

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**QUALIDADE DE VIDA EM ÁREAS CONTAMINADAS NO ESTUÁRIO DE SANTOS
E EM BERTIOGA**

Andréa dos Santos Silva Invenção

**Santos
2009**

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Saúde Coletiva

**QUALIDADE DE VIDA EM ÁREAS CONTAMINADAS NO ESTUÁRIO DE SANTOS
E EM BERTIOGA**

Texto apresentado ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para exame de qualificação, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Meio Ambiente

Orientador: Prof. Dr. Alféio Luis Ferreira Braga

**Santos
2009**

Dedicatória

Aos meus pais, Emílio e Vera, pela dedicação e incentivo com palavras certas nas horas mais difíceis. Obrigada por tudo.

Ao meu marido Levy, por existir em minha vida , meu grande companheiro, que sempre me deu apoio.

Aos meus avós, Lourdes e Oswaldo, que com sua experiência de vida sempre me apoiaram.

Às minhas tias Ana Maria, Ignês e Lídia, que sempre me apoiaram.

À minha prima e grande amiga Alexandra, que sempre me ajudou e esteve ao meu lado.

Aos meus sobrinhos Arthur e Andressa , por existirem para alegrar minha vida.

Ao meu sogro Levy e minha sogra Silvia, que sempre me ajudaram com sua serenidade.

As minhas amigas de trabalho, Dionize, Antonieta, Rose e Suzy que me incentivaram.

À minha coordenadora e amiga Elaine, pela compreensão e apoio.

Às minhas queridas amigas de infância e adolescência Silene, Elizabeth, Silvana, Luciana e Denise pelo incentivo.

Aos meus avós José e Elida, que onde estiverem sempre me iluminaram.

À minha tia Dionette, que guiou meus passos de onde estiver.

Agradecimentos

Ao Prof. Dr. Alfésio Luís Braga Ferreira, meu orientador, que esteve ao meu lado em todos os momentos, com sua paciência, compreensão, dedicação, tranquilidade e serenidade. Obrigada por tudo.

À Fundação Lusíada especialmente ao Magnífico Reitor Dr. Nelson Teixeira, pelo incentivo.

Ao Prof. Dr. Luís Alberto, sua solidariedade colaborou para meu enriquecimento.

À Prof.^a Dr.^a Lourdes Conceição Martins, por sua colaboração para a conclusão desta pesquisa.

À todos aqueles que participaram desta pesquisa e colaboraram para a sua finalização.

À todas as pessoas que me ajudaram na coleta de dados.

RESUMO

INVENÇÃO, A. S. S. **Qualidade de vida em áreas contaminadas no estuário de Santos e em Bertioga**. 2009. 98 f. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2009.

Esta pesquisa é um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa, que tem por objetivo avaliar a qualidade de vida nas áreas contaminadas na região do Estuário de Santos e em Bertioga. Foi utilizado o WHOQOL-breve, questionário elaborado por pesquisadores da Organização Mundial da Saúde, para a avaliação de qualidade de vida entre adolescentes maiores de 12 anos, adultos e idosos. Para as crianças utilizou-se o *Autoquestionnaire Qualité Vie Enfant Imagé* (AUQEI). Os participantes foram selecionados a partir dos resultados obtidos na primeira fase do “Estudo Epidemiológico na População Residente na Baixada Santista - Estuário de Santos: Avaliação de Indicadores de Efeito e de Exposição e Contaminantes Ambientais”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Participaram do estudo, 23 famílias em Vicente de Carvalho-Guarujá, 22 em São Vicente, 21 em Bertioga, 20 em Pilões e Água Fria e 20 em Cubatão Centro. Os resultados obtidos demonstraram que para a avaliação da qualidade de vida dos adolescentes, adultos e idosos, não houve diferença estatisticamente significativa entre as áreas, para os domínios Físico e Psicológico (teste de Kruskal-Wallis com $p > 0,05$). Porém, para o domínio Relações Sociais os moradores de Pilões e Água Fria apresentaram escore médio (76,80) maior e estatisticamente diferente dos observados nas áreas de São Vicente (64,58), Bertioga (64,41) e Vicente de Carvalho- Guarujá (63,95) (teste de ANOVA com $p = 0,008$ e teste de Tukey com $p < 0,05$). Para o domínio Meio Ambiente, Cubatão Centro (55,56) e Pilões e Água Fria (53,78) apresentaram valores maiores que os observados nas demais áreas (testes de ANOVA com $p = 0,001$; teste de Tukey com $p < 0,05$). Os escores encontrados em Bertioga, São Vicente e Vicente de Carvalho-Guarujá foram, em geral, inferiores aos encontrados em estudos realizados em outras localidades, mostrando uma maior insatisfação dos moradores destas localidades. Com relação à avaliação da qualidade de vida das crianças, todas as áreas apresentaram valores acima da pontuação de corte evidenciando boa qualidade de vida em todas elas. Além disso, não houve diferença estatisticamente

significativa entre as áreas investigadas (teste de Kruskal-Wallis com $p = 0,829$). Pode-se concluir que existe um gradiente nos escores de qualidade de vida entre as áreas analisadas e que, para alguns domínios, esses valores são inferiores aos observados em outras localidades sem contaminação ambiental.

Palavras-chave: Qualidade de vida, meio ambiente, contaminação ambiental, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

ABSTRACT

INVENÇÃO, A.S.S. **Quality of life in contaminated areas of Santos Estuary and in Bertioga.** 2009, 98 sheets. Master's Dissertation in Collective Health. Catholic University of Santos (Universidade Católica de Santos), Santos city, 2009.

This research is a cross sectional study with quantitative approach, which aims to evaluate the quality of life in contaminated areas in the region of Santos' Estuary and in the city of Bertioga. In this research it was used the WHOQOL-brief (Portuguese version), a questioner developed by researchers of the World Health Organization to evaluate the quality of life of adolescents older than 12 years of age, adults and elderly. For children, it was used the *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI). The participants were selected from the results obtained in the first phase of the Epidemiological Study in the Resident Population of Santista Lowland – Estuary of Santos: Evaluation of Exposure and Effect Indicators to Environmental Contaminants”, supported by National Council of Technological and Scientific Development. Twenty-three families of Vicente de Carvalho-Guarujá, 22 families of São Vicente, 21 families of Bertioga, 20 families of Pilões and Água Fria, and 20 families of Cubatão Center were included in this study. The results showed that for adolescents, adults and elderly there were not statistically significant differences in both Physical and Psychological domains (Kruskal-Wallis test with $p > 0,05$). However, for the Social Relations domain, the Pilões and Água Fria participants presented mean score (76,80) greater and statistically different than those observed in São Vicente (64,58), Bertioga (64,41), and Vicente de Carvalho-Guarujá (63,95) (ONEWAY ANOVA with $p = 0.008$ and Tukey test with $p < 0,05$). For Environment domain, Cubatão Center (55,56), Pilões and Água Fria (53,78) presented scores greater than those observed in all other areas (ONEWAY ANOVA with $p=0,001$; Tukey test with $p < 0.05$). In general, the scores observed in Bertioga, São Vicente, and Vicente de Carvalho-Guarujá were smaller than those observed in studies carried out in other places, demonstrating the dissatisfaction of the inhabitants. Regarding the children quality of life evaluation, all areas presented scores above the standard, indicating good quality of life in all of them. Moreover, there was not statistically difference among the investigated areas (Kruskal-Wallis test with $p = 0,829$). It is possible to conclude that exist a gradient of the quality of life scores

among the investigated areas and that, for some domains, these values are smaller than those observed in other places without environmental contamination.

Keywords : Quality of life, environment, environmental contamination, children, adolescents, adults, and elderly.

Listas de Tabelas

| | | |
|------------------|--|-----------|
| Tabela 1- | Análise descritiva quanto à faixa etária dos moradores nas cinco áreas | 62 |
| Tabela 2- | Análise descritiva para o domínio Físico do WHOQOL-Breve nas áreas estudadas | 63 |
| Tabela 3- | Análise descritiva para o domínio Psicológico do WHOQOL-Breve nas áreas estudadas | 64 |
| Tabela 4- | Análise descritiva para o domínio Relações Sociais do WHOQOL- Breve nas áreas estudadas | 65 |
| Tabela 5- | Análise descritiva para o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-Breve nas áreas estudadas | 66 |
| Tabela 6- | Análise descritiva para qualidade de vida das crianças nas cinco áreas estudadas utilizando o AUQUEI | 69 |
| Tabela 7- | Análise descritiva para o AUQUEI com pontuação abaixo e normal das crianças nas cinco áreas estudadas | 70 |

Lista de Figuras

| | | |
|------------------|---|-----------|
| Figura 1- | Figura das cinco áreas investigadas | 52 |
| Figura 2- | Distribuição percentual dos participantes da análise de qualidade de vida de acordo com a área de estudo | 60 |
| Figura 3- | Distribuição percentual dos participantes entre homens e mulheres da análise de qualidade de vida | 61 |
| Figura 4- | Análise da distribuição percentual das crianças de acordo com a área de estudo. | 67 |
| Figura 5- | Análise da distribuição percentual de meninos e meninas participantes | 68 |

Listas de siglas

| | |
|--------------------|--|
| OMS | Organização Mundial de saúde |
| OPAS | <i>Organização Pan Americana de Saúde</i> |
| AUQUEI | Autoquestionnaire Qualité De Vie Enfant Imagé |
| WHOQOL-BREF | Wold Health Organization Quality of Life |
| CETESB | Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental |
| CNPQ | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| COPASADHS | Conferência Pan- Americana Sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano |
| APA | Atenção Primária Ambiental |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |

Sumário

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 Qualidade de vida na Região do Estuário na Baixada Santista | 14 |
| 1.2 Industrialização Brasileira | 14 |
| 1.3 História da cidade de Cubatão | 16 |
| 1.4 Contaminação Ambiental da Região e seu Impacto na População | 21 |
| 1.5 Meio Ambiente | 23 |
| 1.6 Qualidade de vida | 29 |
| 1.6.1 Aspectos conceituais de Qualidade de vida | 29 |
| 1.6.2 Qualidade de vida e saúde | 40 |
| 2. OBJETIVOS | 49 |
| 2.1 Geral | 49 |
| 2.2 Específicos | 49 |
| 3. CASUÍSTICA E MÉTODOS | 50 |
| 3.1 Tipo de pesquisa | 50 |
| 3.2 Área de Estudo | 50 |
| 3.3 Participantes do estudo | 54 |
| 3.4 Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida | 54 |
| 3.4.1 Instrumento para a avaliação de qualidade de vida para adolescentes, adultos e idosos | 54 |
| 3.4.1 Instrumento para a avaliação de qualidade de vida em criança | 57 |
| 3.5 Análise estatística dos dados | 58 |
| 4. RESULTADOS | 60 |
| 4.1 Análise descritiva dos participantes adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas estudadas | 60 |
| 4.2 Análise descritiva da qualidade de vida dos adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas | 62 |
| 4.3 Análise descritiva das crianças nas cinco áreas estudadas | 67 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 Análise da qualidade de vida das crianças nas cinco áreas estudadas | 68 |
| 5. DISCUSSÃO | 71 |
| 5.1 Apresentação dos resultados | 71 |
| 5.2 Modelo do estudo e instrumentos utilizados | 71 |
| 5.3 Qualidades e deficiências da pesquisa | 72 |
| 5.4 Discussão dos resultados por domínio e área investigada | 72 |
| 5.4.1 Domínio Físico | 72 |
| 5.4.2 Domínio Psicológico | 74 |
| 5.4.3 Domínio Relações Sociais | 75 |
| 5.4.4 Domínio Meio Ambiente | 76 |
| 5.5 Qualidade de vida das crianças | 79 |
| 6. CONCLUSÃO | 81 |
| 7. REFERÊNCIAS | 83 |
| ANEXO A - Termo de Esclarecimento | 90 |
| ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 91 |
| ANEXO C - WHOQOL-BREF Questionário de qualidade de vida para adolescentes, adultos e idosos | 92 |
| ANEXO D - AUQEI – Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes | 97 |

1. Introdução

1.1. Qualidade de Vida na Região do Estuário na Baixada Santista

Com o processo de industrialização brasileira, a Baixada Santista, principalmente a cidade de Cubatão, atraiu indústrias em vários setores que deram origem ao Polo Industrial de Cubatão.

Como consequência, houve a contaminação ambiental da região, causando, assim, sérios problemas à saúde e à qualidade de vida da população que reside nessas áreas.

Este trabalho investigou o resultado da contaminação ambiental resultante da industrialização na Região do Estuário de Santos e São Vicente, visando a necessidade de investigar a qualidade de vida de populações residentes em uma das áreas mais poluídas do Brasil por metais pesados, organoclorados, pesticidas e dioxinas.

A população sofre consequências graves por conta da contaminação na região, pelas substâncias que afetam, desde o sistema nervoso e reprodutivo até o sistema respiratório, entre outras doenças como o câncer, o que causa sérios problemas à condição de sua qualidade de vida.

1.2. Industrialização brasileira

Com o processo de industrialização brasileira, que teve início no final do século XIX, a agricultura do café que era a principal atividade do País, e sua produção na área do setor econômico era muito rentável, os produtores passaram a investir parte de seus lucros, que eram obtidos com a exportação de café, em indústrias que começaram a se formar principalmente nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, no qual houve um interesse pelo investimento em outros setores,

como a produção de fábricas de tecidos, calçados e outros tipos de fabricações mais simples (Iglesias, 1994).

Entretanto, até 1929, o Brasil tinha sua principal atividade econômica cafeeira quando enfrentou a primeira crise do café, sendo que o preço começou a “despencar”, iniciando, assim, uma grande crise no setor.

Nesta época, houve a migração da população rural para as grandes cidades, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro.

Com a ocorrência deste processo, a indústria brasileira ganhou grande impulso, uma vez que o Presidente da República, na época, Getúlio Vargas, tinha como objetivo principal efetivar a industrialização no País, dando maior atenção às indústrias nacionais.

Com a regulamentação das leis no mercado de trabalho e investimentos na área de infraestrutura, as indústrias nacionais começaram a se desenvolver significativamente de 1930 a 1940. No entanto, este desenvolvimento continuou restrito aos centros urbanos da Região Sudeste, e somente quando teve início a Era Vargas é que o País atingiu a independência do mercado externo com a produção de ferro, carvão e petróleo.

O Brasil também se beneficiou com a industrialização por conta do final da II Guerra Mundial, que permaneceu de 1939 a 1945, no qual os países europeus estavam arrasados com suas indústrias, necessitando, assim, importar produtos de outros países, entre eles, o Brasil.

Em 1953, ocorreu a criação da Petrobrás, e o País ganhou novamente um grande impulso nas indústrias ligadas à produção de borrachas, tintas, plásticos e fertilizantes, entre outros produtos.

No governo do Presidente Juscelino Kubitscheck (1956 a 1960), o Brasil ganhou novos rumos no setor industrial, abrindo a economia de capital internacional e atraindo as indústrias multinacionais no setor automobilístico e de eletrodomésticos (Peinado, 2007). Durante este período, algumas montadoras se instalaram no Brasil, entre elas a Ford e a General Motors.

Com todo esse processo de industrialização no Brasil, pode-se citar a cidade de Cubatão, que atraiu indústrias ligadas aos setores petroquímicos, siderúrgicos e metalúrgicos, dando origem ao Polo Industrial de Cubatão.

Tal processo trouxe modificações impactantes para os moradores da região e sobre aqueles que foram atraídos pelo crescimento repentino das cidades que compõem a região do estuário.

1.3. História da cidade de Cubatão

A cidade de Cubatão teve historicamente um papel importante de destaque para a Baixada Santista, pois era escolhida pelos Jesuítas, comerciantes e autoridades do Reino para descanso até atingir o Planalto, tornando-se, assim, uma cidade de passagem. No início do século XVIII, surgiu o Porto Geral de Cubatão e com ele um povoado se instalou na cidade (Baptista, 1987).

