbidade: "Qualquer alteração, subjetiva ou objetiva, na condição de bem-estar fisiológico ou psicológico" (<http://desc.bvs.br>)

e políticas em que o indivíduo ou o grupo vivem⁽⁷⁾ e servir de subsídios para a formulação de políticas públicas.

“Monitorar o estado de saúde das populações interessa a diferentes setores de todos os níveis de governo e à sociedade e suas organizações, no processo de construção de estratégias para a obtenção de melhor qualidade de saúde e de vida”^(2:11).

O Grupo de Estudos Socioambientais da Universidade Estadual de Maringá (GESA/UEM) participa, juntamente com o Núcleo de Pesquisas em Limnologia, Ictiologia e Aqüicultura (NUPELIA) e o Grupo de Estudos Multidisciplinares do Ambiente (GEMA), do Programa de Pesquisas Ecológicas de Longa Duração, desde 1992. Seus pesquisadores vêm investigando aspectos ligados aos processos sócio-econômicos, histórico-culturais e de saúde-doença da população de Porto Rico e região, decorrentes das alterações ambientais ocorridas na planície de inundação do rio Paraná⁽⁷⁾. [Figura 2].

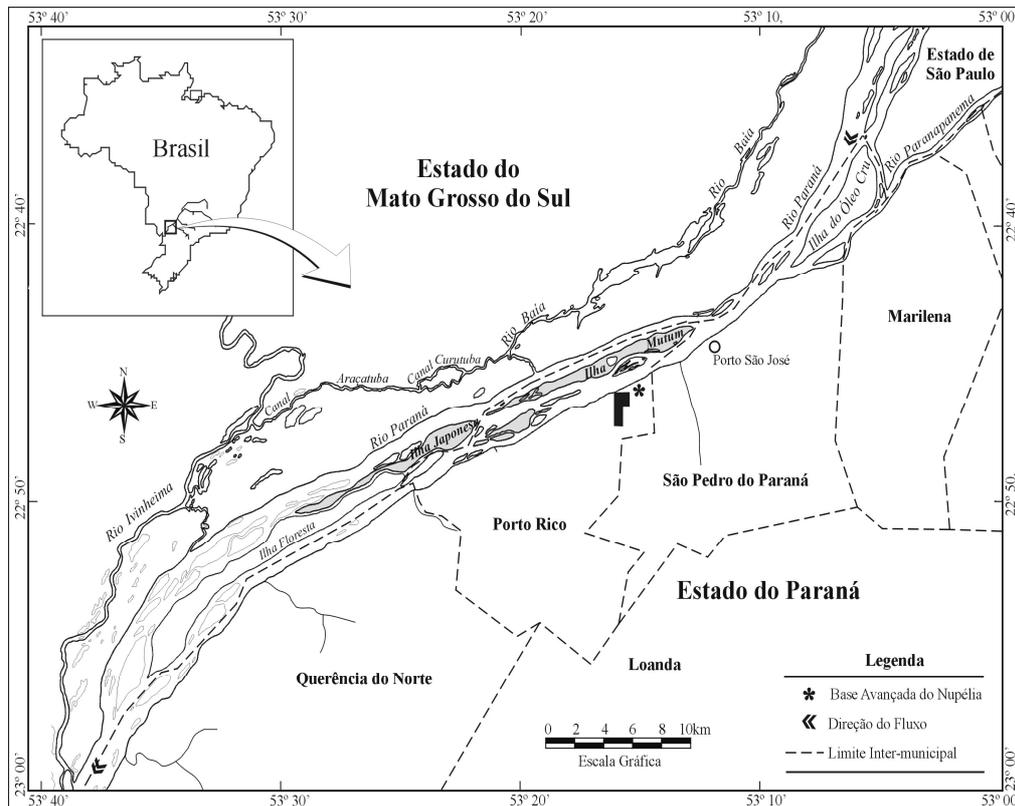


Figura 2. Mapa da localização do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil (NUPELIA/UEM, [s.d.])

O segmento de pesquisa sobre Indicadores, Hábitos e Necessidades de Saúde agrupa estudos sobre as tendências de morbi-mortalidade do município e de busca por atendimento junto ao sistema oficial de cuidados, como as Representações Sociais da população sobre os processos saúde-doença. Os resultados evidenciaram alguns problemas: a presença do

alcooolismo, o adoecimento e os acidentes de trabalho entre a população ribeirinha, os quais estão intimamente relacionados ao ambiente em que essa população está inserida^(7, 8).

2.1.1 Objetivo e local do estudo

Como forma de continuidade dessas pesquisas, o presente trabalho visou investigar a morbidade referida por moradores de três conjuntos habitacionais do núcleo urbano, no município de Porto Rico, PR, Brasil.

Porto Rico é uma cidade ribeirinha localizada na região noroeste do Estado do Paraná, às margens do rio Paraná. Ocupa uma área de 227 km² e tem 2.462 habitantes, conforme Censo de 2007. Há em torno de 821 ligações na rede de abastecimento de água e 1.056 de energia elétrica, além de coleta sistemática de lixo⁽⁹⁾. A rede de esgoto e tratamento de águas pluviais está em fase de construção.

O município pertence à 14^a Regional de Saúde e Macro-Regional de Saúde do Noroeste do Paraná com sede em Paranavaí. Três estabelecimentos de saúde públicos oferecem cuidados à população, através do Sistema Único de Saúde (SUS): um hospital de pequeno porte, com nove leitos; um Núcleo Integrado de Saúde (NIS-I) composto por uma equipe que presta atendimento básico, uma de Saúde Bucal e uma equipe do Programa Saúde da Família, além de um NIS-II no distrito de Relíquia, com uma equipe de PSF que atende uma área de abrangência de 2.336 pessoas. Os casos de média complexidade, inclusive ortopedia, são encaminhados aos municípios próximos, Santa Cruz de Monte Castelo, Loanda ou Paranavaí, e os de alta complexidade, para Curitiba⁽⁷⁾.

No núcleo urbano foram edificadas três conjuntos habitacionais. À esquerda da Rua Joaquim de Campos, está localizado o conjunto Flamingo, que abriga 28 residências, e à direita, os conjuntos Casa Feliz, 10, e o Por do Sol, 35.

Os três conjuntos foram construídos de forma separada, embora próximos das demais residências e vias públicas que compunham, originalmente, o núcleo urbano da cidade de Porto Rico, com vistas a atender a necessidade de moradia da parcela menos favorecida economicamente da população, ou seja, das famílias de baixa renda, vítimas dos impactos sócio-ambientais que assolaram a região.

2.2 Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, comparando a morbidade referida pelos grupos A e B, compreendidos por moradores dos conjuntos habitacionais de Porto Rico, PR. No presente estudo, os moradores do conjunto Flamingo foram agrupados no Grupo A e os moradores do

Por do Sol e Casa Feliz, no Grupo B, devido à proximidade dos dois conjuntos e semelhança na infra-estrutura, que contrastava com o primeiro conjunto, observadas no período da pesquisa [Figura 3].



Figura 3. Imagem via satélite do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil (extraída do Google Earth, 2006), com localização da área do estudo.

O grupo amostral constituiu-se por um representante das 63 moradias situadas nos três conjuntos, excluídas aquelas que estavam desabitadas ou ocupadas por turistas. Um adulto, capaz de responder coerentemente as questões formuladas, foi convidado a participar do estudo após ser informado sobre o objetivo da pesquisa, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. Concordando em responder o instrumento, o mesmo assinou o termo de consentimento informado. A coleta de informações ocorreu nos meses de julho de 2005 e janeiro de 2006, através de inquérito domiciliar, aplicado pela pesquisadora. Foi utilizada a Ficha de Informações sobre o Respondente, elaborada pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL)⁽¹⁰⁾ [Anexo I]. Foram coletadas as seguintes variáveis: demográficas e socioeconômicas (sexo, faixa etária, constelação familiar, ocupação profissional e renda familiar); saúde (nível de saúde e agravos à saúde no período de 12 meses) e estilo de vida (uso de tabaco e/ou álcool). Os dados foram processados no Programa Statistical Analysis Software (SAS) para obter a estatística descritiva, seguido do teste de correlação de Spearman (R), para verificar se existe correlação entre as variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP/UEM), da Universidade Estadual de Maringá, sob o Parecer n. 404/2005, atendendo a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10 out. 1996. [Anexo II]

2.3 Resultados

No período da pesquisa, as ruas do conjunto Flamingo estavam desprovidas de pavimentação e de calçamento externo, gerando poeira em dias secos, ou barro, no período de chuva. A maioria das moradias tinha aparência descuidada, sem pintura externa, sem cercas nas divisas dos lotes, pouca arborização, lixo e entulhos depositados no quintal e em terrenos baldios próximos, denotando contraste em relação aos outros conjuntos.

Nos dois conjuntos localizados à direita, as ruas estavam pavimentadas. Todas as moradias do conjunto Casa Feliz foram edificadas em frente ao conjunto Por do Sol, como se fossem um só conjunto. A maioria das residências e seus entornos apresentavam boas condições habitacionais; muitas delas foram reformadas e/ou ampliadas, pintadas, construídas cercas ou muros nas divisas e calçamento externo. Foram plantadas árvores frutíferas, hortaliças e/ou plantas ornamentais nos quintais.

A tabela abaixo apresenta as características sociodemográficas da amostra, representada pelos dois grupos de moradores.

Tabela 4. Distribuição das variáveis sócio-demográficas, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Características sócio-demográficas		Grupo A	Grupo B	Total	
		n	n	n	%
Sexo	Feminino	19	27	46	73,0
	Masculino	04	13	17	27,0
Faixa Etária	18 a 29 anos	03	13	16	25,4
	30 a 59 anos	18	23	41	65,0
	60 anos e +	02	04	06	09,6
Estado Conjugal	Mora com companheiro	14	27	41	65,0
	Viúvo/Separado/divorciado	06	08	14	22,2
	Solteiro	03	05	08	12,8
Constelação familiar	Chefe	11	21	32	50,8
	Cônjuge	11	16	27	42,8
	Filho(a)	01	03	04	06,4
Escolaridade	Analfabeto	05	03	08	12,8
	Fundamental incompleto	12	12	24	38,0
	Fundamental completo	-	05	05	07,9
	Médio	05	17	22	34,9
	Universitário	01	03	04	06,4
Ocupação profissional	Urbana	11	29	40	63,5
	Ligada ao rio e a terra	05	04	09	14,3
	Outras	07	07	14	22,2
Renda familiar	Até 2 SM* (R\$599,99)	15	13	28	44,4
	2 a 4 SM (R\$ 600,00 a 1.199,99)	05	20	25	39,7
	+ de 4 SM (R\$1.200,00)	03	07	10	15,9

*Salário mínimo vigente era de R\$300,00, na época da pesquisa.

