

Morbidade referida por moradores ribeirinhos de Porto Rico, PR, Brasil*

Self-reported morbidity by riverbank dwellers from Porto Rico, PR, Brasil

Morbidad referida por habitantes de las riberas de Porto Rico, PR, Brasil

Doris Marli Petry Paulo da Silva¹, Eduardo Augusto Tomanik¹

¹Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Enfermagem. Maringá, PR

Submissão: 20/10/2009

Aprovação: 30/03/2010

RESUMO

Objetivo: Investigar a morbidade referida por ribeirinhos de Porto Rico, PR, Brasil. **Métodos:** Estudo de caso comparou a morbidade referida entre dois grupos de moradores. A amostra constituiu-se por um representante das 63 moradias dos três conjuntos habitacionais do município. Informações obtidas através de inquérito domiciliar, nos meses de julho/2005 e janeiro/2006. **Resultados:** A maioria dos entrevistados percebeu sua saúde de forma positiva. Principais problemas citados foram relacionados à hipertensão arterial, sistema nervoso, depressão, problemas cardíacos e respiratórios e infecções diversas. O grupo B referiu maior consumo de álcool e o grupo A, de tabaco. **Conclusão:** A educação em saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis de vida auxilia no enfrentamento de situações adversas de adoecimento e na promoção da saúde.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Educação em saúde; Estilo de vida; Estudos ecológicos; Nível de saúde.

ABSTRACT

Purpose: To investigate the self-reported morbidity rate of riverbank dwellers from Porto Rico, PR, Brazil. **Methods:** The case study compared the self-reported morbidity of two groups of residents. The sample consisted of 63 individuals of the three affordable housing complexes of that municipality. Information was collected through home surveys, during the months of June 2005 and January 2006.

Results: Most interviewed subjects had a positive perception of their health. The main health problems recalled were associated with arterial hypertension, nervous system conditions, depression, heart and respiratory problems and assorted infections. Alcohol was mentioned more often by group B and tobacco by group A. **Conclusion:** Health education, with emphasis on adopting healthy life habits helps in facing adverse health situations and promotes health.

Key words: Health services evaluation; Health education; Life style; Ecological studies; Health status.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el morbilidad referida por moradores de Porto Rico, PR, Brasil. **Método:** Estudio del caso comparó el morbilidad referida entre dos grupos de moradores. La muestra fue constituida por un representante de las 63 residencias de los tres conjuntos habitacionales. Informaciones obtenidas por medio de averiguación domiciliario, en los meses de julio/2005 y enero/2006. **Resultados:** La mayoría de los entrevistados percibió su salud de forma positiva. Principales problemas de salud citados: la hipertensión arterial, nervios, depresión, cardíacos e infecciones diversas. El grupo B refirió mayor consumo de alcohol y el grupo A, de tabaco. **Conclusión:** La educación en salud con énfasis en la adopción de hábitos saludables de vida, auxilian en el enfrentamiento de situaciones adversas de enfermar y en la promoción de la salud.

Descriptores: Evaluación de servicios de salud; Educación en salud; Estilo de vida; Estudios ecológicos; Nivel de salud.

*Artigo extraído da tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR.

AUTOR CORRESPONDENTE

Doris Marli Petry Paulo da Silva. Av. Colombo, 5.790. Jd. Universitário. CEP CEP 87020-900. Maringá, PR.
E-mail: dmppsilva@uem.br

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 significativo 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 (morbimortalidade), 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 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⁾.

O Grupo de Estudos Socioambientais da Universidade Estadual de Maringá (GESA/UEM) participa, juntamente com o Núcleo de

Pesquisas em Limnologia, Ictiologia e Aquicultura (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 1).