Em 1833, esse povoado foi elevado à categoria de município e, em 1841, foi anexado ao município de Santos, onde se manteve sem atividade industrial até a década de 1920, quando se iniciaram as obras da Usina Light ou Henry Borden e da Companhia Santista de Papel (Baptista, 1987).

A região foi escolhida para a implantação das indústrias por apresentar algumas vantagens: localização na Serra do Mar, a 68 km de São Paulo e proximidade à cidade de Santos, com o maior porto da América Latina.

O crescimento industrial na região de Cubatão e o crescimento das atividades no Porto de Santos criaram a necessidade da construção de uma estrada de acesso entre a Capital do Estado e o Litoral.

Em 1940, teve início a construção da Via Anchieta, fato este que viria estimular a instalação de novas indústrias na região de Cubatão, no qual teve um salto, e para lá foram novas fábricas de produção de fertilizantes e indústrias petroquímicas, que se instalaram ao longo do rio Cubatão e do rio Mogi (Goldestein, 1972).

Em primeiro de janeiro de 1949, a cidade de Cubatão obteve sua emancipação, mas ainda permaneceu sobre a administração de Santos até nove de abril do mesmo ano, quando assumiu o primeiro Prefeito.

Com o passar dos anos, Cubatão se transformou, ganhando novas indústrias, e tornando-se, assim, o Parque Industrial Cubatense, sem que nenhum plano de cuidado fosse criado para orientar as indústrias ali instaladas.

A partir da década de 1950, a cidade de Cubatão teve novamente um papel importante que foi marcado pela construção da maior obra do País: a Refinaria de Petróleo Presidente Bernardes, com capacidade de produção de 45 mil barris diários de petróleo, gerando mais empregos para a região, no qual manteve o mesmo ritmo acelerado de construção para outras indústrias (Couto, 2003).

Paralelamente à implantação da refinaria, a população da região não foi informada sobre a mesma e soube sobre o tipo de atividade industrial que seria desenvolvida na planta, apenas alguns meses antes.

Em três de agosto de 1950, o Presidente da República assinava um decreto declarando de utilidade pública, para efeito de desapropriação, imóveis que estivessem no município de Cubatão, na zona destinada à refinaria de petróleo.

No ano de 1955, houve a instalação da Companhia Siderúrgica Paulista (Cosipa), e em 1975, com o crescimento da industrialização da região Cubatão, consolidou-se com o processo do Polo Industrial de Cubatão.

A falta de normas e pré-requisitos para a instalação das unidades industriais fez com que estas fossem instaladas perto do centro urbano, a favor da corrente dos ventos, próximo a recursos de água (Cunha, 2003).

A leniência dos órgãos públicos e a falta de responsabilidade das próprias indústrias levaram ao surgimento de sérios problemas ambientais como a poluição do ar, do solo e da água de todo o município e de cidades vizinhas ao longo da Região Metropolitana da Baixada Santista.

As indústrias tomaram um rumo de tamanha complexidade e dimensão, que iniciaram os problemas de contaminação ambiental que até hoje são chamados de acidentes ambientais.

Com o avanço da região, houve uma variedade de contaminantes químicos eliminados no meio ambiente, o que causou vastos problemas para o bem-estar e a qualidade de vida dos habitantes.

A poluição ambiental foi uma das primeiras consequências ao agravo à saúde da população, pois as indústrias liberavam diariamente toneladas de produtos tóxicos.

Com a contaminação dos meios ocorrendo de forma descontrolada em toda a região do estuário e, de forma mais intensa, no município de Cubatão, a Companhia de Tecnologia e Saneamento Básico do Estado de São Paulo (CETESB) lançou, em julho de 1983, o Programa de Controle de Poluição Ambiental em Cubatão, com as seguintes metas: controlar as fontes de poluição ambiental; desenvolver estudos e pesquisas para um quadro mais preciso da problemática

ambiental, conscientizar as entidades e instituições da comunidade local quanto ao problema e suas consequências (CETESB, 1986). Neste momento, a região de Cubatão recebe o nome de Vale da Morte, devido aos problemas de saúde que acometiam os moradores da cidade.

Com o processo de instalação das indústrias na região de Cubatão, iniciou-se um enorme problema que foi a migração para a cidade, já que a população buscava melhor condição de trabalho e de qualidade de vida.

O ambiente físico e as condições ambientais da região denunciavam o crescimento desordenado das indústrias e da população região.

Esse processo, até então, somente foi detectado a longo prazo por conta do salto no setor industrial, que gerava empregos e bons resultados no setor financeiro.

As famílias que migraram para a região e a própria população local de baixa renda, ou seja, que não adquiriram melhores condições de trabalho, com o passar dos anos, pela falta de empregos, foram se deslocando dessas para áreas adjacentes não adequadas para a habitação (mangue), construindo palafitas, sem infraestruturas e o mínimo de condições de saneamento básico. Em Cubatão, ocuparam o Jardim Casqueiro; em São Vicente, Parque das Bandeiras, Jardim Rio Branco, Humaitá e Samaritá; em Guarujá, Vicente de Carvalho, e assim sucessivamente. Os trabalhadores com melhores salários optaram por residências em Santos (Fernandes, 1992).

Estudos realizados nas últimas décadas na região da Baixada Santista apresentaram fortes evidências de doenças que afetam a população da região, principalmente nas áreas do estuário (Faria; Almeida; Zanetta, 1999).

Esses estudos avaliam todos os tipos de câncer na região de Cubatão, demonstrando um aumento da doença nas áreas próximas às indústrias do que nas áreas afastadas destas (Faria; Almeida; Zanetta, 1999).

Em relação ao câncer de mama, foram realizadas algumas pesquisas, que identificaram um aumento no crescimento da doença na cidade de Santos Zago et al. (2005).

Outros trabalhos estão sendo realizados para identificar doenças congênitas associadas à contaminação ambiental da região, como a anencefalia.

A decadência de Cubatão se consolidou nos anos 1980, quando a cidade chegou ao caos, ficando conhecida em todo o mundo por causa dos crimes ambientais que repercutiram até mesmo na imprensa internacional e, ainda, foi identificada pela Organização Mundial de Saúde como a cidade mais poluída do mundo.

Entre vários episódios críticos que ocorreram na região, dois se destacam de forma marcante: o acidente em Vila Parisi e o caso Rhodia.

A Vila Parisi, antiga Vila Socó, foi loteada em 1957, com a promessa de ser uma pequena cidade para os trabalhadores da COSIPA, cuja instalação se iniciara dois anos antes (Fernandes, 1992). Entretanto, apenas ruas de terra foram abertas, sem infraestrutura sanitária, de saúde e de educação. As moradias, palafitas e casebres, se disseminaram pela área. A instalação de outras indústrias, principalmente de fertilizantes e cimento trouxeram para a região mais um problema: a poluição.

No início da década de 1980, foram relatados casos de anencefalia nos recém-nascidos da região de Vila Parisi, e estes casos foram associados aos altos níveis de poluentes do ar.

1.4. Contaminação ambiental e seu impacto na região

Na madrugada de 25 de fevereiro de 1984, a tragédia assumiu maior gravidade com um incêndio provocado pelo vazamento de aproximadamente 1.200 m³ de gasolina do sistema de oleodutos entre Santos e São Paulo, que durou nove horas, matou 93 pessoas e destruiu mais de 300 barracos. O mesmo bairro ainda sofreu com outro episódio: exatamente um ano após o incêndio, o vazamento de 15 m³ de amônia obrigou a retirada de seis mil pessoas, entre moradores da Vila Parisi e trabalhadores das indústrias da região por três dias Awazu et al. (1985).

Instalada no município de Cubatão, na década de 1960, a Clorogil, subsidiária da indústria francesa Progil, iniciou a produção dos pesticidas organoclorados, pentaclorofenol e pentaclorofenato de sódio, conhecidos como pó da China (ACPO, 2008). Entre o final da década de 1960 e meados da década de 1970, a Progil se funde à empresa Rhône-Poulenc, representada no Brasil pela Rhodia S.A. Em 1974, a Progil começa a operar uma unidade de solventes clorados (tetracloroeto de carbono e tetracloroetileno).

Os resíduos tóxicos dessa produção eram, inicialmente, depositados sobre o solo ou enterrados dentro da própria empresa. Entre 1977 e 1981, a empresa totalmente sob o controle do Grupo Rhodia passa a recolher os resíduos tóxicos em caçambas e despejar no meio ambiente, a céu aberto, em vários pontos fora da fábrica, os chamados “lixões clandestinos”, contaminando, assim, o meio ambiente. Foram encontrados resíduos tóxicos de Cubatão até Itanhaém, ou seja, cerca de 80 km distantes da sua origem, onde eram oferecidos como adubo à população (ACPO, 2008).

Ainda na década de 1980, a Rhodia, pressionada pelo órgão ambiental, inicia a retirada de resíduos das áreas contaminadas e começa a estocar em São

Vicente, num local chamado Estação de Espera, que foi projetado para comportar até 12 mil toneladas de resíduos químicos e chegou a receber 33 mil toneladas destes.

Entre 1982 e 1985, as áreas próximas aos depósitos irregulares passaram a ser aterradas e bairros se formaram nos seus entornos ou, até mesmo, sobre elas. Desse modo, além dos casos de trabalhadores expostos aos resíduos tóxicos que desenvolveram doenças como leucopenia e câncer, passaram a surgir casos de exposição ambiental nas áreas contaminadas (ACPO, 2008).

Em 1986, a Rhodia construiu um incinerador na sua planta em Cubatão para destruir resíduos e solos contaminados. Segundo a própria empresa, foram 67 mil toneladas de materiais queimados ao longo de sete anos (GREENPEACE, 2002).

Apesar das evidências de crime ambiental, a indústria pouco fez até o momento para reparar ou remediar os danos causados, principalmente, aos moradores da região do estuário.

Dentre os vários crimes que envolvem a Rhodia e outras indústrias, e continuam sem solução, vale ressaltar que os governos municipal, estadual e federal têm sua parcela de culpa, pois permitem o adensamento da população nessas áreas, se recusam a reconhecer o problema e a adotar medidas cabíveis.

Apesar das medidas adotadas nas últimas décadas para diminuir as emissões de poluentes industriais na região do estuário, estas ainda são elevadas e requerem atenção das autoridades pelos efeitos potencialmente adversos sobre a saúde dos moradores locais. Entre essas substâncias podem ser identificados metais pesados, organoclorados, befenilas policloradas (PCBs), dioxinas e furanos,

entre outros elementos presentes no solo, na água e no sedimento dos rios da região (CETESB, 2001).

Os efeitos passados e futuros da exposição aos poluentes ambientais, bem como as condições de vida e de moradia na região podem afetar a qualidade de vida dos moradores. Essa relação entre meio ambiente e seres humanos merece uma abordagem mais clara e sistematizada.

1.5. Meio Ambiente

Como a contaminação ambiental da região do estuário de Santos e São Vicente é fato amplamente conhecido pelos seus moradores, e a preocupação com as suas consequências para o meio ambiente e para a saúde dos moradores é tema sempre presente no dia-a-dia dos habitantes, surgem a preocupação e o interesse científico pela investigação da qualidade de vida da população que reside nessas áreas.

Para OMS, ambiente é definido como “a totalidade de elementos externos que influem nas condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos ou da comunidade.”

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 1999), a situação do meio ambiente na América Latina tem sido preocupante devido aos efeitos a longo prazo do ambiente físico sobre a saúde humana e talvez pelo fato de, na maioria das vezes, a contaminação ambiental não ser visível causa danos irreversíveis à saúde da população e faz com que um enorme número de fatores ambientais afete a saúde humana e tenha, como consequência, a piora na qualidade de vida.

A situação da pobreza que afeta milhões de habitantes também está relacionada diretamente às condições ambientais, porém não devemos culpar

somente esta situação, pois a urbanização associada à expansão industrial vem causando frequentes problemas para a saúde pública, causando, assim, uma péssima qualidade de vida para a população.

Westphal (2000) relata que, mesmo com o final do século XX, o Brasil continua com a desigualdade social, uma vez que a classe mais privilegiada tem acesso a bens e produtos, enquanto que outra parte da população, com uma condição socioeconômica menor, é obrigada a sobreviver com o mínimo, prejudicando, assim, sua qualidade de vida. No entanto, a classe social em melhores condições lança no ecossistema resíduos, enquanto os mais pobres, com um baixo nível de escolaridade, privados de boas condições de vida, não conseguem compreender as consequências da destruição do meio ambiente e sua degradação.

Com o processo de industrialização e os avanços na tecnologia, Gouveia (1999) afirma que os contaminantes químicos liberados diariamente no meio ambiente, estão causando amplos problemas ao bem-estar das pessoas e, como consequência, uma qualidade de vida prejudicada.

Segundo o autor, nos países menos desenvolvidos, a população mais carente sofre com doenças crônico-degenerativas por conta do impacto das transformações tecnológicas, aumentando, assim, a poluição na água, solo e ar, decorrente da industrialização.

As regiões estão sofrendo com a quantidade de indústrias que se instalam de maneira irregular sem que não seja executada nenhuma fiscalização, liberando substâncias químicas com grande frequência no ar, solo e água, e com isso os seus efeitos à saúde.

A preocupação com o meio ambiente teve seu enfoque principal, quando no ano de 1972, foi realizada a Conferência da Organização das Nações Unidas

sobre o Ambiente Humano em Estocolmo, onde 113 países se reuniram para a discussão das questões ambientais.

A Conferência elaborou plano de ações, no qual desenvolveu um programa internacional de educação e meio ambiente que enfatizou a educação para combater a crise ambiental no mundo. Com esse processo, inicia-se a educação ambiental (Ministério do Meio Ambiente. Brasil, 2001).

Sabe-se que as ações da poluição tanto no ambiente natural como também em áreas urbanas têm sido cada vez mais conhecidas, pois tem se intensificado com o processo de degradação socioambiental, aumentando, assim, os riscos causados à saúde dos indivíduos.

Pelicioni et al. (2002) afirma que existe uma relação entre as alterações do meio ambiente e a qualidade de vida dos indivíduos, e que para que uma população possa definir sua condição de vida com o meio ambiente onde vive, seria necessário que esse indivíduo participasse de atividades educativas para poder intervir com sua participação direta na execução de medidas preventivas para o meio onde habita.

O autor refere que se houver a conscientização das comunidades objetivando uma visão mais abrangente em relação ao ambiente onde vivem e, conseqüentemente, mudanças em seus comportamentos com o mesmo, a própria população poderá buscar uma melhor qualidade de vida para todos. Para ele, esse processo pode ser feito por meio da educação ambiental, no qual seu objetivo seria promover ações para que o indivíduo adquira conhecimento científico a fim de desempenhar seu papel na proteção do meio ambiente.

Para Pelicioni et al. (2002, p. 04) educação ambiental seria, portanto:

O processo de ensino-aprendizagem para o exercício da cidadania, da responsabilidade social e política. A ela cabe construir novos valores e

novas relações sociais e dos seres humanos com a natureza, formando atitudes dentro de uma nova ótica, a da melhoria da qualidade de vida para todos os seres.

Segundo o autor, o principal objetivo da educação ambiental é desenvolver estratégias de ações que possam contribuir para a qualidade de vida de uma população, ou seja, uma articulação teórica e prática, onde o próprio indivíduo busque a construção de sua qualidade de vida.

Essa estratégia de uma ação educativa seria estimular a participação efetiva do indivíduo e população para a melhoria do ambiente, e problematizar suas necessidades reais para que busquem, tanto em relação ao ambiente em que vivem como ao ambiente social, o que realmente seria de suma importância para seu desenvolvimento e para uma qualidade de vida melhor.