A tabulação dos dados mostrou que a maioria pertencia ao sexo feminino (73%), a idade média dos entrevistados variava entre 30 a 59 anos (65%); mantinha união estável (65%) e era chefe da família (50,8%). A escolaridade era baixa, 50,8% não havia concluído o ensino fundamental. Predominavam as atividades urbanas (63,5%) com renda familiar entre menos de um a sete salários mínimos (SM), sendo que 44,4% dos entrevistados recebiam abaixo de dois SM.

Em relação à percepção do nível de saúde, a maioria dos moradores atribuiu valor positivo à sua saúde e a quarta parte afirmou considerá-la como regular. [Tabela 5]

Tabela 5. Distribuição da percepção do nível de saúde, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Como está sua saúde?	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito ruim	02	08.70	-	00.00	02	03,18
Ruim	01	04.35	02	05.00	03	04,76
Nem ruim/nem boa	06	26.09	11	27.50	17	26,98
Boa	14	60.87	19	47.50	33	52,38
Muito boa	-	00.00	08	20.00	08	12,70
Total	23	100	40	100	63	100

O Grupo B avaliou sua condição de saúde com otimismo, não referiu *saúde muito ruim*. No Grupo A, não houve referência de *saúde muito boa*. A avaliação intermediária foi semelhante entre os grupos.

Em relação à morbidade referida, 21,7% do grupo A e 42,5% do Grupo B negaram problemas de saúde (P0) nos últimos 12 meses. Os demais relataram ao menos um problema de saúde. [Tabela 6]

Tabela 6. Distribuição da morbidade referida, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Morbidade referida	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
PO. Sem problema de saúde	05	21,7	17	42,5
PS. Pelo menos um Problema de Saúde:	18	78,2	24	57,5
Total	23	100	40	100

Os agravos à saúde que geraram maior insatisfação e contribuíram para o adoecimento nos dois grupos de moradores ribeirinhos estão distribuídos na Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição dos problemas de saúde referidos, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Problemas relacionados à saúde	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
PS1. Problema do coração	03	13,0	03	07,5
PS2. Pressão alta (hipertensão arterial)	07	30,4	07	17,5
PS3. Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	01	04,3	-	-
PS4. Câncer	-	-	-	-
PS5. Enfisema ou bronquite	03	13,0	-	-
PS6. Diabetes	-	-	03	07,5
PS7. Catarata (problema de visão)	02	08,7	01	02,5
PS8. Artrite ou reumatismo	02	08,7	04	10,0
PS9. Osso quebrado ou fraturado	02	08,7	06	15,0
PS10. Problema Crônico no pé	01	04,3	01	02,5
PS11. Problema Nervoso crônico/emocional	07	30,4	05	12,5
PS12. Hemorróida /sangramento anal	01	04,3	03	07,5
PS13. Doença de Parkinson	-	-	-	-
PS14. Problemas com Álcool ou drogas	-	-	-	-
PS15. Queimaduras	-	-	-	-
PS16. Depressão	03	13	05	12,5
PS17. Gravidez	-	-	01	02,5
PS18. Doença de pele	02	08,7	03	07,5
PS19. Outros problemas não especificados	11	47,8	07	17,5

No Grupo B, 57,5% dos moradores referiram problemas de saúde e 32,5% indicaram comorbidade*, a qual variou de dois a seis problemas de saúde. Os principais agravos à saúde foram relacionados à hipertensão arterial, problemas ósseos, nervoso e depressão.

No Grupo A, 78,2% dos moradores referiram agravos à saúde e 47,8%, comorbidade de dois e sete problemas de saúde. Destacaram-se hipertensão arterial, nervoso, depressão, problemas cardíacos e respiratórios.

Outros problemas de saúde não especificados, mais citados pelos dois grupos, foram: enxaqueca, dor de cabeça, gripe, sinusite, labirintite, amidalite, gastrite, hepatite, infecção urinária, cólica renal, alergias e coluna. Muitos agravos são de origem infecciosa e/ou aguda.

Não houve relato de doenças crônicas como câncer e mal de Parkinson, de queimaduras ou problemas com álcool e drogas pelos moradores dos dois grupos e nem de diabetes ou de gestação no Grupo A.

Foram apreendidas algumas variáveis de morbidade correlacionadas ao nível de significância de 95% de confiança ($\alpha=0,05$), através da correlação de Spearman (R).

* Coexistência de doença(s) outra(s), além de determinada doença objeto de estudo em um indivíduo (<http://desc.bvs.br>).

As variáveis que apresentaram correlação no Grupo A foram: (1) problemas do coração com hipertensão arterial, depressão, problema crônico no pé e sangramento anal; (2) hipertensão arterial com nervoso crônico/emocional e depressão; (3) acidente vascular cerebral com afecção pulmonar, déficit na visão e artrites; (4) afecção pulmonar com problema crônico no pé, déficit de visão, artrites e doenças de pele e (5) depressão com problema crônico no pé.

Já no Grupo B houve correlações significativas de: (1) problemas do coração com diabetes, artrites, sangramento anal e doença de pele; (2) hipertensão arterial com déficit de visão e problema crônico no pé; (3) nervoso crônico/emocional com diabetes e artrites; (4) problema ósseo (fraturas) com sangramento anal e doença de pele e (5) problema crônico no pé com depressão e com outros problemas.

Os entrevistados negaram problemas relacionados ao estilo de vida, como o uso de tabaco, álcool e drogas. Alguns afirmaram que *às vezes* fazem uso apenas de tabaco ou de álcool e, outros afirmaram que fumam e bebem. Nenhum dos entrevistados referiu o uso de drogas “ilícitas”, até porque isto não foi questionado diretamente. [Tabela 8]

Tabela 8. Distribuição do consumo de tabaco e álcool, segundo dois grupos de entrevistados. Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. 2006.

Consumo de tabaco e/ou álcool	Grupo A		Grupo B		Total	
	N	%	n	%	n	%
Nega	13	56.52	23	57.50	36	57,14
Fuma	07	30.43	06	15.00	13	20,63
Bebe	01	04.35	08	20.00	09	14,29
Fuma e bebe	02	08.70	03	07.50	05	07,74
Total	23	100	40	100	63	100

A análise por grupos indicou que, no Grupo A, a proporção dos entrevistados que fumam é o dobro do que no Grupo B. Por outro lado, a proporção daqueles que bebem, no Grupo B, é quase o quádruplo do Grupo A. Em relação ao duplo vício, a proporção foi semelhante para os dois grupos.

2.4 Discussão

Os resultados desse trabalho mostram uma avaliação positiva no nível de saúde pelos dois grupos estudados. Essa avaliação foi influenciada pela baixa ocorrência de adoecimentos (agravos à saúde) no último ano, relatada pela população incluída nesta investigação.

Os achados dessa pesquisa estão em concordância com diversos estudos regionais e na população brasileira, em relação à morbidade^(7,8,11-19). A avaliação da condição de saúde por usuários de serviços de saúde em Porto Alegre indicou que a maioria estava satisfeita, quase um quarto indiferente e uma pequena parcela insatisfeita com suas condições de saúde⁽¹¹⁾.

A análise das condições de vida e do nível de saúde de uma população deve considerar a presença e a interação de fatores como história, cultura, saúde, educação, trabalho e renda, dentro do contexto ambiental.

Estudo sobre determinantes de desigualdades na avaliação da saúde no Brasil, fundamentado em dados do PNAD/1998, aponta que os níveis de escolaridade e de renda influenciam o posicionamento das pessoas. Assim, a classificação em *saúde muito boa* ou em *saúde ruim* ou *muito ruim* foi maior em pessoas com menores níveis de escolaridade, seguida pela renda. Devido a grande extensão e diversidade social no Brasil, esses valores foram mais acentuados do que em outros países⁽¹²⁾.

Os dados refletem as desigualdades sociais (de renda e instrução) e de saúde entre os dois grupos estudados. Estes indicadores podem ter contribuído para o maior número de problemas de saúde referidos pelo Grupo A e estar interferindo nas condições de vida e saúde deste grupo.

O nível de escolaridade associado ao desempenho de atividades cotidianas interfere na percepção do estado de saúde das pessoas, já que a autonomia eleva o grau de satisfação com a saúde e com a própria vida, especialmente entre idosos⁽¹³⁾.

Em relação à morbidade referida pelos entrevistados, houve diferença na situação de saúde entre os dois grupos. No Grupo A, um número menor de pessoas negou adoecimento e apresentou maior proporção de agravos à saúde nos últimos 12 meses, em relação ao Grupo B. Estudos anteriores, desenvolvidos com outros grupos populacionais do mesmo município, ao questionar a ocorrência de agravos relacionados à saúde em, constatou que pouco mais da metade dos entrevistados não apresentou problemas de saúde nos doze meses anteriores⁽¹⁴⁾. As principais causas de busca por serviços de saúde no município foram, problemas respiratórios (gripe, amigdalite, infecção de vias aéreas superiores, bronquite e pneumonia), seguidas dos sintomas mal definidos (tosse, dor abdominal, cefaléia e vômito), osteomuscular, geniturinário, digestivo, doença infecto-parasitárias, do aparelho circulatório, transtornos mentais/comportamentais, doenças da pele e, de forma positiva, o acompanhamento do pré-natal ao puerpério⁽⁸⁾.

Por outro lado, mulheres de pescadores da região de Porto Rico associaram a ocorrência de afecções respiratórias e parasitoses, principalmente, ao grupo infante-juvenil,

doenças do aparelho circulatório e hipertensão em faixas etárias mais avançadas e queixas de gripe, resfriado, dores de cabeça, nas costas e pernas em adultos, como resultante da atividade pesqueira⁽⁷⁾.

