

Eduardo A. Tomanik (Coordenador)  
Doris Marli Petry Paulo da Silva (Doutora)

### INTRODUÇÃO

O segmento de pesquisa sobre Indicadores, Hábitos e Necessidades de Saúde agrupa estudos sobre as tendências de morbi-mortalidade do município de Porto Rico, no Estado do Paraná, Brasil e da procura por atendimento junto ao sistema oficial de cuidados, bem como sobre as Representações Sociais da população sobre os processos saúde-doença.

Como forma de continuidade destes estudos, o presente trabalho visou mensurar as avaliações de moradores dos conjuntos habitacionais do núcleo urbano de Porto Rico sobre sua qualidade de vida e determinar as variáveis sócio-demográficas e de morbidade referida (adoecimento) que mais influenciaram os direcionamentos daquelas avaliações, de forma geral e em cada um dos domínios (físico, social, psicológico, ambiental) analisados pelo Inventário WHOQOL-bref (OMS, 1998). Para a análise dos dados foi utilizada, além das formulas previstas por este instrumento, a Técnica de Regressão por Árvores, que possibilitou o mapeamento de variáveis e interações possivelmente determinantes da qualidade de vida daquele grupo populacional.

A Técnica CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detector), conhecida como Regressão por Árvores, 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 entre uma variável dependente (qualitativa ou quantitativa) e uma série de variáveis preditoras, que interagem entre si. Os resultados obtidos a partir desta técnica tornam-se mais informativos e fáceis de serem interpretados (Dunbar, 1984).

Optou-se por aplicar a técnica de Regressão por Árvores para explicar as tendências das variáveis que mais influenciam sobre a qualidade de vida da população estudada. Na literatura não foi encontrado relato do emprego desta técnica para coleções de informações como estas.

## CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

O município de Porto Rico, localizado às margens do rio Paraná, ocupa uma área de 227 km<sup>2</sup> com uma população de 2.462 habitantes, em 2007 e IDH Municipal de 0,748. Há em torno de 821 ligações na rede de abastecimento de água e 1.056, de energia elétrica, além de coleta sistemática de lixo (IBGE, 2006; IPARDES, 2009). A rede de esgoto e tratamento de águas pluviais está em construção.

Três instituições públicas oferecem cuidados primários à saúde da população nas áreas de pediatria, gineco-obstetrícia, clínica médica, pequenas cirurgias e emergências: um hospital de pequeno porte, com nove leitos; uma equipe do Programa Saúde da Família e um Núcleo Integrado de Saúde. 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. A rede de ensino local oferece instrução até o ensino médio completo (Bercini; 2003).

No núcleo urbano existem três conjuntos habitacionais, edificadas ao longo da Rua Joaquim de Campos: Flamingo (28 residências), Por do Sol (33) e Casa Feliz (10).

## PROCEDIMENTOS

Trata-se de um estudo ecológico descritivo e analítico. Segundo Lima-Costa e Barreto (2003, p. 194), o estudo ecológico, uma modalidade de estudo epidemiológico, compara “[...] a ocorrência da doença/condição relacionada à saúde e a exposição de interesse entre agregados de indivíduos (populações de países, regiões ou municípios, por exemplo) para verificar a possível existência de associação entre elas. [...] Nesse tipo de estudo, não existe informação sobre a doença e a exposição do indivíduo, mas do grupo populacional como um todo”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (COPEP/UEM), sob o Parecer n. 404/2005, atendendo a Resolução n°. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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 habitacionais.

A coleta de informações ocorreu em julho/2005 e janeiro/2006, através da aplicação de dois formulários. 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 pelos entrevistados. O segundo foi o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida abreviado (WHOQOL-bref) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998). O referido instrumento consta de 26 questões objetivas, cujas respostas são dadas em uma escala de cinco pontos, do tipo Likert, cuja intensidade varia desde muito insatisfeito até muito satisfeito.

As análises iniciais foram realizadas no programa estatístico SPSS; para a análise de Regressão por Árvores foi usado o algoritmo CHAID (Dunbar, 1984), implementado no módulo Answer Tree desse software.

## RESULTADOS

Entre os 63 entrevistados, a maioria pertencia ao sexo feminino (73%), com idade média de 40 anos (entre 18 e 88 anos); 65% mantinham união conjugal 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 de 3,5 pessoas.

Em relação à morbidade, um terço dos entrevistados negou problemas de saúde (P0) e os demais 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); 18 entrevistados referiram outros problemas não listados no instrumento.