Após 20 anos da primeira conferência, em 1992, foi realizada no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e o Desenvolvimento, que tinha como objetivo apresentar as necessidades de um melhor crescimento sustentável para alcançar a equidade. A declaração estabeleceu a participação de todas as pessoas e o direito delas à informação.

A melhor maneira de tratar as questões ambientais é a participação dos cidadãos, pois todos deverão ter acesso às informações sobre o meio ambiente e as atividades que cercam a comunidade. Os Estados deverão facilitar a participação da população com informação à disposição de todos.

Este objetivo vem assumir o cuidado da percepção da população que vive em bairros ou municípios contaminados com resíduos industriais, em determinar ações e intervenções para não gerar a deterioração do meio ambiente e suas consequências à qualidade de vida dos habitantes.

Tal fator gera uma questão que seria a participação das comunidades em relação ao meio ambiente, promoção da saúde e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento recomendou a educação ambiental como forma de orientar a educação para atingir o desenvolvimento sustentável com os objetivos ambientais e o direito dos cidadãos a um ambiente saudável, melhorando, assim, a conscientização das pessoas com uma estratégia para o processo de cidadania e para a melhoria da qualidade de vida da população.

Com relação aos fatores que influenciam na promoção da saúde e qualidade de vida, Buss (2000) relata que uma série de conferências foi realizada com o objetivo de promover a saúde e, como consequência, uma melhor qualidade de vida para a população de todo o mundo.

Considerando a questão que o meio ambiente onde vive uma população ou indivíduo pode influenciar na sua saúde ou qualidade de vida, foi realizada no ano de 1995, em Washington, D. C., a Conferência Pan–Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASADHS), no qual foi estabelecida que a participação dos indivíduos e da comunidade para manter e melhorar seus ambientes de vida deve ser promovida e apoiada (OPAS, 1999).

Realizou-se em Santiago do Chile, no ano de 1997, a reunião sobre Atenção Primária Ambiental, que tinha como objetivo o fortalecimento da intervenção da sociedade civil na busca de uma saúde melhor e qualidade de vida dos cidadãos por meio da proteção do ambiente (APA, 1999).

Tal estratégia tinha como missão, valorizar os esforços da cidadania para melhorar a qualidade de vida e orientar o desenvolvimento de uma cultura para o

reconhecimento dos direitos ambientais e reivindicações visando à melhoria do bem-estar da população.

A Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (APA, 1999, p. 28), define a Atenção Primária Ambiental como:

Uma estratégia de ação ambiental, basicamente preventiva e participativa em nível local, que reconhece o direito do ser humano de viver em um ambiente saudável e adequado, e a ser informado sobre os riscos do ambiente em relação à saúde, bem-estar e sobrevivência, ao mesmo tempo em que define suas responsabilidades e deveres em relação à proteção, conservação e recuperação do ambiente e da saúde.

Segundo Gouveia (1999), existe uma relação entre meio ambiente, saúde e qualidade de vida, principalmente no ambiente urbano onde vivem grandes populações. O autor também refere à ligação entre meio ambiente e pobreza, afirmando que populações menos privilegiadas vivem em condições inadequadas de moradia, expostas à poluição por produtos químicos e à poluição atmosférica, levando-as a ter uma baixa qualidade de vida. Além disso, é preciso realizar uma abordagem para que possa ser desenvolvido o que se chama de saúde ambiental.

Segundo Gouveia (1999 p. 51), saúde ambiental seria entendida por:

Agravos à saúde devido a fatores físicos, químicos e biológicos mais diretamente relacionados com a poluição, o que atribui um caráter eminentemente ecológico ao processo saúde-doença.

Para o autor, a má condição de meio ambiente pode ser o maior contribuinte para a queda do estado geral de saúde, tendo como consequência a baixa qualidade de vida.

Para Queiroz, Sá e Assis (2004), é inquestionável a relação entre meio ambiente e qualidade de vida, não somente para os recursos naturais, como água,

solo e clima mas também os artificiais, como saneamento básico e tratamento de água para uma condição de vida melhor.

1.6 Qualidade de vida

1.6.1. Aspectos conceituais de qualidade de vida

A abordagem do tema qualidade de vida ainda tem suscitado na literatura dos dias atuais muitas controvérsias por não existir uma definição que seja aceitável por pesquisadores que estudam o assunto. Alguns termos se igualam ao conceito do que realmente significaria qualidade de vida. A dimensão da definição pode ser desde bem-estar até saúde ou, até mesmo, a satisfação do indivíduo em relação à sua posição na vida fazendo com que a investigação seja crescente para atingir um consenso.

Recentemente, têm sido mais frequentes alguns estudos que relacionam qualidade de vida ao ambiente em que vive uma população, tornando-se, então, um fenômeno tentar clarificar, nos dias atuais, o conceito de qualidade de vida, talvez por sua complexidade ou a dimensão que o termo pode significar.

A partir da década de 1970, qualidade de vida deixou de ser restrita somente à área de Medicina, sendo incorporada em outros setores, principalmente na área de pesquisas, onde seu conceito atingiu múltiplas definições.

Há indícios de que na década de 1930, surgiu, pela primeira vez, na literatura médica estudos que tinham por objetivo a definição qualidade de vida (Costa, 2002).

Após a II Guerra Mundial, a expressão qualidade de vida começou a ser difundida nos EUA para que de alguma maneira o tema fosse descrito com objetivo de demonstrar os efeitos da expansão das indústrias sobre o meio ambiente. A produção industrial começou a afetar o meio ambiente, que ao longo dos anos,

iniciou o comprometimento das questões ambientais e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

A industrialização teve um impulso nos setores ligados à produção de matéria-prima para a utilização de produtos de consumo pessoal, como eletrodomésticos e outros.

Entretanto, um grande agravo para o meio ambiente que refletiu na qualidade de vida das populações foi a produção dos resíduos industriais e de pesticidas, entre outras substâncias que ao longo do tempo vêm causando a contaminação ambiental, gerando, assim, a má qualidade de vida, uma vez que este termo estava vinculado às questões relacionadas ao meio ambiente e à contaminação ambiental.

Kran e Ferreira (2006) discutem sobre a problemática da qualidade de vida das pessoas em relação ao seu meio ambiente e referem que qualidade de vida tem como enfoque as questões ambientais, econômicas, socioculturais, educacionais entre outras.

Para os autores, qualidade de vida, qualidade de vida ambiental e moradia são temas que vêm sendo cada dia mais discutidos em relação ao desenvolvimento sustentável e às condições urbanas.

Segundo Fleck et al. (1999, p.01), a expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “Os objetivos (...) não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos por meio da qualidade de vida que proporcionam às pessoas.”

Neste contexto de Johnson, a qualidade de vida da população de um País não deve ser medida através de cálculos, e sim à maneira com que um governo

deve proporcionar a participação da população no contexto de que todos os fatores podem influenciar em sua qualidade de vida.

Sabe-se que em meados da década de 1970, Campbell (1976, apud Awad & Voruganti, p. 558), tentou explicar as dificuldades que cercaram a conceituação do termo qualidade de vida: “Qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre o qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é”.

Esta definição feita há cerca de 30 anos demonstra nos dias atuais, na literatura recente, as controvérsias sobre a dificuldade de definir qualidade de vida.

Nas últimas três décadas, muito tem se falado sobre saúde, educação e ambiente, portanto, faz-se importante a relação dessas três áreas com a qualidade de vida das populações.

Para Rocha (2002), o termo qualidade de vida tem uma função abstrata, que esclarece por que a expressão boa-vida tem significados diferentes para diversas pessoas, em locais e situações que também se diferem. Por essa questão, são múltiplos os conceitos de qualidade de vida.

Fleck et al. (2000, p. 01) refere que:

A oncologia foi a especialidade que, por excelência, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevivência aumentada devido aos tratamentos realizados, já que, muitas vezes, na busca de acrescentar anos à vida, era deixada de lado a necessidade de acrescentar vida aos anos.

Para Perreira et al. (2006), a expressão qualidade de vida tem várias vertentes, que podem ser compreendidas desde um conceito popular, em relação à propaganda na mídia e relações sociais, até a perspectiva científica, com significados na literatura médica.

Segundo Seidl e Zannon (2004), o termo qualidade de vida é de difícil conceituação, e durante as últimas décadas, apesar dos debates conferências e pesquisas, não se chegaram a um consenso.

Para Fleck et al. (1999), o conceito de padrão de vida e qualidade de vida teve interesse inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe uma consequência negativa: a sua progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de qualidade de vida refere-se “a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle dos sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento de expectativas de vida” (WHO, 1998, p. 01).

Adriano et al. (2000, p. 54) conceitua:

Qualidade de vida de uma população depende de suas condições de existência, do seu acesso a certos bens e serviços econômicos e sociais: emprego e renda, educação básica, alimentação adequada, acesso a bons serviços de saúde, saneamento básico, transporte de boa qualidade etc.

Qualidade de vida não significa que o indivíduo ou um grupo social tenham saúde física e mental, mas que estejam bem com eles mesmos e com tudo o que os cercam. Em meados de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) constatou que as medidas de qualidade de vida são de importância para a avaliação de saúde, tanto para a perspectiva individual quanto social, no qual realizou a formação de um grupo de estudos sobre qualidade de vida denominado WHOQOL-GROUP. No ano de 1994, o grupo definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1998, p. 199).

A OMS definiu ainda seis domínios que podem delinear os conceitos de qualidade de vida que seriam: o domínio físico, o domínio psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais/ espiritualidade e uma ênfase para o ambiente, tendo, ainda, o domínio de saúde e qualidade de vida que se acrescentam.

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000, p. 08), qualidade de vida pode ser definida como:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar.

Nesta definição de Minayo, a autora aponta três maneiras de referenciar a relatividade de qualidade de vida. A primeira seria a histórica, ou seja, que determina o tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, onde uma sociedade específica tem um parâmetro de qualidade de vida diferente daquela que vive em outra etapa histórica. A segunda seria cultural, em que os valores e as necessidades são construídos e hierarquizados em diferentes povos, revelando suas tradições. A terceira seria a divisão por classes sociais, uma vez que estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades e heterogeneidades são muito fortes, mostram que os padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados.

Sabe-se que quanto mais amplos forem a noção e o conhecimento sobre qualidade de vida, maior será a exigência de um indivíduo ou população em relação aos aspectos que também poderão influenciar no seu padrão de vida, que é a inserção social, solidariedade, lazer, conforto e ambiente familiar.

Para Dantas et al. (2003), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana e abrange muitos significados que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividade. Tais significados refletem o momento histórico, a classe social e a cultura a que pertencem os indivíduos. Portanto, o meio ambiente em que uma população vive pode influenciar na sua qualidade de vida e essa influência será diretamente proporcional às condições de preservação desse ambiente.

Qualidade de vida ainda nos dias atuais é um conceito com múltiplas definições, podendo ser modificado de acordo com a classe social, a cultura, o país e, até mesmo, de um indivíduo para outro.

Rocha et al. (2000, p. 64) levanta a seguinte questão: “De quem é a melhor percepção de qualidade de vida: daqueles que a vivem ou daqueles que a observam?”

Muito provável que ambas as questões estejam interligadas, primeiro pelos aspectos humanos e segundo pelos espaços urbanos.

Podemos, então, concluir que qualidade de vida pode ser tratada em vários aspectos, ou seja, na abordagem individual e coletiva, no âmbito da saúde, em relação às necessidades humanas básicas como, saneamento básico, educação e na capacidade de viver sem doenças.

Certamente muitos aspectos influenciam a percepção do indivíduo ou população em relação à qualidade de vida, sejam eles associados aos aspectos psicológicos, que seriam convivência e vivências pessoais; biológicos, relacionado à saúde e alimentação; sociais, ligado à cultura e trabalho, e ainda às escolhas feitas de um determinado padrão de vida, visando o presente e o futuro.

Segundo Fleck et al. (1999), as dificuldades em definir e chegar a um consenso sobre qualidade de vida, fez com que um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS), responsável pelo desenvolvimento do World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-100), que é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida em projeto, obtivesse três aspectos referentes ao construto de qualidade de vida: a subjetiva, a multidimensionalidade (dimensões social, psicológica e física) e a bipolaridade (presente nas dimensões positivas e negativas).

Na concepção de Seidl e Zannon (2004), qualidade de vida é um termo que tem duas vertentes, uma na linguagem do cotidiano, da população em geral, políticos, jornalistas e profissionais de diversas áreas, e outra no contexto da pesquisa científica como na Medicina, Enfermagem, Educação e Sociologia.

Os autores relatam que os dois aspectos são destacados no conceito de qualidade de vida, a subjetividade e a multidimensionalidade, principalmente a partir da década de 1980, com o aumento dos estudos sobre a questão.

Paschoal (2001), em seu estudo de qualidade de vida, acrescentou uma característica que seria a mutabilidade, com o pressuposto de que a avaliação de qualidade de vida pode mudar em relação ao local, tempo, pessoa e cultura, devendo ser avaliadas as condições humanas de cada indivíduo, bem como as modificações socioambientais em que vivem.

Qualidade de vida pode ser mais abrangente sobre dois outros aspectos, a equidade e a liberdade, podendo ser compreendida por meio do acesso a oportunidades e a bens materiais.

Tamaki (2000, p. 21), em uma reflexão sobre o artigo de Minayo, conceitua qualidade de vida como:

A satisfação das necessidades individuais. O bem-estar provocado pela satisfação das suas necessidades definiria a qualidade de vida do indivíduo, e a soma do bem-estar de todos os indivíduos constituiria a qualidade de vida da população.

Paschoal (2001, p.24), avalia a importância da qualidade de vida percebida pela pessoa:

Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos pontos de vista e que tem variado de época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais: tem variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O que hoje, para mim, é uma boa qualidade de vida, pode não ter sido algum tempo atrás; poderá não ser amanhã ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar, mesmo, de acordo com o meu estado de espírito ou de humor. Essa multiplicidade de conceitos colocados de forma tão heterogênea, dificulta comparações.

Segundo o conceito de Paschoal, qualidade de vida tem uma grande complexidade e subjetividade.

Com tantas definições e metodologias para qualidade de vida, deve-se levar em consideração as necessidades de cada indivíduo e seu grau de conhecimento sobre o assunto.

Forrattini (1991) refere que além da complexidade e subjetividade, qualidade de vida envolve as condições humanas, o físico, o social, o cultural e o espiritual.

A qualidade de vida seria a somatória de fatores que um indivíduo ou população deveria alcançar para melhor avaliar seu padrão ou condições de vida.

Para Cárdenas (1999), qualidade de vida teria um caráter muito abstrato e um grande campo de ações, onde a conceituação seria dificultosa.

Qualidade de vida “trata-se de um conceito com uma gama variada de significados, com diversas possibilidades de enfoque e inúmeras controvérsias, teórico-metodológicas (Butolo, 2007, p. 01).

O termo utilizado para referenciar qualidade de vida em uma reflexão sobre o que foi definido até os dias atuais pode ser confundido com condição, situação e padrão de vida.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), seria pertinente o termo ser discutido.

Qualidade de vida pode e deve ser discutida, pois existem vários aspectos que devem ser avaliados, desde as condições de saúde, a situação da pobreza, até as condições da problemática ambiental.

Condição de vida seria uma imposição de certas situações em que uma população ou indivíduo teria que se submeter.

Para situação de vida, poderíamos considerar o momento histórico que vive um indivíduo, ou seja, ter um bom emprego com um ótimo salário e padrão de vida seria tudo que, consciente ou inconscientemente, um indivíduo ou população tem para consumo próprio como: bens materiais, carros, roupas, viagens ou, até mesmo, realizar atividades físicas para manter sua própria estética.