Esses conjuntos de informações indicam elevada ocorrência de hipertensão, doenças respiratórias, parasitárias, cardíacas e infecções diversas. Tais agravos à saúde podem estar associados às condições ambientais inadequadas, decorrentes à falta de pavimentação no conjunto Flamingo, à ausência da rede de esgoto no município e ao uso de agrotóxicos nas lavouras da região.

Estudo sobre a qualidade de vida em Palmas, TO, aponta que problemas na infraestrutura, devido à falta de pavimentação e de acesso ao esgotamento sanitário trouxeram prejuízos à saúde daquela população, constatada pelo aumento de infecções respiratórias e verminoses. Kran e Ferreira⁽¹⁵⁾ argumentam que a falta de pavimentação nos bairros prejudica a circulação de veículos para coleta de lixo em dias chuvosos, gerando maus hábitos nos moradores que poluem o ambiente ao lançar resíduos em terrenos baldios e vias públicas. No período seco, a poeira causa problemas respiratórios e dificulta a higiene e conservação dos domicílios, levando à insatisfação.

O aumento da expectativa de vida elevou a morbidade por doenças crônicas não-transmissíveis que incapacitam pessoas de diversas faixas etárias. “O desenvolvimento de doenças crônicas ocupa papel central na meia-idade. A morbidade e mortalidade por doenças crônicas predominam na época tardia, coincidindo com a aposentadoria”^(16:499). O grupo da terceira idade é mais vulnerável à comorbidade, especialmente daqueles agravos que provocam incapacidades e dependências, necessitando de maior cuidado à saúde⁽¹⁷⁾.

Apesar da faixa etária nos dois grupos estudados englobar pessoas mais jovens, a presença de comorbidade também foi constatada. Entre os entrevistados, um dos agravos à saúde mais relatados foi hipertensão, muitas vezes associada às doenças circulatórias. Nos dois grupos, a hipertensão foi significativa e acometeu pessoas na faixa etária de 40 a 49 anos. A frequência de hipertensão referida pelo Grupo A foi quase o dobro em relação ao Grupo B (30,4% para 17,5% respectivamente).

A maioria das pessoas de meia-idade e idosas acabam desenvolvendo pelo menos uma doença crônica, podendo chegar a oito ou mais. Mulheres referem mais agravos dos que homens. A prevalência de doenças como hipertensão, artrite, déficit na capacidade funcional, doenças do coração, diabetes, bronquite, doença renal, câncer, cirrose e depressão têm sido descritas e associadas a comorbidade em diversos estudos^(11, 14,18,19).

As queixas de depressão e problema nervoso foram mais frequentes no Grupo A (43,4%) que no Grupo B (25%). A depressão acometeu pessoas na faixa dos 30 anos, enquanto o problema nervoso entre 30 e 69 anos, sobretudo em mulheres. Um dos fatores desses agravos à saúde pode ser decorrente da insatisfação com as condições ambientais locais, como, a falta de pavimentação do conjunto demanda maior esforço físico, a persistência para manter o ambiente limpo, o desemprego e a falta de perspectivas. Estudo anterior, 19% de mulheres jovens (abaixo de 39 anos) atribuiu seu estado de depressão “[...] à falta de disposição para o desempenho de atividades diárias, [...] à falta de ocupação e às poucas atividades de lazer existentes no município”^(14:654).

A literatura aponta que a depressão costuma acometer idosos, com maior frequência em menores de 75 anos⁽¹⁸⁾, por sentirem limitação no desenvolvimento de atividades diárias. A depressão e os transtornos depressivos também merecem atenção dos serviços e da sociedade, pela alta prevalência e impacto social. “Pacientes deprimidos são frequentadores assíduos de serviço de atendimento primário, porém, muitas vezes não são diagnosticados como tais”^(11:431).

O alcoolismo é considerado um problema social e de saúde em Porto Rico. No contexto cultural dos pescadores, pode ser considerado um hábito normal, mas no domicílio, interfere na dinâmica e na estrutura familiar. O consumo frequente de álcool pode causar “[...] dor de estômago e exacerba outras dores, deixa a pessoa mais fragilizada e suscetível a doenças”^(7:54). A queixa de sangramento anal pode ser associada ao uso excessivo de medicamentos, aos hábitos alimentares e ingestão de bebidas alcoólicas.

Fatores de risco relacionados ao estilo de vida como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada são “[...] responsáveis por mais de 50% do risco total de desenvolver algum tipo de doença crônica, mostrando-se, nessa relação causal, mais decisivos que a combinação de fatores genéticos e ambientais”^(20:254).

Em sendo assim, a adoção de medidas preventivas deve ser iniciada nos primeiros anos de vida, como forma de prevenir doenças crônicas ao longo da vida, que comprometem a autonomia e o envelhecer saudável. Nesse sentido, é fundamental que os profissionais da saúde, inclusive “[...] a Enfermagem não esteja focada somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde”^(21:443) do ser humano nas diversas etapas da vida.

2.5 Considerações Finais

O conhecimento sobre o nível de saúde e doença da população de Porto Rico é fundamental para a elaboração de políticas públicas locais e de promoção da saúde. O controle das doenças agudas ou crônicas, transmissíveis ou não, requer maior divulgação de informações sobre os fatores de risco de adoecimento e morte e dos cuidados para evitá-los.

Os resultados indicam a necessidade de rever programas voltados para a prevenção de doenças e minimização dos fatores de risco, assim como a adoção de hábitos saudáveis de vida para os moradores de Porto Rico e região.

A educação é um recurso fundamental para a melhoria das condições de vida e saúde. Cabe aos profissionais da saúde e da educação disseminarem informações sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividades físicas e lazer, dos cuidados higiênicos pessoais e ambientais nos diversos cenários, através de diversas atividades, tais como:

a. Utilizar as estruturas já existentes no município, como a Casa da Família (CRAS/PAIF) e a academia de Terceira Idade (ATI), inaugurada recentemente, para incentivar e orientar os diversos grupos etários na adoção de hábitos de vida saudável através da prática de exercícios físicos, lazer e alimentação

b. Orientar os professores de todos os níveis de escolarização a direcionar seus conteúdos para a criação de hábitos saudáveis de vida. Debater as conseqüências do uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, da violência, das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez precoce na adolescência. E, sobretudo, proporcionar às crianças e jovens, práticas desportivas e de recreação no período do contra-turno escolar.

c. Inserir acadêmicos em atividades de orientação aos grupos de hipertensos, diabéticos, gestação segura, de alcoolistas e usuários de drogas, desenvolvidas nas escolas e na Unidade Básica de Saúde. A participação de acadêmicos, em projetos de pesquisa e extensão multidisciplinares vinculados aos setores de saúde e educação, é necessária, pois enriquece sua vivência em comunidade e auxilia no processo de transformação da realidade.

Somente num esforço conjunto entre governantes, profissionais de saúde e educação e a comunidade, é possível minimizar os efeitos das condições ambientais adversas à saúde humana e melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida em Porto Rico.

Espera-se que a realização deste trabalho sirva como elemento direcionador e de avaliação dos projetos de intervenção que deverão ser elaborados e implementados como os próximos passos de atuação do GESA naquela região.

2.6 Referências

1. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):735-43.
2. Barros MBA. Os inquéritos domiciliares e o estado de saúde da população. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, et al. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP, 2005. p. 11-34.
3. Monteiro AI, Medeiros JD, Oliveira JR. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN, 2005. *Rev. Eletr. Enf.* 2007. [citado em: 03fev 2009]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9/n1a14.htm>.
4. Gomes KRO, Tanaka AC. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, Município de São Paulo. *Rev Saúde Públ* 2003; 37(1):75-82.
5. Carandina L, César CLG, Castro SS. Morbidade Referida. In: César CLG, Carandina L, Alves MCGP, et al. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. São Paulo:USP/FSP, 2005. p. 131-50.
6. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil): morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983-1984. *Rev Saúde Públ* 1991; 25(6):452-60.
7. Bercini LO. Sem saúde a gente não é nada: estudo das representações sociais sobre saúde e ambiente em uma comunidade ribeirinha [tese]. Maringá (PR): Departamento de Biologia, Universidade Estadual de Maringá; 2003.
8. Felipes L. Concepções sobre a saúde e doença: um estudo envolvendo usuárias de uma unidade do programa Saúde da Família [dissertação]. Maringá (PR): Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2006.
9. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico. Perfil dos Municípios. Município de Porto Rico. 2009. [citado em 30 jan 2009]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=87950&btOk=ok.
10. OMS. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. Ficha de Informações sobre o Respondente. 1998. [citado em: 04 set 2005]. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol82.html.
11. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Públ* 2002; 36(4):431-8.
12. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc saúde coletiva* 2002. [citado 04 fev 2009]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14596.pdf>.
13. Jóia LC, Ruiz T; Donalísio. MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2008; 17(3):187-194.
14. Merino MFGL, Marcon, SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Rev Bras Enferm* 2007. [citado em: 06 jul 2009]. Disponível em: <http://scielo.br/pdf/reben/v60n6/06.pdf>
15. Kran F, Ferreira FPM. Qualidade de vida na cidade de Palmas–TO: uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos. *Ambient soc* 2006. [citado em: 25 nov 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v9n2/v9n2a07.pdf>
16. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e Saúde*. 6a. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 499-513.
17. Tavares, D. M. S.; Guidetti, G. E. C. B.; Saúde, M. I. B. M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletr Enf* 2008. [citado em 04 fev 2009]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/pdf/v10n2a02.pdf>
18. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Públ* 2007; 23(3):691-700.
19. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003. [citado em: 19 jan 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15877.pdf>.

20. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Informes Técnicos Institucionais. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev Saúde Públ 2002; 36(2):254-6.
21. Martins JJ, Barra DCC, Santos TM, et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. Rev Eletr Enf 2007. [citado em: 04 fev 2009]. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm.