O segmento de pesquisa sobre Indicadores, Hábitos e Necessidades de Saúde agrupa estudos sobre as tendências de morbimortalidade 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

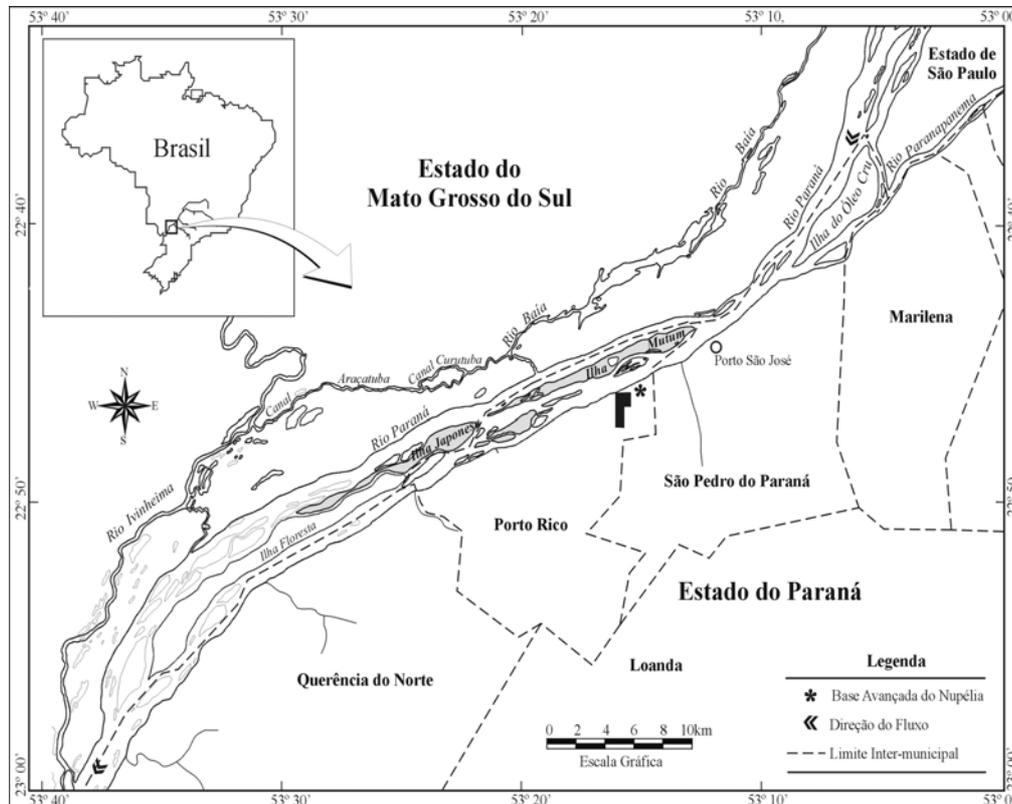


Figura 1. Mapa da localização do município de Porto Rico, Estado do Paraná, Brasil (arquivos da UEM/NUPELIA).

evidenciaram alguns problemas: a presença do alcoolismo, 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⁾.

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 14ª 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.

METODOLOGIA

Tratou-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.

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⁾. 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 n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra, representada pelos dois grupos de moradores.

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 2).

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 3).

Os agravos à saúde que geraram maior insatisfação e contribuíram para o adoecimento nos dois grupos de moradores ribeirinhos estão apresentados na Tabela 4.

No Grupo B, 57,5% dos moradores referiram problemas de saúde e 32,5% indicaram comorbidade, a qual variou de dois a seis

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas, segundo grupos de moradores. Porto Rico, 2006.

Características sócio-demográficas		Grupo A		Grupo B	Total
		n		n	n
Sexo	Feminino	19		27	46
	Masculino	4		13	17
Faixa Etária	18 a 29 anos	3		13	16
	30 a 59 anos	18		23	41
	60 anos e +	2		4	6
Estado Conjugal	Mora com companheiro	14		27	41
	Viúvo/Separado/divorciado	6		8	14
	Solteiro	3		5	8
Constelação familiar	Chefe	11		21	32
	Cônjuge	11		16	27
	Filho(a)	1		3	4
Escolaridade	Analfabeto	5		3	8
	Fundamental incompleto	12		12	24
	Fundamental completo	-		5	5
	Médio	5		17	22
Ocupação profissional	Universitário	1		3	4
	Urbana	11		29	40
	Ligada ao rio e a terra	5		4	9
	Outras	7		7	14
Renda familiar	Até 2 SM* (R\$599,99)	15		13	28
	2 a 4 SM (R\$ 600,00 a 1.199,99)	5		20	25
	+ de 4 SM (R\$ 1.200,00)	3		7	10

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

Tabela 2. Distribuição da percepção do nível de saúde, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, 2006.