O termo qualidade de vida vai transcender o conceito de padrão, situação e condição de vida, levando em conta a satisfação ou necessidades do ser humano em ter a capacidade de determinar e proporcionar o que melhor lhe garantirá um nível de vida admissível.

Para que uma sociedade possa atingir o melhor nível de vida, seria necessário educação e preparo da população para estes determinantes.

Goldbaum (2000) ressalta que as referências existentes em relação ao termo qualidade de vida seriam confundidas com estilo e situação de vida,

reforçando a insuficiência abordagem sobre o tema, e sugerindo a discussão sobre o assunto, compreendendo-se, assim, que o termo seria muito mais complexo ou ainda mais generalista, expondo que é insuficiente a abordagem sobre o tema.

Forratini (1991, p. 76), em relação ao estado de satisfação ou insatisfação à qualidade de vida, refere que “constitui, na verdade, experiência de caráter pessoal e está ligado ao propósito de melhores condições de vida. O grau de ajustamento às situações existentes, ou então, o desejo de mudança, poderá servir para avaliar a presença ou ausência de satisfação.”

Para Kluthcovsky e Takayanagui (2007), não há um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, e sugerem novas pesquisas para clarificar a definição.

Será, então, uma busca contínua para aprimorar o significado de qualidade de vida e, assim, alcançar o verdadeiro conceito do termo.

Casas (2005, p. 45), define qualidade de vida como: “Um fenômeno que articula condições materiais e psicossociais de vida em relação a qualquer pessoa, grupo, comunidade ou sociedade humana.

Muitos são os fatores que podem levar à falta de um consenso para a definição de qualidade de vida, como citado por Farquhar (1995), no qual refere que existe um fator da multidisciplinaridade no uso do termo, como a relação ao ambiente cultural, os obstáculos em encontrar componentes para o conceito e a multiplicidade de medidas de avaliação.

A preocupação com a qualidade de vida dos seres vivos tem se ampliado com o passar dos anos devido às condições ambientais no Planeta.

Vários eventos nacionais e internacionais têm sido realizados com o objetivo de promover uma busca mais aprofundada no que se refere à qualidade de vida inserida ao meio ambiente.

Janke e Tozoni-Reis (2008) referem que qualidade de vida deve ser enfrentada considerando a condição social equilibrada, onde esta tem uma influência dos padrões socioculturais, estilo de vida, desejos entre outros.

Para as autoras, qualidade de vida vai mais além, tem múltipla compreensão e deve ser inserida no contexto de cada grupo social, pois cada um tem uma particularidade, o que exige condições básicas necessárias para uma vida melhor, levando em consideração moradia, educação, saúde entre outros.

Segundo a Universidade de Toronto, qualidade de vida seria “O grau com o qual uma pessoa usufrui de importantes possibilidades em sua vida. Essas possibilidades resultam de oportunidades e limitações que cada pessoa tem, e reflete a interação de fatores pessoais e ambientais” (Quality of Life Research, 2005, p. 1).

Com tantas referências feitas à definição de qualidade de vida, pode-se observar que o termo tem o enfoque com abordagens metodológicas e ideológicas, onde a visão pode ser tanto individualista quanto coletiva, considerando a percepção do indivíduo ou população em relação à sua condição ou estilo de vida, implicando sua experiência e satisfação em viver.

Pelicioni (1998) considera que qualidade de vida coletiva seria a implicação das condições socioambientais em que se desenvolve uma sociedade.

Qualidade de vida pode ser identificada como o resultado da influência de determinantes que são considerados desde as condições físicas, mentais e sociais, até mesmo as necessidades básicas para sobrevivência, que seriam o ambiente

físico, com uma boa qualidade do ar, solo e água sem contaminantes; condições de boa habitação e relações sociais, considerando boa qualidade para o lazer e melhores condições de trabalho.

1.6.2. Qualidade de vida e saúde

Para a OPAS (1999), no setor da saúde o problema relacionado às questões ambientais é um desafio que obriga a investigação permanentemente da situação da deterioração ambiental e suas causas em relação à saúde e à qualidade de vida das comunidades.

Na questão referente ao meio ambiente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), preocupadas com as questões ambientais, iniciaram a promoção de eventos internacionais para a atenção primária ao meio ambiente, à saúde e à educação.

Na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), reunida em Alma-Ata, Ex-URSS, em setembro de 1978, teve como principal objetivo colocar a saúde como componente central do desenvolvimento humano, bem como a preocupação com um meio ambiente saudável para a promoção da saúde, que incluía a importância do acesso à água de boa qualidade e ao saneamento básico.

A Conferência expressou a necessidade de intervenções de todos os governos e profissionais que atuavam na área da saúde, para a promoção desta para todos os povos do mundo e, assim, a importância fundamental do contínuo desenvolvimento econômico e social para a melhor qualidade de vida mas também para a paz mundial (Alma-Ata, 1978).

A abordagem de saúde ou promoção da saúde vem associada à qualidade de vida de um indivíduo ou população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como “um bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doenças”. No entanto, as diferentes áreas da Medicina sempre priorizaram o estudo da doença como formas de avaliar sua frequência e intensidade.

Esta definição da OMS demonstra que a saúde é o alicerce para que o indivíduo ou a população consiga atingir o maior ponto de satisfação em relação à sua qualidade de vida.

Para Segre e Ferraz (1997), o conceito de saúde definido pela OMS, embora avançado para a época em que foi definido, nos dias atuais é irreal, ultrapassado e unilateral. Segundo os autores, quando se fala em bem-estar podem ser considerados todos os fatores que influenciam diretamente na vida do indivíduo, entre eles, o biopsicossocial, que engloba os estados físico, social e emocional.

Para discutir esses assuntos, foram realizados importantes fóruns para discussão sobre promoção da saúde, educação ambiental e desenvolvimento urbano sustentável a fim de encontrar diretrizes para a melhoria da qualidade de vida das populações e, conseqüentemente, um melhor relacionamento com o meio ambiente.

Com o processo de promoção da saúde capacitando a população para a busca de meios onde possa alcançar os fatores que favorecem o bem-estar do indivíduo, este poderá adquirir uma melhor qualidade de vida.

Para atingir os fundamentos da promoção da saúde, em 1978, surgiu no Canadá a proposta da construção dos municípios e cidades saudáveis, que tinha como objetivo a melhoria da qualidade de vida.

Segundo a OPAS (1996, p.01), município saudável é aquele que coloca em prática, de modo contínuo, a melhoria de seu meio ambiente físico e social, utilizando todos os recursos de sua comunidade.

Portanto, podemos considerar uma cidade ou um município saudável aquele em que seus governantes assumem o compromisso de promover a saúde de seus cidadãos, visando uma melhor qualidade de vida.

Inicialmente, esse processo teve sua criação em 1986 com o apoio da OMS e difundiu-se mundialmente, já que havia o incentivo para a participação dos moradores, no desenvolvimento sustentável de suas vidas.

Na América Latina, teve seu início na década de 1990, onde o Brasil teve sua participação com algumas cidades como: São Paulo, Santos, Campinas, Sobral entre outras. Entretanto, somente em 1998, o movimento tomou impulso com o I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, realizado na cidade de Sobral.

A implantação das cidades saudáveis fez com que as autoridades locais assumissem o compromisso de uma melhor qualidade de vida para sua população.

Considerando que os problemas urbanos estão ligados diretamente à saúde da população e para que se desenvolva o processo de promoção da saúde, em novembro de 1986, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, que tinha como finalidade atingir Saúde para Todos no Ano 2000 e nos anos subseqüentes, com a participação das comunidades para a melhoria da qualidade de vida e saúde (Ottawa, 1986).

A referida Conferência tinha expectativas de uma nova saúde pública, pois focalizava, principalmente, as necessidades em saúde nos países industrializados.

O documento resultante dessa Conferência identificou áreas para ações urgentes e prioritárias para a promoção da saúde, incluindo a criação de ambientes favoráveis, com destaque para a proteção do meio ambiente, bem como a utilização de recursos naturais. O termo “ambientes favoráveis” inseria não somente os aspectos físicos e sociais, mas sim todos os espaços em que vivem as pessoas como a comunidade e o ambiente de lazer.

Todos os participantes dessa Conferência assumiram o compromisso de agir a favor de combater a degradação de recursos naturais e as condições ambientais de vida saudável, focalizando a atenção aos temas de saúde pública ligados ao meio ambiente, com destaque para a poluição.

A Carta de Ottawa (1986, p. 01) definiu Promoção da Saúde como:

Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor de saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000, p.15), o conceito de promoção de saúde é o foco mais relevante de avaliação de qualidade de vida em saúde centrando-se na capacidade de viver sem doença ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

O documento sobre a Carta de Ottawa, que foi um dos fundadores para a promoção da saúde vem afirmar a importância do conjunto de valores que incluem saúde, solidariedade, democracia, cidadania, desenvolvimento e equidade para uma melhor qualidade de vida.

Para a promoção da saúde devem-se incluir também outros fatores como a prevenção de doenças, a reabilitação e recuperação de pessoas enfermas.

A promoção da saúde vem se consolidando com a implementação de estratégias de ações, no qual articula o conceito de saúde e qualidade de vida, propondo ações nos setores como habitação, educação, cultura, meio ambiente entre outros.

No mesmo ano da Conferência de Ottawa em 1986, realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde, que considerou saúde como o resultado das condições de educação, trabalho, lazer, transporte, meio ambiente e acesso a serviços de saúde. Seria importante ressaltar que o conceito de saúde foi adotado como o estilo e as condições de vida.

Com a reformulação da constituição brasileira em 1988, no que se refere à questão ambiental, foi determinado que: “Todos têm direito ao ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo para as presentes e futuras gerações” (Brasil, 1988, Cap. VI, Art.225).

A constituição brasileira com o Art. 196 estabeleceu que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas, sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide na Austrália, teve como tema principal a “Criação de Políticas Públicas Saudáveis,” que tinha como finalidade a criação de ambientes favoráveis para que as pessoas vivessem em condições de vida mais saudáveis.

A Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que se realizou em Sandsvall, Suécia em 1991, deu maior ênfase à ligação entre saúde e meio ambiente. O tema em questão foi “Ambientes Favoráveis à Saúde,” que chamava a atenção para a situação das populações que viviam na pobreza e a privação a um ambiente adequado sem sua degradação e agravo à saúde, preparando, assim, o mundo para o colapso do Planeta (MS, 2001).

Pode-se ressaltar também que “não será possível sustentar a qualidade de vida para os seres humanos e demais espécies vivas sem uma mudança drástica nas atitudes e comportamentos, em todos os níveis, com relação ao gerenciamento e à preservação do ambiente.” (MS, 2001).

Estas Conferências citadas anteriormente tinham como um de seus objetivos a melhor condição ou qualidade de vida de uma população ou indivíduo.

Após 10 anos da Primeira Conferência sobre Promoção da Saúde, realizou-se em Jacarta, na Indonésia, a Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a finalidade de uma reflexão para estudar o que, até então, teria sido executado para a melhoria das condições de vida das populações, que tinha como objetivo de manter políticas públicas e práticas que protegessem o meio ambiente (MS, 2001).

Realizou-se no término de século XX, a Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde no México, onde seu principal objetivo era “a luta pela equidade”, destacando-se a preocupação em capacitar a comunidade para

promover a saúde, criando um meio ambiente saudável, com a estratégia da participação da mesma.

A Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que se realizou em Bangkok, na Tailândia, tinha como finalidade promover propostas pela promoção da saúde a fim de criar uma “nova cultura da saúde” e efetivar suas ações.

Este documento tinha também como um dos seus objetivos, controlar os efeitos à saúde que resultam da rápida urbanização e a deterioração do meio.

Pode-se ser evidenciado em todas as Conferências citadas anteriormente que, desde a Primeira Conferência Internacional que se realizou em Ottawa, até a mais recente em Bangkok, no ano de 2005, a preocupação com os aspectos que influenciam no meio ambiente e a consequência à saúde e qualidade de vida dos indivíduos é tema sempre presente.

Com a realização destas conferências, pode-se observar que existe uma relação entre o processo de saúde-doença e meio ambiente, que busca a melhoria das condições de vida e um ecossistema saudável.

Há um enfoque ecossistêmico na relação entre saúde e meio ambiente, onde permanecem atualmente duas vertentes para o assunto. A primeira seria a abordagem de saúde de ecossistemas, que procura demonstrar que as mudanças e alterações no ecossistema podem influenciar na saúde humana. A segunda seria a abordagem ecossistêmica da saúde, isto é, as manifestações do processo de saúde-doença, que tem por objetivo identificar a relação entre a saúde humana e as atividades que modificam as funções do ecossistema.

Para Minayo (2002), a abordagem de saúde ecossistêmica baseia-se no estudo das situações, condições e estilo de vida de certos grupos populacionais e seus reflexos no ambiente e na saúde.

Os fatores que compõem esta reflexão seriam a sustentabilidade ambiental, a democracia, a justiça social, os direitos humanos e a qualidade de vida.

Segundo a autora, o objetivo deste enfoque é:

Desenvolver novos conhecimentos sobre a relação sobre saúde & ambiente em realidades concretas, de forma a permitir ações adequadas, apropriadas e saudáveis das pessoas que aí vivem de tal forma que ciência e o mundo da vida se unam na construção da qualidade de vida através de uma melhor gestão do ecossistema e da responsabilidade coletiva e individual sobre a saúde (Minayo, 2002, p.181).

Para a autora essas questões metodológicas são essenciais para melhorar as condições de saúde e ambiente por meio de: mapeamento e levantamento histórico das interações que geram a degradação ambiental e os prejuízos à saúde; delimitar os problemas a serem estudados; diagnóstico do problema através de uma análise técnica que envolve áreas específicas (sociais, históricas, econômicas, culturais, políticas, biológicas, epidemiológicas, geofísicas e químicas entre tantas outras) com a utilização de instrumentos que poderiam ser a participação direta das pessoas, não somente as que estariam envolvidas diretamente como empresários, mas outros envolvidos indiretamente.

Para Minayo (2002), seria pertinente, dentro do enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida, a participação que convoca a sociedade civil para discutir e buscar soluções para os problemas de saúde e ambiente, as pessoas comuns que vivem os problemas ambientais e a saúde no seu cotidiano.

Vários eventos nacionais e internacionais têm sido realizados com o objetivo de promover uma busca mais aprofundada no que se refere à qualidade de vida inserida ao meio ambiente.

Muito pouco tem se falado de qualidade de vida e meio ambiente. Até o presente, são poucos os trabalhos que investigam a associação entre meio ambiente e qualidade de vida.

Portanto, com todos os crimes ambientais que ocorreram na região do Estuário de Santos, faz-se necessária uma investigação para avaliar o impacto da contaminação ambiental sobre a qualidade de vida dos moradores da região.

2. Objetivos

2.1. Geral

Analisar a qualidade de vida da população residente na região do estuário de Santos e São Vicente e em Bertioga.

2.2. Específico

Investigar a qualidade de vida das crianças e adolescentes residentes na região do estuário de Santos e São Vicente e em Bertioga;

Investigar a qualidade de vida de adultos e idosos residentes na região do estuário de Santos e São Vicente e em Bertioga;

Comparar a qualidade de vida dos habitantes das 4 áreas contaminadas;

Comparar a qualidade de vida dos habitantes das áreas contaminadas com os habitantes de Bertioga, área controle.

3. Casuística e Métodos

3.1. Tipo de pesquisa

Para esta pesquisa foi realizado um estudo transversal, com base em um levantamento de natureza quantitativa sobre a qualidade de vida em áreas contaminadas no estuário de Santos e São Vicente e em Bertioga.

O estudo transversal é “um estudo epidemiológico que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade”(Medronho, 2006).

Segundo Minayo (2007), a pesquisa quantitativa “tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática.”

Foram realizadas entrevistas com questionários desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde que é o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL BREF), para adolescentes, adultos e idosos, e o Autoquestionnaire Qualité Vie Infant Imagé (AUQUEI), para crianças de 7 a 12 anos.