CAPÍTULO 3

Avaliação da qualidade de vida de um grupo de moradores de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil, por meio da técnica de Regressão por Árvore (CHAID)

RESUMO

A avaliação da qualidade de vida é um processo perceptivo que varia conforme a concepção de cada pessoa e pode alterar ao longo do tempo. O estudo visou mensurar as percepções dos moradores dos conjuntos habitacionais da cidade de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil, sobre sua qualidade de vida e, determinar as variáveis que mais influenciaram os direcionamentos daquelas avaliações. A amostra constituiu-se de 63 indivíduos. Aplicou-se o Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida, WHOQOL-bref, adotado pela OMS. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e o algoritmo CHAID (1984). A introdução desta última forma de tratamento permitiu o mapeamento de variáveis que interferiram nas avaliações de cada um dos domínios que compõem o conceito de qualidade de vida. Assim, a satisfação com os meios de transporte foi relacionada à segurança, ao ambiente físico, às condições de moradia, ao acesso às informações e ao desempenho das atividades diárias e laborais, mas mostrou-se desfavorável à espiritualidade. O nível de escolaridade influenciou negativamente as relações pessoais, a auto-estima e os problemas de saúde. Os dados comprovam que a qualidade de vida depende das condições de vida e saúde. A possibilidade de refinamento das análises propiciada por esta forma de tratamento recomenda a adoção do mesmo em estudos semelhantes.

Palavras-chave: Ambiente. Condições de vida. Ecologia humana. Impacto Psicossocial. Nível de Saúde.

ABSTRACT**Evaluating the Quality of Life of residents of Porto Rico, Paraná State, Brazil, by the Chi-square Automatic Interaction Detector (CHAID) Technique, 2006.**

Evaluating quality of life is a perceptive process that varies according to each person's perspective, and can vary over time. The study aimed to measure the perceptions of inhabitants of affordable housing complexes in the town of Porto Rico, Paraná State, Brazil, regarding their quality of life, and determine the variables that most influenced the trends of those evaluations. The sample was comprised of 63 individuals. The Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-bref) was applied, as adopted by WHO. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software and the CHAID (1984) algorithm. The introduction of the latter made possible the mapping of variables that interfered in the evaluations of each of the domains that make up the concept of 'quality of life'. Thus, satisfaction with means of transportation was related with safety, the physical environment, living conditions, access to information and development of daily/work activities, but proved unfavorable to spirituality. The level of education had a negative impact on interpersonal relationships, self-esteem and health problems. The data reinforce the idea that quality of life depends on life and health conditions. The possibility of refining the analyses provided by this form of treatment advocates its use in similar studies.

Keywords: Environment. Life Conditions. Human Ecology. Psychosocial Impact. Health Status.

3.1 Introdução

Estudos ecológicos sobre as condições de saúde-doença de grupos específicos fornecem indicadores sobre possíveis desigualdades sociais e de saúde de uma determinada população, correlacionando os indicadores epidemiológicos aos socioeconômicos¹.

O conhecimento sobre dados demográficos de uma população, o tipo de atividades que exercem e as condições de vida e saúde resultantes, são essenciais na elaboração de planos de gestão ecológica que visam a preservação de elementos bióticos e abióticos do ambiente e a promoção de condições de vida digna e saudável para as populações humanas².

Qualidade de vida é o modo como “[...] as pessoas vivem, sentem e compreendem seu cotidiano”^{3:3}. Para Fayers et al.⁴, qualidade de vida quer dizer coisas diferentes para pessoas diferentes; seu significado varia de acordo com a área de aplicação e com os objetivos que se pretenda atingir. Assim, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida devem apreender a percepção do indivíduo no seu contexto físico, psicológico e ambiental⁵.

Minayo et al.⁶ argumentam que qualidade de vida pode ser vista sob diversos ângulos: por um lado, relaciona-se ao modo, às condições e ao estilo de vida do indivíduo e da coletividade; por outro, inclui idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e, por fim, relaciona-se com o desenvolvimento e com os direitos humanos e sociais. No âmbito da saúde, inter-relaciona as necessidades humanas básicas, materiais e espirituais e está fundada no conceito de promoção da saúde.

O grupo de estudos da Organização Mundial de Saúde definiu Qualidade de vida como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{7:179}.

Fundamentado nesse conceito, foi estruturado um instrumento de avaliação pessoal da qualidade de vida com enfoque transcultural, denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), composto por 100 questões objetivas, cujas respostas são dadas em uma escala do tipo Likert, de cinco pontos. O instrumento foi sintetizado em uma versão abreviada (WHOQOL-bref) com 26 questões, sendo duas sobre qualidade de vida geral e as demais distribuídas em quatro domínios: físico, social, psicológico e ambiental. Os dois instrumentos foram traduzidos e testados em vários idiomas, inclusive em português⁷.

Ruffino Netto recomenda que, ao analisar os resultados, deve-se levar em conta que “[...] a qualidade de vida excelente, boa, regular ou má deve ser adjetivada não só pelos que observam os viventes, mas também pelos atores, autores dessas vidas [...]”^{8:64}. Essa afirmação justifica-se pelo fato de que as expectativas de saúde, o suporte social, a auto-

estima e a habilidade em lidar com limitações e incapacidades podem afetar a avaliação da qualidade de vida.

3.1.1 Região do estudo e objetivo

Preocupados com a melhora da qualidade de vida da população e das condições ambientais no entorno do rio Paraná, pesquisadores da Universidade Estadual de Maringá vêm investigando, além dos aspectos bióticos e abióticos daquela região, elementos ligados aos processos sócio-econômicos, histórico-culturais e de saúde-doença dos moradores do município de Porto Rico e região^{2, 9-12}.

A partir desses estudos foram detectados alguns problemas sociais e de saúde, tais como ocupações informais com baixa renda, índices elevados de analfabetismo, presença de alcoolismo, adoecimento e acidentes de trabalho entre a população ribeirinha, os quais estão intimamente relacionados ao ambiente em que essa população está inserida^{11,12}.

Como forma de continuidade dos estudos, foi realizada uma pesquisa sobre a percepção da qualidade de suas vidas por moradores do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil.

Porto Rico é um município localizado às margens do rio Paraná. Ocupa uma área de 227 km² com uma população estimada de 2.462, em 2007 e IDH Municipal de 0,748. A rede de ensino local oferece instrução até o ensino médio completo. Há em torno de 821 ligações na rede de abastecimento de água e 1.056, de energia elétrica, dispendo de coleta sistemática de lixo^{13,14}. A rede de esgoto e tratamento de águas pluviais encontra-se em fase de construção.

Três estabelecimentos de saúde públicos oferecem cuidados primários à saúde da população nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, pequenas cirurgias e emergências, através de um hospital de pequeno porte, com nove leitos; um Núcleo Integrado de Saúde e uma equipe de Saúde da Família, que atende 2.336 pessoas inscritas no programa. Os casos de média complexidade, inclusive ortopedia, são encaminhados aos municípios próximos: Santa Cruz de Monte Castelo, Loanda ou Paranavaí, e os de alta complexidade, para Curitiba.

No núcleo urbano foram edificadas três conjuntos habitacionais de alvenaria, ao longo da Rua Joaquim de Campos: Flamingo (28 residências), Por do Sol (33) e Casa Feliz (10), para atender a parcela menos favorecida economicamente da população.

O presente trabalho objetivou mensurar as avaliações dos moradores destes conjuntos sobre sua qualidade de vida e determinar as variáveis sócio-demográficas e de morbidade

referida¹ que mais influenciaram os direcionamentos daquelas avaliações, de forma geral e em cada um dos domínios (físico, social, psicológico, ambiental) analisados pelo WHOQOL-bref.⁽¹⁵⁾

3.2 Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, ecológico, com base territorial. “As investigações de base territorial utilizam uma referência geográfica para a definição das suas unidades de informação, em qualquer nível de abrangência (por exemplo, bairros, distritos, municípios, estados, nações, continentes)”^{1:158}.

A pesquisa foi realizada nos conjuntos habitacionais do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil. A amostra foi constituída por um adulto de cada residência, o qual foi informado sobre os objetivos do estudo, a confidencialidade dos dados e concordou em participar do estudo voluntariamente. Foram excluídas as residências vazias ou ocupadas por turistas oriundos de outros municípios. A partir desses critérios foram entrevistados 63 moradores dos três conjuntos.

A coleta de informações ocorreu em julho/2005 e janeiro/2006, através da aplicação de dois formulários [Anexo I]. O primeiro, denominado Ficha de Informações do Respondente visava obter dados sobre as condições socioeconômicas, de morbidade referida e o uso de tabaco e álcool pelo entrevistado. O segundo foi o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida abreviado (WHOQOL-bref) da Organização Mundial de Saúde¹⁵. As análises foram realizadas no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS); para a classificação por árvore foi usado o algoritmo *Chi-squared Automatic Interaction Detector* (CHAID)¹⁶, implementado no módulo *Answer Tree* desse software.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (COPEP/UEM), sob o Parecer n. 404/2005, atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. [Anexo II]

3.2.1 Técnica CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector)

Essa técnica, conhecida como Regressão por Árvore, foi proposta por Kass. É uma técnica exploratória, na qual os indivíduos são classificados hierarquicamente, com base em testes Qui-quadrados ou da Razão de Verossimilhança. Os testes são realizados sequencialmente para criar partições no conjunto de dados utilizados para estudar as relações

¹ Morbidade: “Qualquer alteração, subjetiva ou objetiva, na condição de bem-estar fisiológico ou psicológico” (<http://desc.bvs.br>). Morbidade referida é um indicador da percepção do indivíduo sobre suas condições de saúde, utilizado para avaliar o acesso aos serviços de saúde e a demanda reprimida da população.

entre uma variável dependente (qualitativa ou quantitativa) e uma série de variáveis preditoras, as quais interagem entre si. Os dados obtidos a partir dessa técnica tornam-se mais informativos e fáceis de serem interpretados¹⁶, facilitando a identificação de grupos e da previsão dos resultados.

Após subdividir a população (amostra) em dois ou mais grupos distintos, com base nas categorias da melhor variável preditora (variável independente), em relação à variável dependente, cada um dos grupos formados é subdividido novamente em subgrupos menores, baseado nas categorias de outras variáveis preditoras. Esse processo continua até que não se possa mais encontrar variáveis preditoras estatisticamente significativas.