Para iniciar a análise da qualidade de vida, através da técnica de Regressão por Árvores, o critério de seleção foi considerar as variáveis associadas ao nível de até 5% de significância ( $\alpha=0,05$ ) e classificá-las em grau decrescente em cada domínio: psicológico, físico, social, ambiental e da qualidade de vida geral.

O Domínio Psicológico apresentou o maior escore médio (64,12). Foram associadas quatro variáveis ao nível de confiança de 95% com o DP. A auto-estima foi a primeira variável preditiva do Domínio, cujas respostas foram distribuídas em: 50,79% dos entrevistados estavam muito satisfeitos consigo mesmo, 15,87% satisfeitos e 33,33% indiferentes ou insatisfeitos. As respostas do grupo que referiu média ou baixa auto-estima foram influenciadas pelo sono.

No ramo direito da árvore, metade dos entrevistados estava muito satisfeito consigo mesmo e mais de um terço desse grupo nunca teve sentimentos negativos. Porém, os demais tiveram algum tipo de sentimento negativo com frequência variada, dentre os quais, a metade tinha menos de oito anos de estudo.

O escore médio para o Domínio Físico foi 63,6. Para explicar esse domínio foram retidas seis variáveis preditoras. Vale destacar que esse foi o único domínio que apresentou no conjunto de variáveis preditoras, as utilizadas para avaliar a morbidade referida.

Para explicar as tendências evidenciadas neste Domínio, a variável mais significativa foi interferência da dor nas atividades cotidianas. No ramo esquerdo, as respostas dadas a essa questão foram relacionadas à auto-dependência, manifestadas principalmente por portadores de cardiopatias. No entanto, para o grupo de entrevistados que não referiu problemas cardíacos, a dor esteve associada ao desempenho de atividades diárias.

A maioria dos entrevistados (60,32%) foi otimista e respondeu que a dor interferiu nada ou muito pouco no desempenho de atividades do dia-a-dia, independente da presença ou não de problemas de saúde. Porém, o nível de instrução influenciou a resposta daqueles que negaram agravos à saúde (morbidade). Pode-se afirmar que, o nível de escolaridade tem influência na presença de problemas de saúde e o acesso aos serviços de saúde aumenta o nível de avaliação positiva do Domínio Físico.

O escore médio para o Domínio Social foi 58,33. A variável mais significativa deste domínio foi satisfação com as relações pessoais. Foram associadas mais três variáveis relacionadas a este Domínio, com um nível de confiança de até 95%.

No ramo direito, três quartos dos entrevistados estavam otimistas com suas relações pessoais. Estas respostas foram influenciadas por duas variáveis significativas: o apoio dos amigos e a satisfação com a sexualidade, com intensidade variada. No ramo esquerdo, as respostas dos entrevistados que referiram média satisfação com suas relações pessoais foram influenciadas pelo nível de escolaridade, ou seja, aqueles com menos ou com mais de oito anos de instrução.

O escore médio para o Domínio Ambiental foi 60,78. O ajuste do modelo de Regressão por Árvores reteve o maior número de variáveis associadas (oito) para explicar esse domínio.

A variável preditora mais significativa neste grupo foi a satisfação com os meios de transporte. Um terço dos entrevistados teve opinião negativa. Apesar desse pessimismo, o grupo valorizou muito o sentido da vida, a espiritualidade associada à segurança. Somente dois indivíduos consideraram o ambiente físico em que vivem extremamente saudável.

O grupo otimista com seus meios de transporte referiu ter segurança na vida diária, com frequência média a extrema, facilitando o acesso às informações. Quase dois terços dos entrevistados deste grupo referiram que as informações que eles precisavam no cotidiano estavam entre média e completamente disponíveis. Esse mesmo grupo mostrou-se satisfeito com as condições do local onde moram e com sua capacidade para o trabalho. Os itens apontados pelos entrevistados refletem a infra-estrutura local.

O Domínio Qualidade de Vida Geral foi explicado por quatro variáveis preditoras. A mais significativa foi a satisfação com a própria vida, diretamente associada à percepção da saúde. Entre o grupo otimista com a vida, uma parcela avaliou sua saúde como boa ou muito boa e sua qualidade de vida como regular ou boa. Os demais referiram indiferença ou insatisfação com o estado de saúde, decorrente da presença da dor que as impedia de fazer o que precisavam.

## 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” (Tomanik; Fernández, 2007, p. 361). Afirmção semelhante foi apresentada também por um dos entrevistados neste estudo. A perspectiva obter maior remuneração ou melhores condições de trabalho é baixa, independente do nível de escolaridade.