3.2. Área de estudo

A região de estudo está localizada no litoral sudeste do Estado de São Paulo, ao longo da Baixada Santista envolvendo os municípios de Santos, Guarujá, Cubatão, São Vicente, Praia Grande e o Canal de Bertioga. O município de Santos encontra-se próximo a Serra do Mar, localizado a 68 km de São Paulo. Ocupa uma área de 271km², dos quais 39,4 km² correspondem à região insular e 231,6 km² à área continental. Seus limites ao norte, com Santo André, Mogi das Cruzes e Salesópolis; ao sul, o Oceano Atlântico e a Ilha de Santo Amaro; a leste, Bertioga; e a oeste, Cubatão e São Vicente. O canal de Bertioga, conhecido também como Rio

Bertioga, tem 30 quilômetros de extensão e ainda hoje é o responsável pela economia informal da cidade.

Na ilha de Santo Amaro encontra-se o município de Guarujá (23° 59' de latitude Sul e 46° 15' de longitude Ocidental) com 137 km². A terceira maior ilha do litoral do Estado de São Paulo faz limite ao norte, com o Canal de Bertioga, que separa Santos e Guarujá, a oeste, com o Canal do Estuário de Santos e ao sul e a leste, com o Oceano Atlântico com a Planície Litorânea (Baixada Santista), o município de Cubatão (latitude 23°52'26 "S e longitude 46°25'37"W), distante aproximadamente 60 km da Capital Paulista, possui entre 8 a 9 km de largura. Dos seus 160km² de área, apenas 18% são planícies, sendo o restante composto por serras, morros e manguezais. O município de São Vicente localiza-se entre os municípios de Santos, Cubatão, Praia Grande, tendo ao sul o Oceano Atlântico. O Município da Praia Grande (24°00'35" latitude Sul e 46°24'45" longitude Oeste) possui uma área equivalente a 145 km² e faz limite com o município de São Vicente, Mongaguá e com o Oceano Atlântico.

A identificação das áreas contaminadas utilizadas neste estudo foi feita a partir do relatório da Companhia de Tecnologia e Saneamento Básico do Estado de São Paulo (CETESB), denominado **Sistema Estuarino de Santos e São Vicente (2001)**, que teve por objetivo principal avaliar a contaminação da água, dos sedimentos e dos organismos aquáticos do sistema estuarino de Santos e São Vicente e da Baía de Santos e para relacioná-las com as fontes potenciais de poluentes existentes na região.

Com base na localização das áreas contaminadas e na distribuição da população foram definidas 4 áreas de estudo consideradas contaminadas e uma 5ª

área, ou área controle, onde não existe contaminação conhecida e nem suspeita (Figura 1).

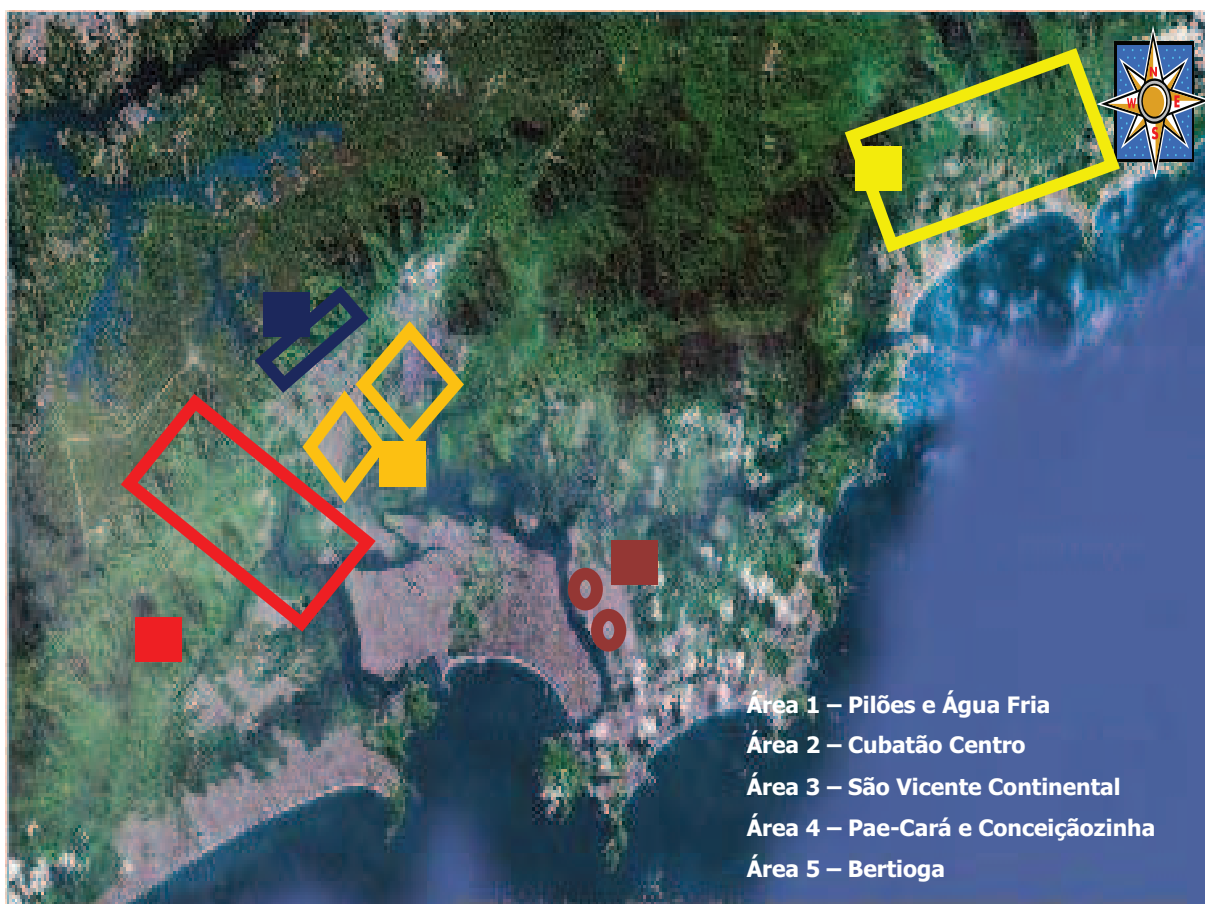


Figura 2: Mapa das cinco áreas investigadas

- a) **Área 1:** a região de pilões, e mais especificamente a comunidade situada às margens do Rio Cubatão, entre as rodovias Imigrantes e Anchieta;
- b) **Área 2:** no entorno da região que compreende o centro de Cubatão, Jardim Nova República, Parque Fernando Jorge, Vila Natal e Costa Muniz;

- c) **Área 3:** em São Vicente continental, compreendendo as áreas de Humaitá, Parque Continental, Ponte Nova, Rio Branco, Parque das Bandeiras, Gleba II, Quarentenário;
- d) **Área 4:** Guarujá, Sítio Conceiçãozinha e Paecará
- e) **A área 5,** que é a área controle, inclui as seguintes comunidades de Bertioga: Jardim Vicente de Carvalho II, Jardim Albatroz II, Vista Linda, Jardim Paulista.

3.3. Participantes do estudo

A partir da primeira fase do estudo para a investigação do “Estudo Epidemiológico na População Residente na Baixada Santista - Estuário de Santos: Avaliação de Indicadores de Efeito e de Exposição e Contaminantes Ambientais”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), foram selecionadas, 22 famílias em São Vicente, 23 em Guarujá, 21 em Bertioga, 20 em Pilões e Água Fria e 20 em Cubatão, para participarem da segunda fase para a investigação da qualidade de vida da população residente nas áreas contaminadas e Bertioga, área controle. Para inclusão foram definidos os seguintes critérios: Pessoas que não tenham sido expostas a produtos químicos, em atividades ocupacionais anteriores ou no ato da aplicação do questionário. Apresentar casos de doenças hematológicas, de fígado, tumores, distúrbios de aprendizagem ou comportamental. Foram excluídas da seleção as famílias onde os portadores de hepatopatias apresentavam história de alcoolismo atual ou pregressa.

Os responsáveis pelas famílias foram esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos. Ao concordarem em participar assinaram um termo de

consentimento livre e esclarecido. Foram entrevistados adultos, idosos, adolescentes e crianças com mais de sete anos de idade.

3.4. Instrumento para a avaliação da qualidade de vida

3.4.1. Instrumento para a avaliação de qualidade de vida para adolescentes adultos e Idosos.

O interesse por instrumentos que avaliem qualidade de vida tem sido crescente nas últimas décadas, vários desses instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de indivíduos ou populações como um todo, ou seja, desde a área da saúde até mesmo as condições em que vive uma comunidade.

É crescente o interesse por instrumentos que avaliem qualidade de vida, principalmente no que se refere à área da saúde (Seidl; Zannon, 2004).

Para Farquhar (1995), são numerosos os métodos de avaliação de qualidade de vida e ainda sugere em seu artigo uma clarificação das definições encontradas na literatura, para que auxilie os pesquisadores sobre o tema.

Para Augusto (2000), ainda existem dificuldades para a mensuração de qualidade de vida, e os indicadores utilizados são subjetivos, podendo assim expressar melhor o significado que os indivíduos atribuem a sua vida, seja de caráter pessoal, cultural e até mesmo as necessidades de bem estar.

Para a avaliação de qualidade de vida dos adolescentes, adultos e idosos participaram do estudo entrevistados com faixa etária a partir de doze anos onde se utilizou o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na sua forma abreviada chamado Word Health Organization Quality of Life Instrument Whoqol-bref, que é um instrumento validado e amplamente utilizado para se avaliar

qualidade de vida. O Whoqol-Bref, versão reduzida do World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (Whoqol 100), surgiu a partir da necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias (WHOQOL GROUP, 1998).

No Brasil foi desenvolvida a versão em português do WHOQOL-100, pelo Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo como coordenador o Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (GRUPO WHOQOL, 1998).

O Whoqol-Bref é composto por 26 questões. Destas, duas são questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas do questionário original, onde são avaliadas através de quatro questões. Na versão abreviada do questionário as facetas estão divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Das oito facetas do domínio meio ambiente uma se refere especificamente ao ambiente físico, relacionado à poluição, ruído, trânsito e clima. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes (WHOQOL GROUP, 1998; FLECK et al, 2000).

Os 4 domínios ficaram distribuídos da seguinte maneira:

Domínio1- Físico:

- Dor e desconforto
- Energia e fadiga
- Sono e repouso
- Mobilidade
- Atividade e vida cotidiana
- Dependência de medicação ou de tratamentos

-Capacidade de trabalho

Domínio 2- Psicológico:

-Sentimentos positivos

-Pensar, aprender, memória e concentração

-Auto-estima

-Imagem corporal e aparência

-Sentimentos negativos

-Espiritualidade\ religião\ crenças pessoais

Domínio 3- Relações sociais

-Relações pessoais

-Suporte(apoio) social

-Atividade sexual

Domínio 4- Meio ambiente

-Segurança física e proteção

-Ambiente no lar

-Recursos financeiros

-Cuidados de saúde e sociais:disponibilidade e qualidade

-Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

-Participação e oportunidades de recreação\ lazer

-Ambiente físico: (poluição\ruído\trânsito\clima)

-Transporte

3.4.2. Instrumento para a análise de qualidade de vida das crianças.

Para a avaliação da qualidade de vida das crianças utilizou-se o questionário *Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé* (AUQEI), que foi aplicado em crianças com a faixa etária entre sete e doze anos que avalia o ponto de vista da satisfação da criança, visualizada a partir de 4 figuras que são associadas a diversos domínios da vida, através de 26 questões que exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação, Assunção et al. (2000).

Trata-se de uma auto-avaliação que utiliza o suporte de imagens, que a própria criança responde, com cada questão apresentando um domínio e as respostas (em números de 4) sendo representadas com o auxílio de faces que exprimem diferentes estados emocionais. Pede-se então, a criança, que assinale, sem tempo definido, a resposta que mais corresponde ao seu sentimento frente ao domínio proposto. Inicialmente, porém, solicita-se que ela apresente uma experiência própria de vida perante cada uma das alternativas. Isso permite que a criança compreenda as situações e apresente sua própria experiência. A escala permite assim, obter um perfil de satisfação da criança diante de diferentes situações.

A construção desse questionário foi feita em duas etapas pelos autores, (Assunção et. al, 2000), com um primeiro tempo efetuado em uma versão curta a partir de suas próprias idéias, enriquecidas em um segundo tempo a partir da análise de conteúdo das respostas espontâneas feitas pelas crianças à questão inicial. Ela permite, assim, que se obtenha um perfil de satisfação pessoal que pode ser correlacionado, eventualmente, por uma terceira pessoa.

Este questionário nos fornece uma nota final que é a soma das 26 questões. Cada questão recebe notas que variam de 0 a 3. Ao final somam-se os pontos e a criança com qualidade de vida boa tem nota maior ou igual a 48, porém a criança ou adolescente que obter uma pontuação menor que 48 pontos não indica necessariamente que tenha uma qualidade de vida ruim, mas sim uma qualidade de vida prejudicada (Assumpção et al., 2000).

3.5. Análise estatística dos dados

As variáveis qualitativas referentes à origem dos participantes (áreas), sua distribuição por gênero e faixas etárias foram apresentadas em termos de seus valores absolutos e relativos.

A análise do WHOQOL-breve levou em conta as médias e desvios padrão dos diferentes domínios nas cinco áreas analisadas. Para os domínios que apresentaram distribuição normal das suas medidas e homogeneidade das variâncias (relações sociais e meio ambiente) foi adotado o teste de análise de variância (ANOVA), Polit, (1999). Para identificar as diferenças estatisticamente significativas entre as áreas foi aplicado o teste de comparações múltiplas de Tukey. Nos domínios onde não foram observadas a distribuição normal das medidas e a homogeneidade das variâncias (físico e psicológico) foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis.

Para a análise dos resultados do AUQUEI foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Análise adicional foi feita categorizando os resultados do teste em valores abaixo do valor de corte (48 pontos) e normal (48 ou maior). Neste caso foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson para avaliar associação entre área de moradia e grupo de resultado.

Para todos os testes foi adotado valor de significância estatística de 5% ($p = 0,05$).

4. Resultados

4.1. Análise descritiva dos participantes adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas estudadas.

Participaram do estudo 235 entrevistados entre adolescentes, adultos e idosos das cinco áreas analisadas. A Figura 2 mostra a distribuição percentual de participantes por área de estudo.