Os resultados são apresentados e avaliados na forma de **Diagrama de Árvore**, onde são visualizados os segmentos em que a amostra se subdivide. Esses segmentos são definidos pela combinação das categorias das variáveis preditoras. Cada um dos quadrículos (subgrupos) é chamado de **nó**. O primeiro nó é chamado de **raiz**. O conjunto de todos os nós dispostos lado a lado é chamado de **nível**. Os níveis são numerados de zero (corresponde ao nó raiz) em diante. Chama-se **nó parente** todo o **nó filho**, **nó neto**, etc. de um determinado nó. Todo nó que não tem filhos é denominado de **segmento**.

Para o processamento computacional devem-se indicar quais são as variáveis dependentes. No presente trabalho foram os domínios físico, psicológico, social, ambiental e a qualidade de vida geral. Para o cálculo dos escores individuais e médios por classe de domínio, inicialmente reduziu-se a dimensão do espaço do questionário através do cálculo dos escores médios de cada domínio. Assim, os escores médios dos cinco domínios a serem explicados (variáveis dependentes) foram calculados a partir da composição de variáveis (questões), escolhidas entre as 56 questões mensuradas, conforme formulários propostos por *The World Health Organization Quality of Life* (OMS, 1998)¹⁵.

Pode-se estabelecer um nível de significância *merge level* (α_1) que será aplicado a todas as variáveis preditoras, no controle do grau de dificuldade de união das categorias dessas variáveis. Quanto maior o valor especificado, entre 0 e 1, maior será a dificuldade de união das categorias. Pode-se estabelecer um nível α_2 de significância, para que cada variável preditora seja considerada determinante na formação de subgrupos. Através dos testes de associação Qui-quadrado, com nível de significância menor ou igual a α_2 é verificada a associação entre variável dependente e a cada uma das variáveis preditoras indicadas. São calculadas as estatísticas X^2 e determinados os p_i -valores correspondentes. Então a variável preditora que apresentar a maior associação ($<p_i$ -valor, dentro do nível de significância α_2) será considerada a melhor variável preditora para dividir o nó corrente.

Cada domínio foi dividido em cinco categorias a fim de realizar a Regressão por Árvore: 1. Muito insatisfeito; 2. Insatisfeito; 3. Nem insatisfeito, nem satisfeito; 4. Satisfeito; 5. Muito satisfeito. Para as variáveis preditoras, especificou-se a maneira como as categorias deveriam ser combinadas durante a análise. Assumiu-se que $\alpha_1=0,30$ e $\alpha_2=0,15$, impondo-se respectivamente, um razoável grau de dificuldade na combinação das categorias das variáveis preditoras e um nível de significância máximo para a escolha da variável preditora, conforme tem sido utilizada na literatura.

Optou-se por aplicar a técnica de Regressão por Árvore para explicar as tendências das variáveis que mais influenciam sobre a percepção da qualidade de vida da população em estudo. Trata-se de um estudo inédito, uma vez que não há relato na literatura científica sobre o emprego dessa técnica para coleção de informações como se pretende nesta pesquisa.

3.3 Resultados

Entre os 63 entrevistados, moradores dos conjuntos habitacionais, a maioria pertencia ao sexo feminino (73%); idade média de 40 anos (entre 18 e 88 anos); 65% mantinham união estável; 50,8% eram chefes das famílias; 58,8% não haviam completado o ensino fundamental; 44,4% usufruíam de uma renda familiar inferior a dois salários mínimos regionais e, outros 39,7%, entre dois e quatro salários mínimos. A média de moradores por residência era 3,5 pessoas.

Em relação à morbidade, 22 (34,9%) entrevistados negaram problemas de saúde (P0) e 41 referiram pelo menos um problema de saúde no último ano: cardiovascular (21 referências), psicoemocional (20), osteomuscular (16), cutâneo (5), sangramento anal (4), bronquite (3), diabetes (3), catarata ou problema ocular (3), gestação (1) e 18 entrevistados referiram outros agravos à saúde não listados no instrumento.

3.3.1 Avaliação da Qualidade de vida

O escore médio para o *Domínio Social (DS)* foi 58,33. Para iniciar a *Regressão por árvores*, o critério de seleção foi considerar a primeira variável preditora em cada domínio. A variável mais significativa para o *DS* foi a *satisfação com as relações pessoais (Q20)*, cujo grau de associação com o *DS* foi dado por $X^2_{3gl}=48,88$ ($p=0,0000$). Foram associadas mais três variáveis relacionadas ao *DS* com um nível de confiança de até 95%. [Figura 4]

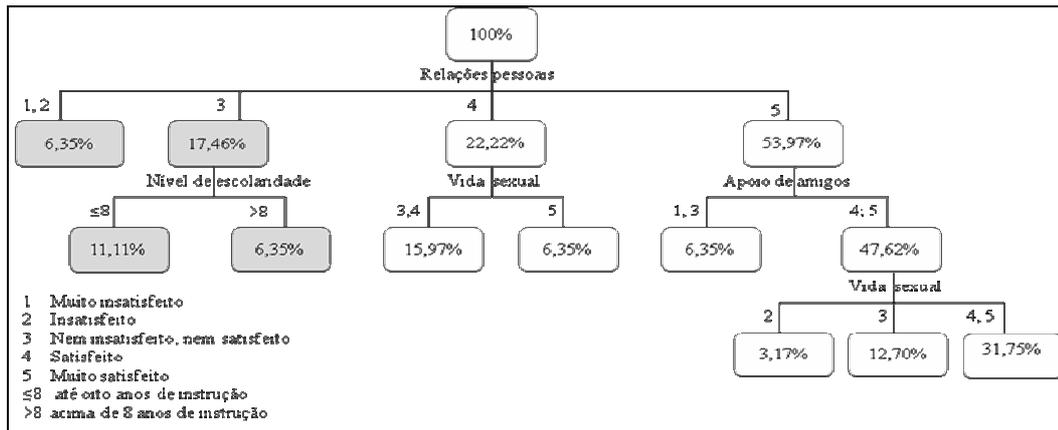


Figura 4. Regressão por árvores para a variável Domínio Social

No ramo direito da árvore, o grupo 5 foi formado pelos que estavam *muito satisfeitos* com suas *relações pessoais* (53,97%). A próxima variável mais explicativa foi *o apoio que recebe dos amigos* (Q22), ($X^2_{1gl} = 14,82$; $p = 0,0004$), seguida pela *vida sexual* (Q21), manifestada por 30 pessoas ($X^2_{2gl} = 14,53$; $p = 0,0021$). Nesse grupo, 66,6% dos entrevistados estavam *satisfeitos*, 26,6% *indiferentes* ou *conformados* e apenas 6,6%, *insatisfeitos* com a sua *sexualidade*.

O grupo 4 (22,22%) estava *satisfeito* com suas *relações pessoais* e *favorável* com a *vida sexual* ($X^2_{1gl} = 16,13$; $p = 0,0001$).

No ramo esquerdo, o grupo 3 (17,46%) mostrou-se *indiferente* com suas *relações pessoais*. A segunda variável mais significativa foi *nível de escolaridade* (ne) ($X^2_{1gl} = 5,29$; $p = 0,0214$). Essa variável distribuiu os entrevistados em dois subgrupos: com *menos* ou com *mais* de *oito anos de instrução*.

As respostas dadas às questões sobre o *Domínio Psicológico (DP)* apresentaram o maior escore médio (64,12). Foram associadas quatro variáveis ao nível de confiança de 95% com o *DP*. [Figura 5]

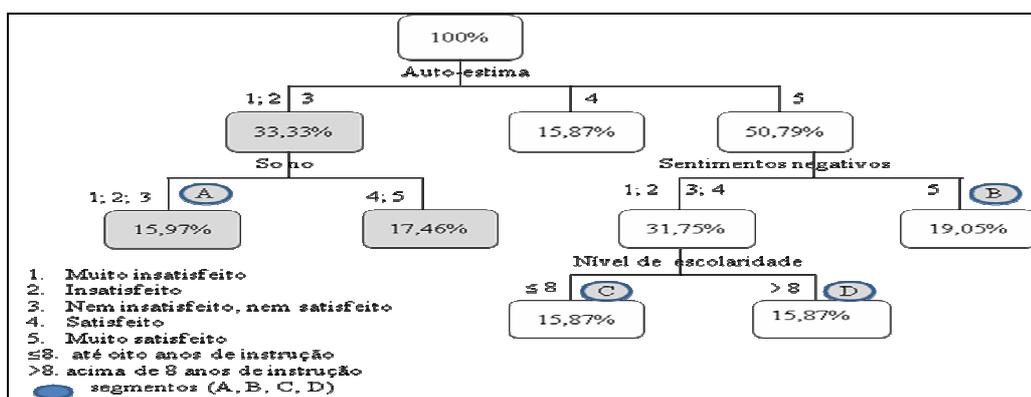


Figura 5. Regressão por árvores para a variável Domínio Psicológico

No ramo esquerdo, 33,33% dos entrevistados referiram *média* ou *baixa auto-estima* e esta avaliação foi influenciada pelo *sono* (Q16, $p=0,0030$). A qualidade do *sono* foi referida como *regular* ou *ruim* por 10 pessoas [segmento A].

No ramo direito, o “nó” que representa 50,79% dos entrevistados *muito satisfeitos consigo mesmo* (Q19) deu origem aos segmentos B, C e D. Destes, 93,75% ($n=30$) evidenciaram um *DP positivo* (escore médio acima de 60).

No segmento B, dos 32 entrevistados *muito satisfeitos consigo mesmo*, mais de um terço (12) referiu *nunca ter sentimentos negativos* (Q26). Porém, 20 pessoas referiram *algum tipo de sentimento negativo com frequência variada*, das quais, apenas duas *sempre* explicitaram tal sentimento e apresentaram um *DP médio*. Dentre aqueles que manifestaram *sentimento negativo*, a metade tinha *menos de oito anos de estudo*. Nos dois segmentos (C e D), a avaliação do *DP* foi *muito boa* (escore médio > de 80).