Estudo sobre índice de desenvolvimento das famílias em municípios do Rio de Janeiro apontou a desigualdade de oportunidade de trabalho, de disponibilidade de recursos e o acesso ao conhecimento como as dimensões mais críticas das condições de vida (Najar et al, 2008).

Outros estudos evidenciaram que os moradores de Porto Rico estavam insatisfeitos com as condições de vida e trabalho, alegavam que tais condições vinham piorando e que avaliavam como pouco satisfatória sua qualidade de vida (Paiola; Tomanik, 2002; Sponchiado et al, 2002). Os moradores percebiam modificações radicais nas paisagens naturais com interferência negativa no seu modo de vida e subsistência (Violante, 2006).

É o caso de uma idosa, ex-ilhéu, respondente do estudo atual, que manifestou sentimento negativo, pois foi desapropriada da ilha e obrigada a deixar sua morada: “Na ilha nunca sentia dor nas costas... Aqui falta dinheiro pra comprar remédio... preciso de casa pra morar [...] 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” (Tuan, 1980, p. 5). A entrevistada mostrou uma 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. Silva (2006) 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 vida (Silva Lucas et al., 2008). 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” (Paschoal, 2005, p. 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 configure 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 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; os fatos de morarem em conjuntos habitacionais, quase sem divisas entre as casas e virem de um passado em que as relações familiares, de amizade e compadrio, eram valorizadas, provavelmente faz com que sejam e sintam-se solidários.

A composição familiar na região evidencia estes processos de solidariedade social, pois muitas das casas abrigam moradores que não fazem parte da família nuclear moderna (Tomanik; Godoy, 2004).

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 destacou um dos entrevistados: “trabalho de segunda a segunda [...] minha família mora longe... no nordeste”.

Além disso, crises ou intercorrências 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 assistência. O envolvimento comunitário atua como fator psicossocial à medida que eleva a auto-estima e recupera a satisfação com a vida (Andrade; Vaitsman, 2002).

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. Segundo Smeltzer e Bare (1994), fatores ambientais também interferem nos ritmos individuais (fisiológicos, psicológicos e sociais). 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 lazer (Martins et al., 1996).

A dor física foi a variável que mais influenciou os resultados de avaliação do 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 saúde (Smeltzer; Bare, 1994).

O grupo portador de problemas cardíacos mostrou-se satisfeito com seu acesso aos serviços de saúde de Porto Rico. Provavelmente 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” (Travassos et al., 2002, p. 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 saúde (Felipes, 2006). 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 favor (Andrade; Vaitsman, 2002).

O grupo de pessoas saudáveis, que não referiu problemas de saúde, apresentou como diferencial o nível de escolaridade. Pode-se inferir que quanto maior o nível de escolaridade, maiores os resultados positivos na avaliação dos Domínios Psicológico e Físico, ou seja, pessoas que estudaram mais 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” (Noronha; Andrade, 2005, p. 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 embarcações 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 (Bercini; Tomanik, 2006). As pessoas agradecem a Deus porque têm saúde, família, moradia, se a doença não for grave, não levar à morte e não as impedir de realizar suas atividades cotidianas, como caminhar (Silva Lucas et al., 2008).

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 hoje (Souza, 2000) 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.

## CONCLUSÕES

A análise da coleção de dados obtidos pelo 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, essa metodologia mostrou-se adequada para a análise dessa coleção de dados, o que torna recomendável 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 sofrer alterações 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 e Tomanik (2006, p. 75) recomendam “[...] levar em conta os valores, as atitudes e as crenças dos grupos a quem se destina a ação”.

Espera-se que esse conjunto de informações, somado aos resultados das investigações 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 locais e regionais.

Para atender as necessidades de atenção à saúde, o plano de manejo deve incluir a análise de fatores que determinem positiva ou negativamente a qualidade de vida das pessoas e das comunidades, como as condições sanitárias, sócio-econômicas, educacionais, culturais e ambientais. É preciso, também, valorizar o conhecimento sobre saúde-doença e a concepção de mundo elaborada por aqueles que ali vivem, no caso, os ribeirinhos.

Vale lembrar que os trabalhos deste segmento de pesquisa não se encerram ao término desta pesquisa; 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 propiciar melhores condições de vida, de saúde e conseqüentemente, qualidade de vida na região.

É fundamental que a educação sirva de alicerce para qualquer proposta de ação desenvolvida por profissionais de diversas áreas que incluam desde o ensino regular ou profissionalizante, na educação ambiental, nos serviços de saúde e por outros segmentos de serviços, até pesquisadores e acadêmicos vinculados aos projetos de pesquisa, ensino e extensão que atuam na região.