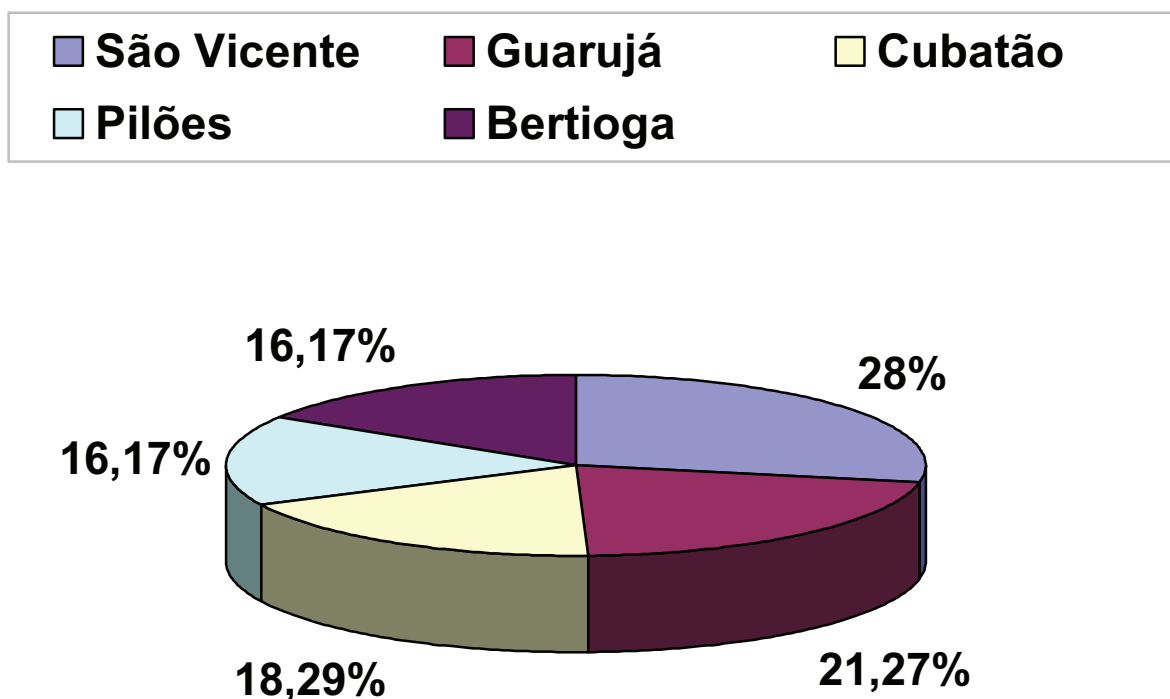


Figura 2. Distribuição percentual dos adolescentes, adultos e idosos participantes do estudo de análise de qualidade de vida de acordo com a área moradia.

Das cinco áreas investigadas, houve uma maior participação dos moradores de São Vicente, seguida de Guarujá. Cubatão teve uma participação menor em comparação às áreas citadas anteriormente. Pilões e Água Fria e Bertioga apresentaram o mesmo percentual de participantes.

A figura 3 apresenta a distribuição proporcional por gênero para os participantes do estudo.

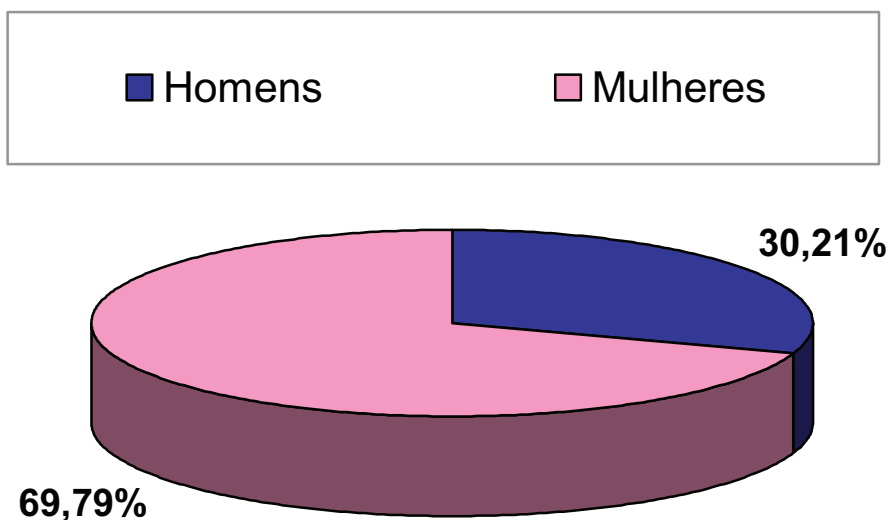


Figura 3. Distribuição percentual dos participantes entre homens e mulheres da análise de qualidade de vida.

Houve uma maior participação das mulheres com 2/3 dos participantes da pesquisa em relação aos homens.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes do estudo por faixas etárias de acordo com a classificação adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Tabela 1- Análise descritiva quanto à faixa etária dos moradores nas cinco áreas.

| Idade | Nº | % |
|---------------|-----|--------|
| 13-19 | 35 | 14,89 |
| 20-30 | 26 | 11,06 |
| 31-40 | 27 | 11,49 |
| 41-50 | 64 | 27,23 |
| 51-60 | 40 | 17,02 |
| 61-70 | 19 | 8,09 |
| 71-80 | 4 | 1,70 |
| Não informado | 20 | 8,51 |
| Total | 235 | 100,00 |

Houve uma participação maior de adultos e idosos entre 41 e 60 anos e uma participação de adolescentes que superou outras faixas etárias.

4.2. Análise descritiva da qualidade de vida dos adolescentes adultos e idosos nas cinco áreas investigadas.

A tabela 2 apresenta a análise descritiva dos valores do domínio Físico do WHOQOL-breve para adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas investigadas. Este domínio avalia as questões referentes à dor e desconforto, dependência de medicação e tratamento, energia e fadiga, mobilidade, sono e repouso, atividades do cotidiano.

Tabela 2- Análise descritiva para o domínio Físico do WHOQOL-breve nas áreas estudadas.

| Área | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Bertioga | 63,82 | 17,81 | 25,00 | 96,43 |
| São Vicente | 61,26 | 17,54 | 25,00 | 92,86 |
| Guarujá | 62,06 | 20,26 | 3,57 | 89,29 |
| Cubatão centro | 69,53 | 19,71 | 14,29 | 100,00 |
| Pilões/Água Fria | 64,47 | 21,84 | 0,00 | 100,00 |

Não houve diferença estatisticamente significativa para os valores do domínio Físico entre as cinco áreas analisadas (teste de Kruskal-Wallis com $p = 0,17$). Porém os piores resultados foram encontrados nas áreas de São Vicente e Guarujá.

A tabela 3 apresenta a análise descritiva para o domínio Psicológico do WHOQOL-Breve para adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas analisadas que avalia as questões referentes aos sentimentos positivos, aprender, concentração, aparência pessoal, imagem corporal, auto estima e sentimentos negativos.

Tabela 3- Análise descritiva para o domínio Psicológico do WHOQOL-breve nas áreas estudadas.

| Área | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Bertioga | 62,11 | 19,23 | 16,67 | 85,00 |
| São Vicente | 63,90 | 17,63 | 12,50 | 95,83 |
| Guarujá | 64,75 | 14,71 | 20,83 | 91,67 |
| Cubatão centro | 66,46 | 16,35 | 25,00 | 95,83 |
| Pilões/Água Fria | 65,79 | 17,92 | 12,50 | 95,83 |

Neste domínio não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as áreas analisadas (teste de Kruskal-Wallis com $p = 0,90$). Porém, pode ser observado que as maiores médias foram encontradas nas áreas de Cubatão Centro e Pilões e Água Fria, áreas estas consideradas contaminadas.

A tabela 4 apresenta a análise descritiva para o domínio Relações Sociais do WHOQOL-Breve para adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas analisadas que avalia as questões relacionadas à atividade sexual, apoio social e relações sociais com amigos e parentes.

Tabela 4- Análise descritiva para o domínio Relações Sociais do WHOQOL-breve nas áreas estudadas.

| Área | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Bertioga | 64,41 | 23,29 | 0,00 | 100,00 |
| São Vicente | 64,58 | 22,84 | 0,00 | 100,00 |
| Guarujá | 63,95 | 23,35 | 0,00 | 100,00 |
| Cubatão centro | 72,08 | 19,57 | 0,00 | 100,00 |
| Pilões/Água Fria | 76,80 | 19,56 | 25,00 | 100,00 |

Com relação ao domínio Relações Sociais pode-se observar uma diferença estatisticamente significativa entre as áreas investigadas (ANOVA com $p = 0,008$). As maiores médias foram encontradas na área de Pilões e Água Fria e Cubatão Centro. Pilões e Água Fria foi diferente de Bertioga (teste HSD Tukey com $p < 0,01$), do Guarujá (HSD Tukey com $p < 0,04$) e São Vicente (HSD Tukey com $p < 0,05$). Cubatão Centro, por sua vez, foi diferente de São Vicente (HSD Tukey com $p < 0,05$).

A tabela 5, apresenta a análise descritiva para o domínio Meio Ambiente, do WHOQOL-Breve, para adolescentes, adultos e idosos nas cinco áreas investigadas que corresponde as questões relacionadas a segurança física e proteção, ambiente físico (poluição/ruídos/trânsito/clima), recreação e lazer, ambiente do lar, transporte, cuidados de saúde.

Tabela 5- Análise descritiva para o domínio Meio Ambiente do WHOQOL-breve nas áreas estudadas.

| Área | Média | Desvio Padrão | Mínima | Máxima |
|------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Bertioga | 45,26 | 19,09 | 6,25 | 78,13 |
| São Vicente | 44,81 | 15,33 | 9,38 | 87,50 |
| Guarujá | 44,66 | 15,82 | 15,63 | 84,38 |
| Cubatão centro | 55,56 | 15,99 | 12,50 | 87,50 |
| Pilões/Água Fria | 53,78 | 17,58 | 15,63 | 93,75 |

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as áreas (ANOVA com $p < 0,01$). Pilões e Água Fria e Cubatão Centro foram semelhantes entre si e estatisticamente diferentes das outras três áreas (HSD Tukey com $p < 0,05$).

4.3. Análise descritiva das crianças nas cinco áreas investigadas.

Neste estudo, participaram 48 crianças, entre 7 e 12 anos, das cinco áreas investigadas. A Figura 4 mostra a distribuição percentual de participantes por área de estudo.

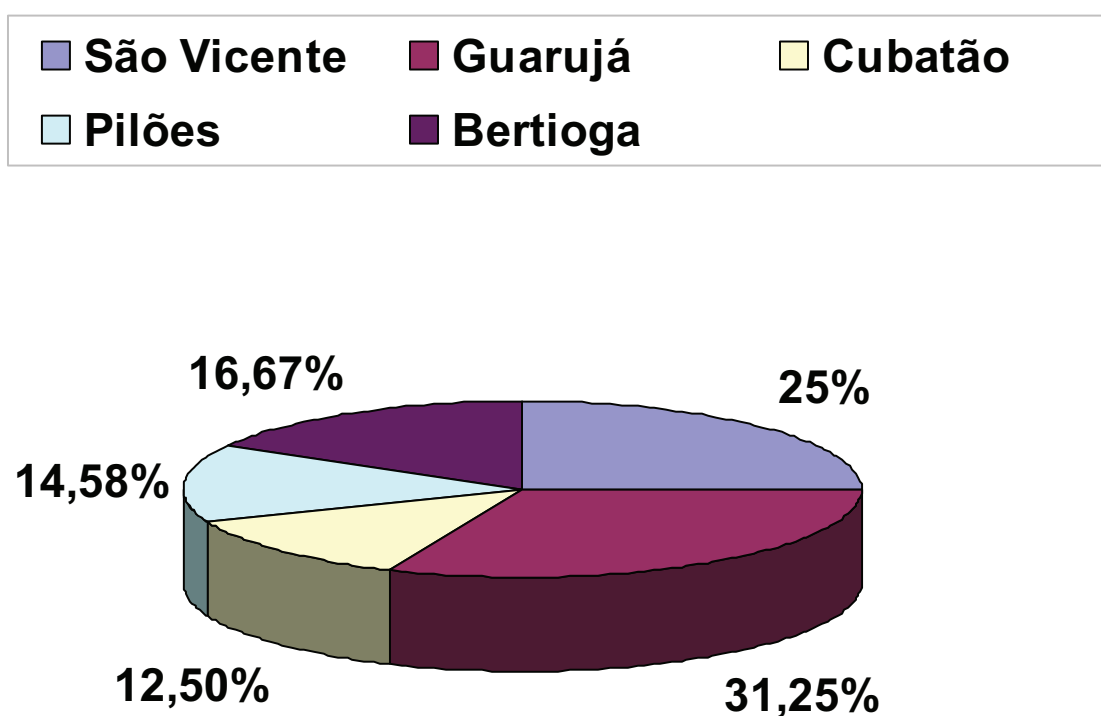


Figura 4. Análise da distribuição percentual das crianças de acordo com a área de estudo.

Houve uma maior participação de crianças na área de Guarujá seguida por São Vicente. Observa-se na figura 4 que Bertioga obteve uma participação menor em comparação às áreas citados anteriormente. Os menores percentuais foram encontrados nas áreas de Pilões e Água Fria e Cubatão.

A figura 5 apresenta a distribuição proporcional por gênero para os participantes do estudo.

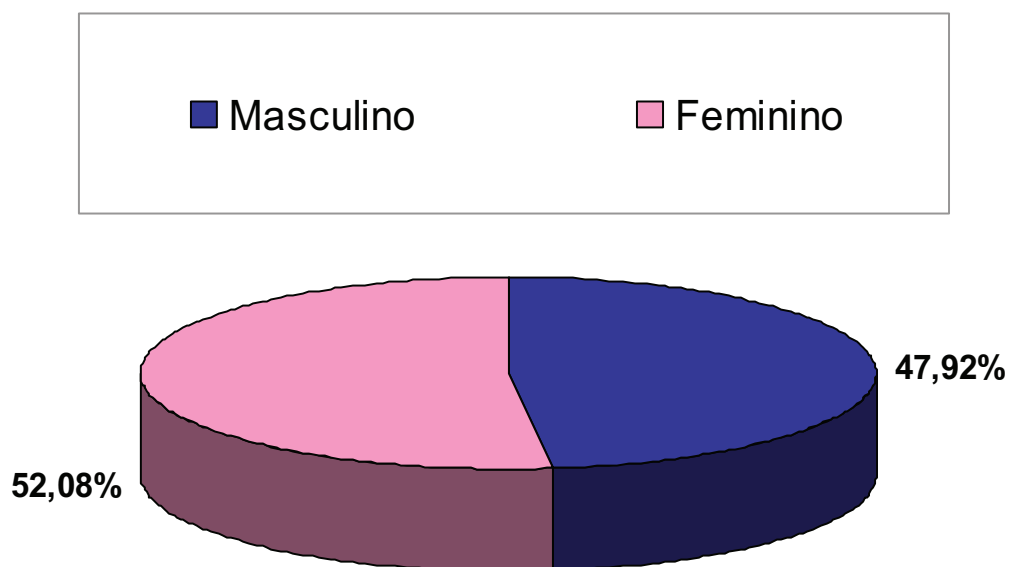


Figura 5. Análise da distribuição percentual de meninos e meninas participantes.

A figura 5 revela uma síntese dos resultados encontrados com relação ao sexo, onde houve uma maior participação das crianças do sexo feminino, em comparação ao masculino.

4.4. Análise da qualidade de vida das crianças nas cinco áreas estudadas.

A tabela 6 apresenta a análise de qualidade de vida das crianças nas cinco áreas analisadas. O teste AUQUEI inclui questões relacionadas com relações familiares, sociais, atividades de lazer, saúde, funções corporais e separação.

Tabela 6- Análise descritiva para qualidade de vida das crianças nas cinco áreas estudadas utilizando o AUQUEI.

| Área | N | Média | Desvio padrão | Mínima | Máxima | Mediana |
|------------------|----|-------|---------------|--------|--------|---------|
| Bertioga | 8 | 53,8 | 7,1 | 46,0 | 64,0 | 51,5 |
| São Vicente | 12 | 53,3 | 8,3 | 32,0 | 61,0 | 55,0 |
| Guarujá | 15 | 55,9 | 9,5 | 44,0 | 77,0 | 52,0 |
| Cubatão centro | 6 | 58,2 | 7,9 | 48,0 | 72,0 | 58,0 |
| Pilões/Água Fria | 7 | 57,0 | 5,5 | 50,0 | 67,0 | 56,0 |

Não houve diferença estatisticamente significativa de qualidade de vida das crianças analisadas nas cinco áreas (Kruskal-Wallis com $p = 0,829$). Observou-se que as piores médias encontradas foram nas áreas de São Vicente e Guarujá.

A tabela 7 apresenta a distribuição dos resultados do teste AUQUEI de acordo com a pontuação de referência (48 pontos) para as crianças das cinco áreas analisadas.