O *Domínio Físico (DF)* obteve escore médio de 63,6. Para explicar esse domínio foram retidas seis variáveis preditoras obtidas em graus decrescentes de significância, ao nível de confiança de 95%. Vale destacar que esse foi o único domínio que apresentou no conjunto de variáveis preditoras, as variáveis usadas para avaliar a *morbidade referida (P0 e P1)*.

A variável mais significativa para explicar o *DF* ($X^2_{1gl} = 41,43$; $p=0,0000$) foi a interferência da *dor* (Q3). A maioria dos entrevistados (60,32%) foi *otimista* em responder *nada* ou *muito pouco* à questão. Para 26 pessoas, o *DF* foi *muito bom*. Nesse grupo, 32 entrevistados sentiram-se *capazes para desempenhar as atividades do dia-a-dia* (Q17; $p=0,0001$). Desses últimos, 81,25% apresentaram um *DF muito bom* (escore médio acima de 80). Somente seis pessoas sentiam-se *mais ou menos satisfeitas com o desempenho nas atividades cotidianas* [segmento A] e cinco tiveram o *DF bom* (escore médio entre 60 e 80). [Figura 6]

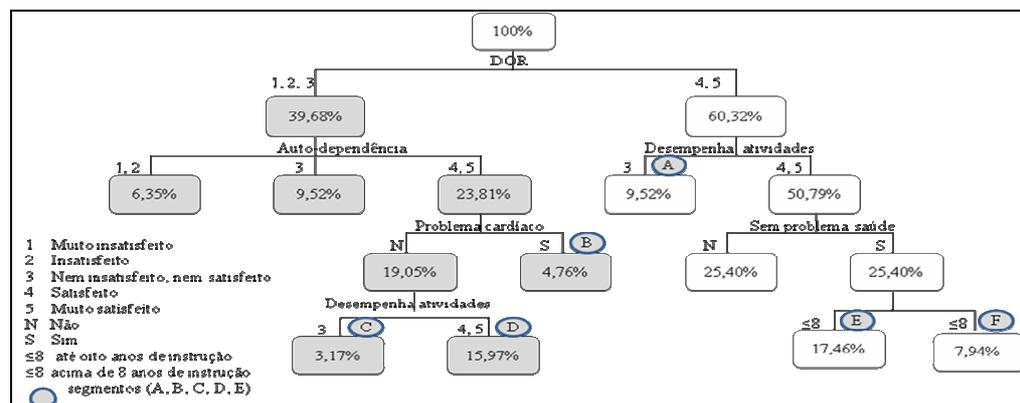


Figura 6. Regressão por árvores para a variável Domínio Físico

A variável preditora mais significativa para explicar o *DA* nesse grupo foi a *satisfação com os meios de transporte* (Q25) ($X^2_{1gl} = 46,44$; $p = 0,0000$). Um terço dos entrevistados teve opinião *negativa*; 91% desse grupo refletiram um *DA desfavorável ou neutro*. Apesar desse pessimismo, o grupo valorizou *muito o sentido da vida* (espiritualidade) (Q6; $p = 0,0047$). Essa variável esteve associada à *segurança* (Q8). Apenas duas pessoas referiram de *média a pouca segurança*; 11 referiram sentimento de *segurança* em sua vida diária, com frequência *média a bastante* [segmento A] e sete manifestaram-se *extremamente seguras*, duas das quais apontaram o *ambiente físico* como *extremamente saudável* e (Q9; $p = 0,0169$). [segmento B]

No ramo direito da árvore, situa-se o grupo ($n = 41$) dos *otimistas com seus meios de transporte*, dos quais 90,2% refletiram um *DA favorável*. Para este grupo a segunda variável preditora mais importante foi *segurança* ($X^2_{1gl} = 13,14$; $p = 0,0012$); 37 (58,7%) entrevistados sentiram-se *seguros na vida diária*, com frequência *média a extrema*.

A terceira variável preditora ($X^2_{2gl} = 13,30$; $p = 0,0039$) foi o *acesso e a disponibilidade de informações* (Q13). Quase dois terços dos entrevistados deste grupo ($n = 23$) referiram que as *informações* que eles precisavam no cotidiano estavam entre *média e completamente disponíveis* e refletiram um *DA favorável ou muito favorável*. Esse mesmo grupo mostrou-se *satisfeito* com as *condições do local onde moram* (Q23, $p = 0,0257$) e a maioria ($n = 13$) também estava *satisfeita* com sua *capacidade para o trabalho* (Q18, $p = 0,0359$). Os itens apontados pelos entrevistados refletem a infra-estrutura local.

Chama a atenção o “nó pai”, que dá origem aos segmentos C, D e E. Este nó representa sete entrevistados que consideraram as *informações completamente disponíveis* para o que eles precisavam, dentre os quais, cinco estavam no mínimo *satisfeitos* para *desempenhar suas atividades diárias* (Q17; $p = 0,0169$).

O *Domínio Qualidade de Vida Geral (QVG)* avalia a satisfação com a qualidade de vida e a saúde. O domínio foi explicado por quatro variáveis preditoras. A variável preditora mais significativa foi a *satisfação com a própria vida* (Q2B; $p = 0,0000$). [Figura 8]

No ramo esquerdo, 11,11% dos entrevistados manifestaram uma *QVG ruim* e 28,57% mostraram-se *indiferentes*. A segunda variável preditora mais significativa nesse grupo foi a *percepção da saúde* (Q2A) ($X^2_{2gl} = 24,44$; $p = 0,0000$). O “nó pai” que deu origem ao segmento 2 aponta que 16 entrevistados perceberam seu *estado de saúde* como *regular*, variando entre *ruim* e *bom*. Apenas duas pessoas consideraram sua *saúde muito boa* [segmento A]. Nota-se certo grau de conformismo desse grupo.

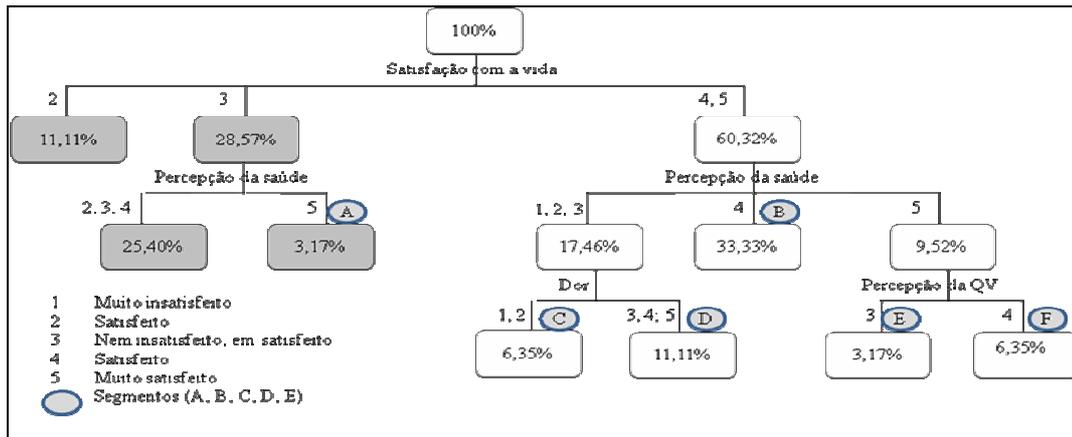


Figura 8. Regressão por árvores para a variável Qualidade de Vida Geral

No ramo à direita, a maioria (60,32%) dos entrevistados revelou-se *otimista* com a vida (Q2B), dentre os quais, 33 refletiram uma *QVG boa* ou *muito boa*, sendo que 21 pessoas (33,33%) consideraram-se com *boa saúde* [segmento B]. O “nó pai” que dá origem aos segmentos E e F, indica que seis entrevistados perceberam sua *saúde muito boa* e apresentaram um domínio *QVG no mínimo bom*.

No lado esquerdo, o “nó pai” aponta 11 pessoas *satisfeitas com a vida* e *insatisfeitas com a saúde*, em função da *dor* que as *impedia de fazer* o que precisavam (Q3). [segmentos C e D]

3.4 Discussão

Acompanhando uma tendência da região onde se localiza o município de Porto Rico, o desemprego é um problema que atinge proporções preocupantes. Como consequência das formas de ocupação da região, ocorreu uma diminuição intensa dos postos de trabalho disponíveis. Este fator, associado às limitadas qualificações profissionais de boa parte da população local, faz com que moradores tenham que submeter-se a ocupações temporárias e mal remuneradas para garantir a subsistência da família. “[...] a Prefeitura contrata varredores de rua em revezamento, para poder atender mais pessoas”^{17:361}. Essa fala foi também manifestada por um dos entrevistados no presente estudo. A perspectiva de melhorar a remuneração é baixa, independente do nível de escolaridade.

Estudos sobre as condições ambientais nessa região evidenciaram que os moradores de Porto Rico estavam insatisfeitos com as condições de vida e trabalho, alegando que tais condições já foram melhores e avaliaram como pouco satisfatória sua qualidade de vida^{9,10}.

Por outro lado, esses mesmos trabalhos sugerem a existência de um grau elevado de conformismo entre os participantes dos grupos sociais estudados. Esse grau de conformismo pode fazer com que as pessoas, mesmo vivendo em condições não tão satisfatórias, avaliem tais condições como razoáveis e mostrem-se satisfeitas com elas, diante da perspectiva de que poderiam ser piores, ou por desconhecer condições melhores.

Os moradores perceberam modificações radicais nas paisagens naturais com interferência negativa no seu modo de vida e subsistência¹⁸.

É o caso de uma idosa, ex-ilhéu, que manifestou sentimento negativo, pois foi desapropriada da ilha e obrigada a deixar sua morada: *“Na ilha nunca sentia dor nas costa... Aqui falta dinheiro pra comprá remédio [...] preciso de casa pra morá [...]. Na ilha plantava mandioca, criava galinha, porco e não pagava aluguel”*. Essa fala reflete experiências pessoais e até um saudosismo. Representa a topofilia, “o elo afetivo entre a pessoa e o lugar ou ambiente físico”^{19:5}. A entrevistada mostrou foto da tapera *“onde vivia... e era feliz!”* A mudança de local, de estilo de vida e o comprometimento da idade, despertam outros valores e necessidades na vida das pessoas. Diante dessas situações a pessoa entristece e adocece.