Como está sua saúde?	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Muito ruim	2	8,7	-	0,0	2	3,1
Ruim	1	4,3	2	5,0	3	4,7
Nem ruim/nem boa	6	26,0	11	27,5	17	26,9
Boa	14	60,8	19	47,5	33	52,3
Muito boa	-	0,0	8	20,0	8	12,7
Total	23	100,0	40	100,0	63	100,0

Tabela 3. Distribuição da morbidade referida, segundo dois grupos de moradores. Porto Rico, 2006.

Morbidade referida	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
PO. Sem problema de saúde	5	21,7	17	42,5
PS. Pelo menos um Problema de Saúde:	18	78,2	24	57,5
Total	23	100,0	40	100,0

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, amigdalite, gastrite, hepatite, infecção urinária, cólica renal, alergias e coluna ("problemas de 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).

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

Tabela 4. Distribuição dos problemas de saúde referidos e consumo de tabaco e/ou álcool. Porto Rico, 2006.

Problemas relacionados à saúde	Grupo A		Grupo B	
	n	%	n	%
PS1. Problema do coração	3	13,0	3	7,5
PS2. Pressão alta (hipertensão arterial)	7	30,4	7	17,5
PS3. Derrame (Acidente Vascular Cerebral)	1	4,3	-	0,0
PS4. Câncer	-	0,0	-	0,0
PS5. Enfisema ou bronquite	3	13,0	-	0,0
PS6. Diabetes	-	0,0	3	7,5
PS7. Catarata (problema de visão)	2	8,7	1	2,5
PS8. Artrite ou reumatismo	2	8,7	4	10,0
PS9. Osso quebrado ou fraturado	2	8,7	6	15,0
PS10. Problema Crônico no pé	1	4,3	1	2,5
PS11. Problema Nervoso crônico/emocional	7	30,4	5	12,5
PS12. Hemorróida /sangramento anal	1	4,3	3	7,5
PS13. Doença de Parkinson	-	0,0	-	0,0
PS14. Problemas com Álcool ou drogas	-	0,0	-	0,0
PS15. Queimaduras	-	0,0	-	0,0
PS16. Depressão	3	13	5	12,5
PS17. Problemas relacionados à gravidez	-	0,0	1	2,5
PS18. Doença de pele	2	8,7	3	7,5
PS19. Outros problemas não especificados	11	47,8	7	17,5
Consumo de tabaco e/ou álcool				
Nega	13	56,5	23	57,5
Fuma	7	30,4	6	15,0
Bebe	1	4,3	8	20,0
Fuma e bebe	2	8,7	3	7,5

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 4).

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.

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 (deste domínio do WHOQOL), 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, genurinário, 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 infanto-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 infra-estrutura, 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⁾. 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⁾.

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 freqüentadores assíduos de serviço de atendimento primário, porém, muitas vezes não são diagnosticados como tais"⁽¹¹⁾.

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⁾. 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⁾.

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⁾ do ser humano nas diversas etapas da vida.

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:

- 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

- 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.

- 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.

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. 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 Enferm* 2007; 9(1).
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. 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 Pública* 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: 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: Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2006.
9. 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. Organização Mundial de Saúde. 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: <http://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 Pública* 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; 7(4).
13. Jôia 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): 187-94.
14. Merino MFGL, Marcon SS. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(6).
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; 9(2).
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 DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev Eletr Enferm* 2008; 10(2).
18. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 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; 19(3).
20. Ministério da Saúde (BR). 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 Pública* 2002; 36(2): 254-6.
21. Martins JJ, Barra DCC, Santos TM. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev Eletr Enferm* 2007; 9(2).