Tabela 7- Análise descritiva para o AUQUEI com pontuação abaixo e normal das crianças nas cinco áreas estudadas.

| | | Pilões | Bertioga | Cubatão | Guarujá | São Vicente | Total |
|--------|---------|--------|----------|---------|---------|-------------|-------|
| Abaixo | N | | 1,00 | | 3,00 | 2,00 | 6,00 |
| | %coluna | | 12,50 | | 20,00 | 16,67 | 12,50 |
| Normal | N | 7,00 | 7,00 | 6,00 | 12,00 | 10,00 | 42,00 |
| | %coluna | 100,00 | 87,50 | 100,00 | 80,00 | 83,33 | 87,50 |
| Total | N | 7,00 | 8,00 | 6,00 | 15,00 | 12,00 | 48,00 |
| | %coluna | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,0 |

Apenas seis crianças (12,5%) apresentaram teste com valor abaixo do ponto de corte. Não houve associação estatisticamente significativa entre área de moradia e grupo de resultado (teste de qui-quadrado com $p = 0,59$).

5. DISCUSSÃO

5.1. Apresentação dos resultados

Este estudo mostrou que, na investigação da qualidade de vida entre adultos e idosos, apenas os domínios Relações Sociais e Meio Ambiente demonstraram diferenças estatísticas entre as áreas. A comunidade de Pilões e Água Fria apresentou os maiores valores e se diferenciou das regiões de Bertiooga, São Vicente e Guarujá nos domínios acima mencionados. Com relação à qualidade de vida das crianças, os resultados obtidos mostraram que não houve uma diferença de valor significativo entre as áreas investigadas.

5.2. Modelo do estudo e instrumentos utilizados

Para esta pesquisa, foi realizado um estudo transversal, que se caracteriza pela observação de uma determinada população em um único momento (Medronho, 2006). Como uma abordagem inicial na epidemiologia ambiental, onde não existem muitos estudos semelhantes, a adoção deste desenho mostrou-se adequada.

Para a investigação da qualidade de vida dos adultos e idosos optou-se pelo questionário WHOQOL-breve, da Organização Mundial da Saúde, por ser um instrumento curto e auto aplicável, que demanda pouco tempo para ser respondido, atendendo a todas as características do WHOQOL-100 e preservando, assim, as questões relacionadas ao referido assunto tanto no aspecto conceitual quanto no psicométrico.

Para a avaliação da qualidade de vida das crianças, utilizou-se o questionário AUQUEI, que é auto - aplicável e possui fácil interpretação, o que nos permite obter o grau de satisfação em diferentes situações (Assunção et al, 2000).

5.3. Qualidades e deficiências da pesquisa

Não foram encontrados na literatura estudos semelhantes que relacionassem contaminação ambiental e qualidade de vida de populações residentes em áreas afetadas pelo problema. Portanto, este estudo parece ser pioneiro na área e, como tal, apresenta virtudes que poderão ser reprodutivas em outras pesquisas, bem como defeitos que deverão ser evitados em futuros estudos. A maior virtude parece ser a ideia de avaliar a relação entre os assuntos mencionados acima. Existem inúmeras áreas contaminadas no Brasil e populações residentes nessas áreas que estão potencialmente expostas a uma série de contaminantes ambientais fortemente associados a efeitos adversos na saúde desses moradores (CETESB, 2001). As investigações nessas áreas têm contemplado níveis de contaminação e efeitos adversos, mas não a investigação da qualidade de vida dos moradores.

Quanto à escolha do instrumento, já citado anteriormente, o principal defeito parece ter sido a sua aplicação em conjunto com outras abordagens, o que pode ter reduzido o número de participantes envolvidos. Além disso, a inclusão dos adolescentes, grupo não testado pelo WHOQOL-breve, pode ter comprometido os resultados encontrados com este instrumento.

5.4. Discussão dos resultados por domínio e área investigada

5.4.1. Domínio Físico

Neste domínio não foram encontradas diferenças entre os locais analisados. Entretanto, o maior escore foi observado em Cubatão, com os escores médios por área ficando na casa dos 60 pontos. Neste domínio estão apresentadas as questões referentes à dor, desconforto, dependência de medicamentos ou de

tratamentos, energia e fadiga, mobilidade, sono, repouso, atividades do cotidiano e capacidade de trabalho.

Autores apontam que ter conhecimento sobre sua condição física e realizar tratamentos médicos pode colaborar para uma qualidade de vida melhor. Para Rocha et al. (2000), a interpretação e conhecimento do indivíduo em relação à sua condição física seria um coadjuvante para manter sua saúde. Vasconcelos e Costa-Val (2008) encontraram, para o domínio Físico (82,8) um escore maior do que para os outros domínios em seu estudo de avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde em Lagoa Santa.

Em um estudo realizado por Pereira et al. (2006), observou-se que o domínio que mais contribuiu para a qualidade de vida global do idoso foi o Físico, com um escore de 16,20 (equivalente a 75 na escala de 100 pontos) para o sexo masculino e 15,51 para o feminino (equivalente a 69 na escala de 100 pontos), indicando que considerar a capacidade funcional atribuída a este domínio e o conhecimento sobre a realização de atividades cotidianas é importante para a qualidade de vida do idoso.

Com relação à capacidade de trabalho, que está associada ao mesmo domínio, a participação das mulheres predominou e, nos dias atuais, sua inserção no mercado de trabalho está sendo ampliada, devendo considerar que a mesma contribui para um estilo de vida melhor, e adquire, assim, meios para manter sua condição física. Kluthcovsky (2005), em sua pesquisa de qualidade de vida de agentes comunitários, encontrou, o domínio Físico com escore de 74,2.

Pode-se notar que na maioria dos trabalhos apresentados os escores para o domínio físico foram maiores do que as encontradas nas áreas analisadas no presente estudo.

5.4.2. Domínio Psicológico

Em relação ao domínio Psicológico, os resultados apontaram ausência de diferença estatisticamente significativa para o domínio entre as áreas. As questões relacionadas a este domínio avaliaram sentimentos positivos, aparência pessoal, espiritualidade, auto-estima, imagem corporal, pensamentos, memória, concentração e sentimentos negativos. Os resultados podem ser decorrentes do critério que um indivíduo utiliza para considerar o que se refere a si mesmo, o que acaba por favorecê-lo ao julgar suas características pessoais. Para este domínio as médias encontradas variaram de 66,46 em Cubatão Centro a 62,11 em Bertioga, mostrando resultados bastante homogêneos entre as áreas.

Estudo de Vasconcelos e Costa-Val (2008) encontrou para o domínio Psicológico resultados melhores, com escore médio de 76,0. Kluthcovsky (2005) observou para o mesmo domínio, um escore médio de 74,0, indicando boa qualidade de vida em sua pesquisa de agentes comunitários de saúde.

Segundo Minayo (2000), seria pertinente discutir o momento histórico que vive este indivíduo, já que os sentimentos positivos de uma determinada ocasião podem influenciar nos elementos que avaliam a própria estética pessoal. Um indivíduo que apresenta uma auto-percepção positiva, ou seja, gosta de si mesmo, poderá apresentar um olhar favorável e um sentimento de aprovação na sua condição pessoal. Para Silva (2003), qualidade de vida inclui o conhecimento sobre auto-estima, satisfação pessoal e conhecimento a respeito da própria saúde.

Para este domínio, os escores encontrados nas áreas do estuário e em Bertioga estão abaixo dos observados nos estudos mencionados acima. Isso

evidência um fator comum entre as áreas analisadas que leva a resultados, inferiores aos encontrados em outras regiões.

Durante as entrevistas, foi observado que a espiritualidade dos indivíduos entrevistados contribuiu para um melhor estilo de vida, expressando suas práticas religiosas e sua relação com música e outras pessoas que acreditam na cura divina.

5.4.3. Domínio Relações Sociais

Para o domínio Relações Sociais foram identificadas diferenças entre as áreas investigadas. Neste domínio foram abordadas as questões relacionadas a atividade sexual, relações pessoais, suporte social e apoio. Os moradores da área de Pilões e Água Fria apresentaram o melhor escore médio (76,80) indicando, assim, uma boa relação com amigos e famílias mais estruturadas. Além disso, o escore médio dessa área foi superior aos escores encontrados em São Vicente (64,58), Bertioga (64,41) e Guarujá-Vicente de Carvalho (63,95). Apenas em Cubatão Centro o escore foi semelhante ao de Pilões e Água Fria.

No contato com os moradores e, portanto, fora do escopo do instrumento utilizado, foi observada a insatisfação dos moradores com relação à questão atividade sexual entre os moradores de São Vicente. Sabe-se que a mesma é um fator importante para os aspectos biológicos e fisiológicos, se tornando coadjuvante na melhora da qualidade de vida pessoal. Isso teve influência no escore final obtido nesta região.

Kluthcovsky (2005) encontrou resultados próximos ao da presente pesquisa para o referido domínio, com escore de 75,8. Resultado semelhante foi mostrado por Vasconcelos e Costa-Val (2008), que encontraram escore médio de 77,0 para este domínio.

Para este fator, deve-se levar em conta a experiência de vida de cada indivíduo, uma vez que o significado da experiência, ou caráter pessoal relacionado a valores, necessidades, cultura e perspectiva de bem-estar deve ser analisado, sendo que, quanto maior o nível de cultura, maior será a exigência de um indivíduo com suas relações sociais (Forattini, 1991; Dantas et. al., 2003).

Pode-se notar que Bertioga, São Vicente e Guarujá apresentaram resultados inferiores aos observados em outros estudos.

5.4.4. Domínio Meio Ambiente

Apesar de Cubatão Centro e Pilões e Água Fria apresentarem os maiores valores e estes serem estatisticamente diferentes das demais áreas, neste domínio foram registrados os menores escores nas cinco áreas analisadas. Para este domínio foram avaliadas questões de segurança, ambiente físico, poluição, ruído, clima, trânsito, oportunidade de recreação, lazer e cuidados com a saúde.

As áreas analisadas apresentam características semelhantes em relação à maioria dos quesitos analisados. Entretanto, Cubatão Centro, por ser uma área mais bem servida em termos de infraestrutura urbana, quando comparada às outras áreas, se sobressaiu nas questões segurança, oportunidade de recreação, lazer e cuidados com a saúde.

As conversas com os moradores de Pilões e Água Fria forneceram subsídios que justificam o escore obtido na área. Há uma forte relação da comunidade com o local de moradia, um vale localizado na base da serra do mar, com temperatura e umidade bastante agradáveis; além de certo menosprezo pelo histórico de contaminação da área, localizada próxima ao aterro de Pilões, de responsabilidade principal da Rhodia.

As outras três áreas apresentam carências na infra-estrutura urbana e problemas de poluição ambiental que se tornam mais evidentes na ausência de atrativos naturais ou artificiais. Isso ressalta a insatisfação dos moradores dessas áreas que se reflete nos escores obtidos.

A área de São Vicente continental é considerada emblemática na região. Assentadas sobre áreas de mangue aterradas com escórias das indústrias de Cubatão, essas comunidades apresentam uma história de lutas pelo reconhecimento oficial do seu problema e por melhorias na infra-estrutura desses locais.

As comunidades de Bertioga, escolhidas para compor a área controle apresentam dificuldades de infra-estrutura graves que envolvem a carência de atividades de recreação e lazer, problemas com o transporte, saneamento básico e assistência médica.

Em Vicente de Carvalho, no Guarujá, as aparentes precárias condições de infra-estrutura, principalmente em relação ao saneamento básico, à saúde e às atividades de lazer, somadas às condições de moradia, parte delas palafitas, explicam os baixos escores.

Kran e Ferreira (2006) relatam que ao avaliarem a qualidade de vida dos moradores de Palmas, TO, apesar de a cidade apresentar um planejamento técnico para seu desenvolvimento urbano, notaram a existência de habitações precárias com falta de infra-estrutura local, que dificulta o acesso a saneamento básico e tem como consequência o prejuízo da qualidade de vida daquela população.

Segundo Queiroz, Sá e Assis (2004), a relação do ambiente com a qualidade de vida é inquestionável, sendo que a degradação ambiental pode acarretar agravos irreparáveis à saúde de uma comunidade.

Bernardes (2008), em seu estudo com agentes comunitários, obteve para o domínio meio ambiente o menor escore médio (55,85) em relação aos demais. O mesmo foi observado por Vasconcelos e Costa-Val (2008), sua pesquisa de qualidade de vida de agentes comunitários, onde o menor escore obtido foi para o domínio meio ambiente (59,5). O estudo de Kluthcovsky (2005), outra pesquisa de qualidade de vida de agentes comunitários, também encontrou para o domínio Meio Ambiente o menor escore médio (54,1) em comparação aos demais domínios.

Para este domínio, os baixos escores observados são semelhantes aos resultados de outros estudos. Entretanto, os valores dos escores observados em Bertioga, São Vicente e Vicente de Carvalho estão abaixo daqueles registrados por outros autores, evidenciando uma maior insatisfação por parte dos moradores dessas áreas.

A crise ambiental mundial não é recente e isto está comprovado através de conferências realizadas na década de 70, com o objetivo de elaborar ações que pudessem salvar o meio ambiente. Promover ambientes favoráveis, tanto no que se refere a aspectos físicos e sociais quanto ecológicos para o século XXI, seria uma necessidade para combater a degradação ambiental do planeta.

Para este objetivo realizou-se a primeira conferência de Promoção da Saúde, que tinha como função capacitar os indivíduos e as comunidades para que estes tivessem condições de intervir e colocar em prática recursos para melhorar seu estilo de vida, melhorando, assim, seus recursos ambientais (Carta de Ottawa, 1986).

Entretanto, é preciso admitir a falta de conscientização dos indivíduos em relação ao ambiente em que vivem. Pelicioni e colaboradores (2002) afirmam que

seria necessária a promoção da educação ambiental para a população, visando a implementação de ações voltadas à melhoria do estilo de vida.

Conceituar ambiente nos dias atuais é um desafio, já que existem diferentes fatores a serem considerados. Desse modo, conceituar ambiente englobaria aspectos físicos e sociais. Westphal (2000) relata que as condições sócio-econômicas de uma população ou de um indivíduo podem privilegiar sua condição de vida.

Nas áreas investigadas nota-se uma mistura desses dois fatores, com condições sócio-econômicas desfavoráveis e ausência de senso crítico em relação à contaminação ambiental em algumas dessas áreas. Este último fator pode justificar os escores mais elevados observados neste estudo.

5.5. Qualidade de vida das crianças

Não houve diferença estatística entre os escores das cinco áreas analisadas. Não foram encontrados estudos avaliando a qualidade de vida das crianças que vivem em áreas contaminadas na literatura.

O instrumento utilizado, o teste AUQUEI, é o teste padrão utilizado para analisar a satisfação da criança em relação a sua qualidade de vida e avaliar fatores relacionados à autonomia, lazer, funções e família.

Assumpção et al. (2000) avaliou a qualidade de vida de 353 crianças com a faixa etária entre 4 e 12 anos, obtendo um ponto de corte de 48. No presente estudo, os escores obtidos nas cinco áreas ficaram acima de 50 pontos, demonstrando uma boa qualidade de vida. O pequeno número de participantes representa uma limitação do estudo que deverá ser corrigida em futuros estudos que serão desenvolvidos nesta área.

A investigação da qualidade de vida de crianças e adolescentes é relativamente recente. Para Prebianchi (2003), mesmo com o avanço conceitual de qualidade de vida, seria necessário desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre o tema, podendo, assim, reconhecer o grau de necessidades de cada criança.

Nos dias atuais, muitos fatores são associados à qualidade de vida das crianças, entretanto, novas pesquisas serão importantes para aprofundar o conceito e o desenvolvimento de instrumentos para mensurar a qualidade de vida neste grupo etário e, principalmente, em áreas contaminadas.

6. CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo podemos concluir que:

- Em relação à qualidade de vida de crianças e adolescentes até 12 anos residentes na região do estuário de Santos e em Bertioga, este grupo etário apresentou boa qualidade de vida, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as áreas do estuário ou entre estas e Bertioga;
- Em relação aos adolescentes mais velhos, adultos e idosos, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as áreas do estuário ou entre estas e Bertioga para os domínios Físico e Psicológico. Entretanto, os valores observados nas cinco áreas foram inferiores aos observados em estudos semelhantes em áreas sem histórico de contaminação ambiental;
- Em relação aos adolescentes mais velhos, adultos e idosos, os moradores de Pilões e Água Fria apresentaram os maiores escores no domínio Relações Sociais, seguidos pelos moradores de Cubatão Centro. Estes valores foram semelhantes aos observados em estudos realizados em outros locais. Os resultados de Bertioga, São Vicente e Vicente de Carvalho foram menores em relação às demais áreas do estudo e também em relação a estudos realizados em outras localidades;
- Em relação aos adolescentes mais velhos, adultos e idosos, os moradores de Cubatão Centro e Pilões e Água Fria apresentaram os maiores escores no domínio Meio Ambiente. Apesar de baixos, os escores observados nestas duas áreas são semelhantes aos

observados em outros estudos e outras localidades. Para as demais áreas analisadas neste estudo, os valores foram mais baixos evidenciando uma maior insatisfação em relação a este domínio.

7. Referências

ADRIANO, J. R. et al. ***A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?*** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro v. 5, nº. 1, 2000.

Associação de Combate aos Poluentes (ACPO). ***Caso Rhodia***. Disponível em: http://www.acpo.org.br/caso_rhodia.htm. Acesso em: 07/02/2008.

ASSUMPÇÃO, J. F. D. ***Escala de avaliação de qualidade de vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé – AUQEI): validade e confiabilidade de uma escala de vida em crianças de 4 a 12 anos***. Arq. Neuropsiquiátrico. 2000. (10) p. 119-127.

AUGUSTO, L. G. S. ***Qualidade de vida: necessidade reflexiva da sociedade contemporânea***. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 27-28, 2000.

AWAD G, VORUGAND, L. N. P. ***Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life***. Schizophr Bull 2000; 26: 557-64.

AWAZU, L.A. M. et al. ***Análise histórica da ocorrência de acidentes ambientais no Estado de São Paulo***, CETESB, São Paulo, 1985.

BAPTISTA, J. G. F. ***O Fenômeno Cubatão***. Artigo publicado pelo Jornal: "O Estado de São Paulo." 14/03/87.

BERNARDES, K. A. G. ***Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um Município da região Oeste do Estado de São Paulo***. 2008. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2008.

Brasil. Constituição. (1988) ***Constituição da República Federativa do Brasil***. Brasília, DF: Senado; 1988.

BUSS, P. M. ***Promoção da saúde e qualidade de vida***. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, nº. 1, 2000

BUTOLO, M. V. ***Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida***. Online Brazilian Journal of Nursing, v. 6, nº 2, 2007.

CÁRDENAS, A. M. C. **Qualidade de vida da mulher “do lar” em uma comunidade de baixa renda**, 1999. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

CASAS, F. **Desafios atuais de psicologia na interenção social**.Psicol. Soc., maio/ago. 2005, v.17, nº.2 p. 42-49. Acesso em 19/05/08.

Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB). **Controle da Poluição Ambiental em Cubatão**: resultados- julho/83 a julho/86, São Paulo: (S.N.),1986.

Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB). **Secretaria do Estado do Meio Ambiente**. Governo do Estado de São Paulo. Sistema Estuarino de Santo e São Vicente. Relatório Técnico Agosto de 2001.

Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata 1978. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma -Ata.pdf>.Acesso em:21/05/2008.

COSTA, N. S. B. **Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço**. Tese de Doutorado. Brasília:Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2002.

COUTO, J. M. **Entre Estatais e transnacionais: O Pólo Industrial de Cubatão**. Tese de Doutorado. Instituto de Economia da Universidade de Campinas. Unicamp 2003. Disponível em: <http://www.novomilenio.inf.br/cubatão/ch100b.htm>. Acesso em:21/01/08.

CUNHA, I. A. da, **Fronteiras da gestão: os conflitos ambientais das atividades portuárias**.Rev. Adm.Pública, nov./dec,2006, v.40, nº 6, p.1019-1040.

DANTAS, R. A. S. et al. **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo**. Revista Latina Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto. v. 11.,nº.4, 2003.

FARIA, M; ALMEIDA J. W; ZANETTA D. M. **Mortalidade por câncer na região urbano-industrial da Baixada Santista**. SP Brasil. Ver. Saúde Pública: 33(3):255-61, Jun. 1999.

FERNANDES, M.A. **A Vila Parisi é riscada do mapa de Cubatão.** 1992. Jornal A Tribuna. Disponível em: <http://www.novomilenio.inf.br/cubatao/ch014f.htm>. Acesso em: 07/02/2008.

FLECK M. P. A. et al. **Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)** Rev. Saúde Pública, 33 (2). p.198-205. 1999.

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

FLECK, M. P. A. et al. **Development of the Portuguese version of the OMS evaluation instrument of quality of life.** Rev. Brás. Psiquiatr, São Paulo, v. 21, nº. 1, 1999.

FARQUHAR, M. **Definitions of quality of life: A taxonomy.** Journal of Advanced Nursing, v. 22, p. 502-508, 1995.

FORATTINI, O. P. **Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo,** Brasil.Rev. Saúde Pública, v. 25, nº. 2 1991

GOLDBAUM, M. **Qualidade de vida e saúde:além das condições de vida e saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 5, nº.1, p.20, 2000.

GOLDENSTEIN, L. **A industrialização da Baixada Santista,** USP, Instituto de Geografia, São Paulo, série teses e monografias nº 7, 197.

GOUVEIA, N. **Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental.** Saúde soc., jan./fev. 1999, vº.8, nº.1, p.49-61.

GREENPEACE. **Crimes ambientais corporativos – relatório sobre os principais casos de contaminação química no Brasil.** 2002.

IGLESIAS, F. **A Industrialização Brasileira.** São Paulo: Brasiliense. 1994.

JANKE, N; Tozoni-Reis, M. F. C. **Produção coletiva de conhecimentos sobre qualidade de vida: por uma educação ambiental participativa e emancipatória.** Ciênc. Educ. (Bauru), 2008, v.14, n°.1, p.147-157.

KRAN, F; Ferreira, F. P. M. **Qualidade de vida na cidade de Palmas- TO:uma análise através de indicadores habitacionais e ambientais urbanos.** Ambiente soc. , Campinas, v. 9, n°. 2, 2006.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. **Qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de um município do interior do Paraná.** 2005. 199 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná, 2005.

KLUTHCOVSKY, A. C. G; Takayanagui A. M. M. **Qualidade de vida-Aspectos conceituais.** Revista Salus-Guarapuava-PR. Jan/jun. 2007; 1 (1): 13-15.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2006.

MINAYO, M. C. de S; HARTZ, Z. M. de A; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e Saúde: um debate necessário.** Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 5, n°.1, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2002. 344 p.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 10ª ed. São Paulo: Hucitac. 2007.

Ministério do Meio Ambiente (Brasil). **Agenda 21.** Brasília: O Ministério; 2001. Capítulo 36.1: Dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal: Fauna e Flora Brasileiras: educação ambiental.

Ministério da Saúde [MS]. **Promoção da Saúde.** Carta de Ottawa, Declaração de Alma Ata, Adelaide, Sundsvall, Santafé de Bogotá, Jacarta, México e Rede de Megapaíses. Brasília. DF;2001.

Organização Pan Americana de Saúde (OPAS). **Municípios e Comunidades Saudáveis.** 1996. Disponível em:
<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/Mun-Saud.pdf>.

Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS). **Divisão de saúde e ambiente. Programa de qualidade ambiental. APA Atenção Primária Ambiental.** Jun.1999.Washington, D. C. p. 11-51. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/apa.pdf>

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Carta de Ottawa.** 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promoção/uplodArq/ottawa.pdf>. Acesso em:17/03/2008.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida no idoso:** elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 252 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Departamento de Práticas de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PEINADO, J; Aguiar, G.C.F; Graeml, A. R. **Processo de Industrialização Brasileira.** Disponível em: <http://www.dainf.cefetpr.br/~graeml/publica/artigos/dawnload/conemi2007Industrialização Brasil>.

PELICIONI, A.C; Soares Netto F; Wieliczka, M. G. Z; Dantas, V. M. **Educação ambiental na formação de agentes comunitários.** In: Philippi Jr. A. Pelicioni M. C. F., editores. Educação ambiental: desenvolvimento de cursos e projetos. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de São Paulo. Núcleo de Informações em Saúde Ambiental: Signus Editora; 2002, p.253-265.

PELICIONI, M. C. F. **Educação ambiental, qualidade de vida e sustentabilidade.** Saúde soc. ago./ dez. 1998, v.7, nº 2, p. 19-31.

PEREIRA, R. J. et al. **Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos.** Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 28, nº. 1, 2006.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PREBIANCHI, H. B. **Medidas de qualidade de vida para crianças: aspectos conceituais e metodológicos.** Psicol. teor. Prat. , jun, v. 5, nº.1, p. 57-69, 2003.

QUALITY OF LIFE RESEARCH UNIT. University of Toronto. Disponível em: <http://www.gdrc.org/uem/qol-define.html>. Acesso em: 20/07/2008.

QUEIROZ, C. M. B; SA, E. N. C; ASSIS, M. M. A. **Qualidade de vida e políticas públicas no município de Feira de Santana.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.9, nº.2, 2004.

ROCHA, A. D. et al. **Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final?** Cienc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5 nº . 1, 2000.

ROCHA, S. S. L. **Qualidade de vida no trabalho docente de enfermagem: percepção de enfermeiros docente de uma universidade privada.**2002. 146f. TESE (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SCRAIBER, L. B. **Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica.** Revista de Saúde Pública. 1995; 29 (1). p. 63-74.

SEGRE, M; FERRAZ, F. C. **O conceito de saúde.** Rev. Saúde Pública. V. 31, nº. 5, 1997. 31 (5): p. 538-42.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. da C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 20, nº. 2, 2004 .

TAMAKI, E. M. **Qualidade de vida: individual e coletiva.** Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 5, nº.1, p.20, 2000.

THE WHOQOL GROUP. **Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida.** (WHOQOL) 1998. Divisão de Saúde Mental Grupo WHOQOL.Universidade Federal do Rio Grande do Sul.Disponível em: <http://www.ufrgs/psiq/whoqol/4.html>.

VASCONCELOS, N. P. C; COSTA-VAL, R. **Avaliação de qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa-MG.** Revista APS, v. 11, nº. 1, p.17-28, jan/mar. 2008.

WESTPHAL, M. F. **O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, nº. 1, 2000.

ZAGO, A.et al. ***Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista***, 1980 a 1990. Revista de Saúde Pública; 39 (4). p. 641-645, ago. 2005.

Anexo A – Termo de esclarecimento

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Esta é uma pesquisa para avaliar a qualidade de vida dos moradores da região do estuário de Santos e de Bertioga. Se você concordar em participar e/ou autorizar seu(s) dependente(s) a participar(em) deste estudo você(s) deverá(ão) responder a um questionário com perguntas referentes às suas condições de saúde e atividades diárias. As perguntas estarão numeradas, distribuídas por áreas de interesse e com alternativas numeradas para garantir a comparabilidade das respostas.

Não será exigido dos que concordarem em participar do estudo a coleta de exames ou procedimentos médicos invasivos que possam trazer risco à sua integridade moral e física.

O entrevistado não receberá remuneração financeira pela sua participação. Entretanto, lhe serão asseguradas a confidencialidade e a garantia de que as informações obtidas não serão utilizadas para fins que não os de estrito interesse científico. Você terá acesso à todas as informações pessoais coletadas e, se em algum momento durante a realização do estudo decidir pela sua saída, todas as informações obtidas serão destruídas.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com os seguintes pesquisadores:

Andréa dos Santos Silva Invenção: (13) 91156071, (13) 32718732

Alfésio Luís Ferreira Braga: (11) 8397-5812, (13) 3226-0509

Luiz Alberto Amador Pereira: (11) 9279-1699, (13) 3226-0509

Anexo B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
declaro ter sido suficientemente informado sobre os objetivos da pesquisa, meus direitos de confidencialidade e de saída do estudo a qualquer momento que eu queira. Compreendi, também, que não haverá remuneração aos participantes do estudo.

Diante do exposto estou de acordo com a minha participação no estudo ou autorizo a participação de menor de idade sob minha tutela.

Local: _____ Data: ____/____/_____

Nome do Participante: _____

RG: _____

Endereço: _____

_____.

Assinatura: _____.

Nome do Responsável: _____.

RG do responsável: _____.

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: _____

Assinatura: _____

Anexo c- Questionário de qualidade de vida em adultos

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 em uma das questões, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favos, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referências as duas ultimas **semanas**. Por exemplo, pensando nas ultimas 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 se você recebeu “muito” apoio como abaixo. Últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4.

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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 |
|---|--|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | Nada | Muito Pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | Nada | Muito Pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|-----------|--|-------------|--------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| 10 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Quão disponíveis para você estão informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem Satisfeito Nem Insatisfeito | Satisfeito | Muito Satisfeito |
|-----------|--|---------------------------|---------------------|--|-------------------|-------------------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o 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(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços da saúde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | Nunca | Algumas Vezez | Freqüentemente | Muito Freqüente | Sempre |
|-----------|---|-------|------------------|----------------|--------------------|--------|
| 26 | Com que freqüência 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?

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo D - AUQUEI – Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes.

**Algumas vezes
você está muito
Infeliz? Diga por
quê?**

**Algumas vezes
você está Infeliz?
Diga por quê?**

**Algumas vezes
você está Feliz?
Diga por quê?**

**Algumas vezes você
está muito Feliz?
Diga por quê?**



Fig. 1. Faces da AUQEI.

| Diga como você se sente: | Muito Infeliz | Infeliz | Feliz | Muito Feliz |
|---|----------------------|----------------|--------------|--------------------|
| 1.à mesa, junto com sua família. | () | () | () | () |
| 2.à noite, quando você se deita. | () | () | () | () |
| 3.se você tem irmãos, quando brinca com eles | () | () | () | () |
| 4.à noite, quando você se deita. | () | () | () | () |
| 5.na sala de aula. | () | () | () | () |
| 6.quando você vê uma fotografia sua. | () | () | () | () |
| 7.em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar. | () | () | () | () |
| 8.quando você vai a uma consulta médica. | () | () | () | () |
| 9.quando você pratica um esporte. | () | () | () | () |
| 10.quando você pensa em seu pai. | () | () | () | () |
| 11.no dia do seu aniversário. | () | () | () | () |
| 12.quando você faz lição de casa. | () | () | () | () |



Fig. 1. Faces da AUQEI.

| | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 13. quando você pensa em sua mãe. | () | () | () | () |
| 14. quando você fica internado no hospital. | () | () | () | () |
| 15. quando você brinca sozinho. | () | () | () | () |
| 16. quando seu pai ou sua mãe falam de você. | () | () | () | () |
| 17. quando você dorme fora de casa. | () | () | () | () |
| 18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer. | () | () | () | () |
| 19. quando os amigos falam de você. | () | () | () | () |
| 20. quando você toma os remédios. | () | () | () | () |
| 21. durante as férias. | () | () | () | () |
| 22. quando você pensa em quando tiver crescido. | () | () | () | () |
| 23. quando você está longe de sua família. | () | () | () | () |
| 24. quando você recebe as notas da escola. | () | () | () | () |
| 25. quando você está com seus avós. | () | () | () | () |
| 26. quando você assiste televisão. | () | () | () | () |