Em compensação, um grupo de entrevistados mostrou-se satisfeito com sua capacidade para o trabalho. Silva²⁰ argumenta que a (in)satisfação com o trabalho tem a ver com o gostar do que faz e onde faz e com as recompensas que a pessoa supõe que merece, em termos financeiros, prestígio e/ou poder. Esses pontos acrescidos da produtividade, do bem-estar e da auto-realização, atuam como fatores essenciais para a qualidade de vida²¹. A condição de ter emprego é determinante da qualidade de vida e significa, para muitos, “[...] continuar ativo, ter um papel importante na sociedade e na família, ter rendimentos maiores, ter uma vida mais folgada financeiramente”^{22:161}.

Assim, é possível que para muitos entrevistados, mesmo que seus empregos não sejam exatamente aquilo que desejariam e que seus rendimentos não sejam plenamente satisfatórios, os fatos de estarem empregados ou de usufruírem de uma aposentadoria já configura uma condição ao menos aceitável, ou muito melhor que a que viveriam, na ausência destas fontes de ganhos.

Além disso, uma série de outros fatores contribui para que, de uma forma geral, os entrevistados mostrem-se satisfeitos com suas condições de vida. Como por exemplo, eles recebem apoio dos amigos. Essa percepção sugere que as relações sociais apresentam-se estáveis. Os laços afetivos e as relações sociais em pequenas comunidades, normalmente, são mais próximos do que em grandes centros. No caso de Porto Rico não é diferente; a proximidade de morar em conjunto habitacional, quase sem divisas entre as casas e vindo de

um passado em que as relações familiares, de amizade e compadrio eram valorizadas, provavelmente faz com que a solidariedade aproxime as pessoas. A composição familiar na região pressupõe processos de solidariedade social, pois agrega moradores que não fazem parte da família nuclear moderna².

Inversamente, relações familiares deterioradas, decorrentes do abandono e/ou desentendimentos, levam a uma qualidade de vida ruim. As relações pessoais ficam desgastadas por falta de tempo disponível ou por problemas familiares ou laborais, como complementaram no inquérito: “*trabalho de segunda a segunda*”; “*minha família mora longe... no nordeste*”. Além do mais, as crises ou intercorrências que ocorrem ao longo da vida (acidentes, doenças, mortes) interferem na qualidade de vida individual e familiar. Nestes casos, são os amigos ou a rede social quem presta esta assistência²². O envolvimento comunitário atua como fator psicossocial à medida que eleva a auto-estima e recupera a satisfação com a vida²³

O conjunto das condições de trabalho e de relações sociais provavelmente associa-se ao fato de que praticamente dois em cada três entrevistados mostrou-se satisfeito consigo mesmo.

Por outro lado, alguns fatores contribuíram para a diminuição do grau de satisfação dos entrevistados. Assim, por exemplo, a variável sono gerou maior insatisfação *consigo mesmo* (auto-estima). O sono e o repouso são necessários para estabilizar o organismo. São processos fisiológicos e comportamentais complexos, fortemente influenciados pelo ritmo circadiano. Fatores ambientais também interferem nos ritmos individuais (fisiológicos, psicológicos e sociais)²⁴. A qualidade do sono pode ser influenciada também pela dor e algumas doenças crônicas e tem reflexos na auto-estima através de sentimentos negativos (tristeza, desânimo, falta de motivação, nervosismo), perda do prazer, insegurança, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem. A consequência desses fatores pode levar à depressão, isolamento social, abandono das atividades de recreação e lazer²⁵.

A dor física foi a variável que mais influenciou o Domínio Físico. A dor é um sintoma subjetivo e sua intensidade varia conforme a sensibilidade, sexo, idade, cultura. Expressa sofrimento, pedido de ajuda. A dor e o desconforto interferem nas atividades diárias (alimentação, higiene e sono), na sexualidade e nas relações sociais e laborais, enfim na qualidade de vida. É um dos motivos mais comuns de absenteísmo no trabalho e na escola e, de busca por serviços de saúde²⁴.

O grupo portador de problemas cardíacos mostrou-se satisfeito com seu acesso aos serviços de saúde de Porto Rico. Provavelmente por que o conhecimento sobre a gravidade

das complicações cardíacas e a precariedade da infra-estrutura do setor saúde para socorrer tais situações, tem motivado os usuários a usufruir de tratamentos preventivos. Os profissionais de saúde, por sua vez, acolhem melhor essa clientela, elevando assim o grau de satisfação de todos.

No entanto, uma parcela pequena mostrou-se indiferente ou insatisfeita com o atendimento de saúde. As desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais de adoecer e morrer, assim como indicam diferenças no comportamento das pessoas diante da doença e nas características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros. “O simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação, pois as pessoas não esperam muito das instituições públicas”^{26:606}.

Estudo sobre a resolutividade dos serviços de saúde em Porto Rico, evidenciou que a população local aceita com naturalidade, mesmo se os profissionais de saúde não atendem a demanda ou atendem de forma pouco eficiente aos problemas de saúde¹². A falta de recursos e a baixa escolaridade dificultam as relações interpessoais entre usuários e profissionais de saúde, diante de uma relação de desigualdade econômica, social e cultural, evidenciando a dificuldade que os primeiros têm para reconhecer que aquele serviço é um direito e não um favor²³.

O grupo de pessoas saudáveis, que não referiu problemas de saúde (P0), apresentou como diferencial o nível de escolaridade. Pode-se inferir que quanto maior o nível de escolaridade, maior o nível dos domínios psicológico e físico, ou seja, pessoas mais esclarecidas têm maior discernimento e encontram melhores condições para resolução dos seus problemas. “Pessoas mais escolarizadas tendem a adotar hábitos de vida mais saudáveis e a procurar mais os serviços médicos (de saúde), especialmente os cuidados preventivos”^{27:412}. A disponibilidade de recursos para investir na saúde tende a ser fruto de maior nível de escolaridade e de renda.

O baixo nível de escolaridade dos entrevistados implicou em dificuldades nas relações sociais e sentimentos negativos.

A satisfação dos entrevistados em relação ao domínio ambiental indicou boas condições de vida, apesar de um grupo manifestar insatisfação ou indiferença com o acesso aos meios de transporte.

Porto Rico é uma cidade pequena que dispõe de ônibus escolar e embarcação para o transporte de estudantes e da comunidade. Alguns moradores dos conjuntos possuem carros, motos ou bicicletas. Entretanto, a população carente enfrenta dificuldades com o transporte

intermunicipal do qual dependem para prover suas necessidades de saúde, de alimentação, vestuário e instrução.

A fé atua como suporte para o enfrentamento dos problemas. Estudo mostra que as mulheres de pescadores da região associam a fé com a saúde e concebem a saúde como um dom de Deus ¹¹. As pessoas agradecem a Deus porque tem saúde, família, moradia, se a doença não for grave, não levar a morte e não impedir de fazer as atividades cotidianas, como caminhar ²¹.

Tal atitude de resignação pode estar associada tanto à fé como à expectativa de melhoras nas condições de vida, provavelmente, por que a maioria das pessoas passou por situações muito piores do que as que vivenciam hoje²⁸ ou por desconhecer realidades melhores.

O domínio Qualidade de Vida Geral apresentou maior associação com as condições de saúde e a satisfação com a saúde esteve na dependência da dor.

Em síntese, pode-se afirmar que uma boa qualidade de vida é refletida, sobretudo, pela qualidade da saúde individual, o que vem a comprovar que a qualidade de vida depende das condições de saúde.

Nas palavras de Ruffino Netto:

[...] qualidade de vida boa ou excelente é aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir e amar; trabalhar produzindo bens e serviços; fazendo ciências e artes; vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins (apenas enfeitando), ou simplesmente existindo. Todos são seres vivos que procuram se realizar ^{8:64}.

3.5 Considerações finais

A análise da coleção de dados obtidos por meio do instrumento WHOQOL-bref no programa SPSS não foi suficiente para verificar as necessidades e expectativas da população em relação às condições ambientais de vida e saúde. Como forma de refinamento das análises, aplicou-se a técnica de Regressão por Árvore (CHAID) para o tratamento dos dados. Essa técnica mostrou-se uma ferramenta valiosa para a seleção dos pontos críticos que interferem na satisfação dos moradores das residências populares em relação à qualidade de vida em Porto Rico. Diante dos resultados obtidos, pode-se afirmar que essa metodologia mostrou-se pertinente de análise dessa coleção de dados, sendo recomendada sua adoção em estudos semelhantes.

A avaliação da qualidade de vida é um processo perceptivo que varia conforme a concepção de cada pessoa e pode alterar ao longo do tempo. Sendo este um estudo ecológico com base territorial determinada, foi apresentado um recorte da realidade, por isso as informações obtidas não devem ser generalizadas, mas servir de subsídios para a elaboração de políticas públicas. Para o sucesso de determinadas políticas públicas de saúde, Bercini recomenda “[...] levar em conta os valores, as atitudes e as crenças dos grupos a quem se destina a ação”^{11:75}.

Espera-se que esse conjunto de informações, somado aos resultados das investigações já realizadas na região e aos indicadores oficiais (IDH, PNAD, de morbi-mortalidade, entre outros), possa contribuir com os serviços no planejamento de programas voltados para a Promoção da Saúde, a fim de buscar soluções que resolvam ou, ao menos, minimizem os problemas de saúde da população local e regional.

Para promover a saúde, conforme descrito na Carta de Ottawa, “[...] os indivíduos e grupos sociais devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”^{29:19}. O referido documento recomenda atuar em cinco campos de ação da estratégia Promoção da Saúde, com vistas a proteger o ser humano e preservar os ecossistemas, através da construção de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis à saúde, do desenvolvimento de habilidades e a participação da comunidade e de reorientação dos serviços de saúde.

Na busca de caminhos para resolução dos problemas de saúde e ambientais, Trevizan³⁰ sugere apoiar-se na educação, já que o conhecimento, produto da ciência, é um elemento fundamental para mudanças. Ademais, a autora argumenta que a educação e a saúde constituem dois pilares de sustentação na construção da qualidade de vida.