Uma das metas deve privilegiar a melhora da educação básica nos diversos níveis de escolaridade e o incentivo de programas como a Educação de Jovens e Adultos (EJA); a capacitação para os postos de trabalho defasados na região; a oferta de cursos de artesanato para o aproveitamento de matérias primas descartadas (como couro e espinhas de peixe, cascas de frutos e plantas) e de materiais recicláveis; a construção de hortas e o aproveitamento de seus produtos na culinária.

A educação em saúde precisa centrar-se nos propósitos da Promoção da Saúde, com vistas a incentivar a adoção de hábitos saudáveis de vida, como alimentação adequada a cada grupo etário, prática de exercícios físicos e atividades de lazer, cuidados de higiene pessoal e do meio, conhecimentos sobre hábitos nocivos (uso de tabaco, álcool, drogas e auto-medicação) e práticas sexuais não seguras.

A educação ambiental, através da formulação da Agenda 21, pode contribuir para a elaboração das políticas públicas, nos programas de saneamento ambiental, controle de vetores, preservação do entorno e na geração de emprego e renda.

## REFERÊNCIAS

- Andrade, G. R. B; Vaitsman, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 4, p. 925-934, 2002.
- Bercini, L. O. *Sem saúde a gente não é nada: estudo das representações sociais sobre saúde e ambiente em uma comunidade ribeirinha*. Tese (Doutorado). Maringá: Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Continentais. Departamento de Biologia. Universidade Estadual de Maringá; 2003. 104f.
- 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.
- Dunbar, G. E. *CHAID, Chi-Square Automatic Interaction detector*, 1984.
- Felipes L. *Concepções sobre a saúde e a doença: um estudo envolvendo usuárias de uma unidade do Programa Saúde da Família*. 2006. Dissertação (Mestrado). Maringá: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2006. *Cidades@ Porto Rico*, Pr. Informações Estatísticas. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 09 jul 2007.
- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico. *Perfil dos Municípios. 2009*. Porto Rico. [http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal/](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/). Acesso em 30 jan 2009.
- Lima-Costa, M. F.; Barreto, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área de envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- Martins, L.M.; França, A.P.D. ; Kimura, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.
- 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.
- Noronha, K. V. M. S.; Andrade, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre idosos na América Latina. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 17, n. 5/6, p. 410-8, 2005.
- 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.

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*, v. 24, n. 1, p. 175-180. 2002.

Paschoal, S. M. P. *Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico*. São Paulo, 2005. Tese (Doutorado). São Paulo: Faculdade de Medicina. USP.

Silva Lucas, L. da; Trevisan Martins, J.; Carmo Cruz Robazzi, M. L. do. Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores - úlcera de perna. *Cienc. enferm.* [online]. 2008, v. 14, n. 1, p. 43-52. ISSN 0717-9553. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf>. Acesso em 28 jan 2009.

Silva, M. A. D. *Quem ama não adoce*. Rio de Janeiro: BestSeller, 2006.

Smeltzer S.C., Bare B.G. *Brunner/Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994. v. 1.

Souza, R. C. *Qualidade de vida de pessoas egressas de instituições psiquiátricas: o caso de Ilhéus – BA*. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP. 2000.

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*, v. 24, n. 1, p. 181-188, 2002.

Tomanik, E. A.; Fernandez, J. B. M. Trabalho e Qualidade de vida. In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ, NUPÉLIA/PELD. *Relatório do Sítio 6: 2007. A planície alagável do rio Paraná*. Capítulo 17. Disponível em: [http://www.peld.uem.br/Relat2007/pdf/capitulo\\_17.pdf](http://www.peld.uem.br/Relat2007/pdf/capitulo_17.pdf). Acesso : 27 nov. 2008.

Tomanik, E. A.; Godoy, A. M. G. Demographic Studies in High Paraná River Floodplain. In: Agostinho A.A., Rodrigues, L., Gomes, L.C., Thomaz, S.M., Miranda, L.E. *Structure and functioning of the Paraná river and floodplain: LTER-Site 6- (PELD-Sítio 06)*. Maringá: EDUEM. 2004. p. 253-257.

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*. v.11, n.5/6, p. 365-373, 2002.

Tuan, Y. F. *Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo: DIFEL. 1980. 288p.

Violante, A. C. *Moradores e turistas no município de Porto Rico, PR: percepção ambiental no contexto de mudanças ecológicas*. Tese (Doutorado). Maringá: Programa de Pós-Graduação em Ecologia de Ambientes Aquáticos Continentais. Departamento de Biologia. Universidade Estadual de Maringá. 2006.