Para atender as necessidades de atenção à saúde e de melhoria das condições ambientais de Porto Rico, torna-se imprescindível a construção de um plano de manejo, o qual deve incluir fatores que determinam positiva ou negativamente a qualidade de vida das pessoas e das comunidades, apontados no presente estudo, como as condições sanitárias, sócio-econômicas, educacionais, culturais e ambientais. Ao longo desse processo, torna-se fundamental agregar o conhecimento sobre saúde-doença e a concepção de mundo elaborada por aqueles que ali vivem, no caso, os ribeirinhos.

Para o sucesso desse empreendimento, pode-se viabilizar a prática das ações já contempladas na Estratégia de Promoção da Saúde, dos programas Saúde da Família e de Saúde Mental em andamento no município, em cooperação entre as esferas governamentais, os serviços de saúde, a universidade e a sociedade civil.

A educação em saúde e a educação ambiental devem unir suas forças a fim de contribuir para a transformação do cidadão no tocante a percepção dos problemas ambientais, em nível local e mundial, para assim ele melhorar sua qualidade de vida.

Vale lembrar que os trabalhos do GESA não se encerram ao término desta pesquisa, muito pelo contrário, terão subsídios para novas investigações e, sobretudo, para o início de atividades junto à população, com alunos de graduação e pós-graduação, com vistas a proporcionar melhores condições de vida, saúde e conseqüentemente, qualidade de vida na região.

3.6 Referências

1. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Elementos de Metodologia Epidemiológica. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia & saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 149-177.
2. Tomanik EA, Godoy AMG. Demographic Studies in High Paraná River Floodplain. In: Agostinho AA, Rodrigues L, Gomes LC, Thomaz SM, Miranda LE. Structure and functioning of the Paraná river and floodplain: LTER-Site6. Maringá (PR): EDUEM. 2004. p. 253-257.
3. Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas (org). Barueri, (SP): Manole, 2004.
4. Fayers P, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: J. Wiley, 2000.
5. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México 2002; 44: 349-361.
6. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc saúde coletiva 2000; 5:7-18.
7. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública 2000; 34(2):178-83.
8. Ruffino Netto A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia. Saúde em debate 1992; 35: 63-7.
9. Paiola LM, Tomanik EA. Populações tradicionais, representações sociais e preservação ambiental: um estudo sobre as perspectivas de continuidade da pesca artesanal em uma região ribeirinha do rio Paraná. Acta Scientiarum. Human and Social Science 2002; 24:175-180.
10. Sponchiado D, Eidt NM, Tomanik EA. Representações sociais sobre o trabalho elaboradas pela população economicamente ativa de uma comunidade ribeirinha do rio Paraná. Acta Scientiarum. Human and Social Science 2002; 24:181-8.
11. Bercini LO, Tomanik EA. Representações sociais sobre a saúde e estratégias de enfrentamento das doenças entre mulheres de pescadores no município de Porto Rico, Paraná. Ciência Cuidado e Saúde 2006; 5:71-76.

12. Felipes L. Concepções sobre a saúde e a doença: um estudo envolvendo usuárias de uma unidade do Programa Saúde da Família. [Dissertação de Mestrado]. Maringá: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá; 2006.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2006. Cidades@Porto Rico, PR. Informações Estatísticas. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?> (acessado em 09/jul/2007).
14. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico 2009. Perfil dos Municípios. Porto Rico. http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?Municipio=87950&btOk=ok. (acessado em 30/jan/2009).
15. OMS. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. 1998. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol84.html> (acessado em 04/set/2005).
16. Dunbar GE. CHAID, Chi-Square Automatic Interaction Detector, 1984.
17. Tomanik EA, Fernandez JBM. Trabalho e Qualidade de vida. In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ/PELD. Relatório do Sítio 6, 2007. A planície alagável do rio Paraná. http://www.peld.uem.br/Relat2007/pdf/capitulo_17.pdf (acessado em 27/nov/2008).
18. Violante AC. Moradores e turistas no município de Porto Rico, PR: percepção ambiental no contexto de mudanças ecológicas. (Tese de Doutorado) Maringá: Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais. Universidade Estadual de Maringá. 2006.
19. Tuan Y. Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: DIFEL. 1980.
20. Silva MAD. Quem ama não adocece. Rio de Janeiro: BestSeller, 2006.
21. Silva Lucas L, Martins JT, Robazzi MLCC. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. Ciencia y enfermeria 2008, 14(1):43-52. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf>. (acessado em 28/jan/2009).
22. Paschoal SM. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. (Tese de Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina. USP. 2005.
23. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc. saúde coletiva 2002; 7:925-934.
24. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. v. 1.
25. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev Latino-am. enfermagem (Ribeirão Preto) 1996; 4(3): 5-18.
26. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev. Panam Salud Publica 2002; 11:365-73.
27. Noronha KVMS, Andrade MV. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. Rev. Panam Salud Publica 2005; 17: 410-18.

28. Souza RC. Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus – BA. (Dissertação de Mestrado) Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. 2000.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundswall, Declaração de Santafé´ de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. Brasília, DF, 2001.
30. Trevizan SDP. Ciência, meio ambiente e qualidade de vida: uma proposta de pesquisa para uma universidade comprometida com sua comunidade. Ciênc.saúde coletiva 2000; 5(1),:179-86.

ANEXOS

ANEXO I

Formulários utilizados na pesquisa

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida nas últimas duas semanas. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu estado de saúde, em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações ser anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Caso o senhor(a) concorde, podemos passar as informações obtidas a partir desta pesquisa para o seu médico e isto poderá auxiliá-lo na compreensão de seu caso.

Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sinta-se a vontade para fazê-la.

Data: ____/____/2005

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: Doris Marli Petry Paulo da Silva

(Telefones de contato 0(44) 32614509 ou 3261-4652)

Assinatura: _____

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 todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar e uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a 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 semanas. Por exemplo:

- você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio;
- você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONDENTE (adaptado de OMS, 1998)

Questionário nº.....

SEXO: Masc(1) Fem(2) ESTADO CIVIL: Solteiro (1) Casado (2) Vive como casado (3) Separado (4) Divorciado (5) Viúvo (6)

ESCOLARIDADE: Analfabeto(1) 1º G. incompl.(2) 1ºGrau (3) 2º G. incompl.(4) 2º Grau (5) 3ºG. incompl (6) 3º Grau (7) PG incompl(8) PG (9)

COMO ESTÁ SUA SAÚDE? Muito ruim (1) Fraca (2) Nem ruim nem boa (3) boa (4) Muito boa (5)

PROBLEMAS DE SAÚDE ATUAL/ CONDIÇÃO PRESENTE (marcar a alternativa mais relevante para a busca de um serviço de saúde nos últimos doze meses)

Nenhum problema.....00	Câncer.....04	Artrite ou reumatismo.....08	Hemorróida ou sangramento ânus.12	Depressão.....16
Problema do coração.....01	Enfisema ou bronquite...05	Ossos quebrados ou fraturados.....09	Doença de Parkinson.....13	Gravidez.....17
Pressão alta.....02	Diabetes.....06	Probl. Cron. Pé (joante, unha encravada)....10	Probl. Álcool/drogas.....14	Doença de pele.....18
Derrame.....03	Catarata.....07	Probl. nervoso crônico/emocional.....11	Queimaduras.....15	Outros (especificar).....19

INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A FAMÍLIA

Nome	Vínculo Familiar	Sexo	Estado civil	Idade	Escolaridade	Ocupação Principal	Renda Família (Sm)	Medicamentos Uso Contínuo	Problemas de Saúde	Etilismo/ Tabagismo/ Outros	Internações Recentes	Observações

CONDIÇÕES DE MORADIA: Tipo de habitação, saneamento (água encanada, fossa, esgoto), higiene, riscos ambientais, animais no domicílio.

PLANILHA DE RESPOSTA WHOQUOL-BREF

Questionário nº.....

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

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
01	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
02	A. Como está sua saúde? (na ficha do informante)					
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
02	B.O quanto você está satisfeito com sua vida?	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
03	Em que medida você acha que sua dor (física) impede de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
04	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
05	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
06	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?(espiritualidade)	1	2	3	4	5
07	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
08	Quão seguro você se sente em sua vida diária? (proteção)	1	2	3	4	5
09	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas		nada	Muito pouco	Médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para o 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

A questão seguinte pergunta sobre quão bem 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
As questões seguintes perguntam sobre quão satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito nem satisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito você está consigo mesmo? (auto-estima)	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito você está com o seu acesso ao serviço de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
A questão seguinte refere-se com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas:		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO II

Parecer do Comitê de Ética



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

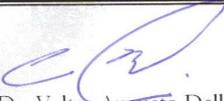
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº 0244.0.093.000-05

PARECER Nº 404/2005

Pesquisador(a) Responsável: Doris Marli Petry Paulo da Silva	
Centro/Departamento: Departamento de Biologia/Programa de Pós-graduação em Ecologia em Ambientes Aquáticos Continentais	
Título do projeto: Ambiente, saúde e qualidade de vida: condições e perspectivas em Porto Rico – Pr.	
Considerações: Projeto de pesquisa com o objetivo de investigar como os processos ambientais relacionam-se com as condições de saúde da população de Porto Rico e com as avaliações que a mesma faz sobre sua qualidade de vida para, com base nestes conhecimentos, elaborar propostas para a superação destas condições. Constam no projeto: Folha de rosto; Projeto de pesquisa; Questionário; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Orçamento financeiro; Cronograma de execução e Currículo do pesquisador principal.	
Parecer De acordo com o exposto acima, somos de parecer favorável pela aprovação do presente projeto.	
Situação: APROVADO	
CONEP: (x) para registro () para análise e parecer Data: 16/12/2005	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: 20/07/2008	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº 196/96 e complementares do CNS/MS, na 110ª reunião do COPEP em 16/12/2005.	 Prof. Dr. Valter Augusto Della Rosa Presidente do COPEP

Em suas comunicações com esse Comitê cite o número de registro do seu CAAE.
Bloco 10 sala 01 – Avenida Colombo, 5790 – CEP: 87020-900 – Maringá - PR
Fone-Fax: (44) 3261-4444 – e-mail: copep@uem.br