

GONÇALVES, GLADYS HEBE TURRISSI

DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE COM ENFOQUE
NA SAÚDE, NO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC.

FLORIANÓPOLIS

MARÇO - 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA SAÚDE DO ADULTO

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE COM ENFOQUE NA SAÚDE,
NO BAIRRO DE IMARUÍ, SC.

Submetida a Banca Examinadora para obtenção do
Grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

POR

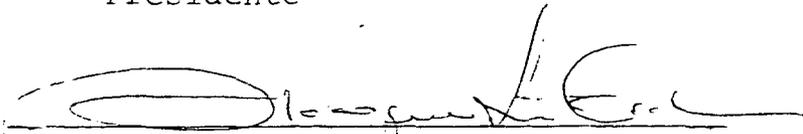
GLADYS HEBE TURRISSI GONCALVES

APROVADA EM 04/03/92



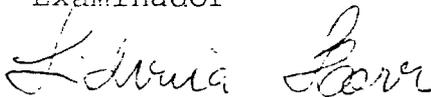
Dra. Lucia Hisako Takase Goncalves

Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Examinador



Dra. Lidvina Horr

Examinador

ORIENTADORAS:

Dra JOELLE STEFANI

(fases de elaboração do projeto e coleta de dados)

COMISSÃO ORIENTADORA:

Dra LUCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES

Dra ALACOQUE LORENZINI ERDMANN

MESTRE ELIANA MARILIA FARIA

(fases de organização e análise dos dados, e elaboração final da dissertação).

AGRADECIMENTOS

- A Profa Dra Ingrid Elsen, Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- A Profa Dra Mercedes Trentini, Vice Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- A Profa Dra Lidvina Horr, docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela inestimável colaboração e participação na Banca Examinadora deste trabalho.
- Aos demais Professores do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que direta ou indiretamente contribuíram na realização deste trabalho.
- A Dra Joelle Stefani, pela confiança, orientação e participação neste trabalho na sua primeira etapa.
- A Rosa Maria Pereira Martins, secretária do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela atenção e

disponibilidade nas providências administrativas.

- As pessoas entrevistadas, da Comunidade estudada, pela contribuição, sem a qual este trabalho não seria uma realidade.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- A Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, pela minha liberação e oportunidade para a realização deste curso.
- Ao magnífico Reitor da UNIVALI Dr. Edson Vilela.
- A Profa Maria Zófia B. Sshubert, pelo incentivo e amizade.
- A Profa Lúcia Hisako Takase Gonçalves, docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo constante interesse, incentivo, dedicação e orientação deste trabalho.
- A Profa Dra Alacoque Lorenzini Erdmann, docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela dedicação, orientação deste trabalho.
- A Mestre Eliana Marília Faria, docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo interesse e coordenação deste trabalho.

- Ao meu marido Francisco Gonçalves Filho, a quem dedico este trabalho, pelo apoio, carinho, incentivo e paciência constante.
- A minha filha Tampilis Turrissi Gonçalves pelas horas renunciadas ao seu lado, para a realização deste trabalho.
- Aos meus pais Herbert Turrissi e Elisa F. Turrissi e meu irmão Herbert Turrissi Jr., pela compreensão e estímulo.
- A Mestre Telma Magrini Brochado, pela amizade, contribuição espontânea e sugestões valiosas dada a este trabalho.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi realizar um diagnóstico de comunidade como base para as ações de saúde no Bairro Imaruí, em Itajaí, SC. O suporte teórico utilizado fundamentou-se na proposta de NOGUEIRA (1983) onde propõe um roteiro para o levantamento de "Informações Básicas para o Histórico de Enfermagem Comunitária".

A amostra foi selecionada utilizando-se a técnica de amostragem probabilística proporcional, sorteando-se domicílios de três estrados. A população total do Bairro constituiu-se de trezentos e setenta e seis famílias e adotou-se trabalhar com uma amostra de cento e vinte e nove domicílios o que representou 34% da população total.

Os dados foram colhidos por meio de entrevistas e preenchimento de um formulário na residência dos moradores sorteados.

Foram utilizados os preceitos da estatística descritiva para a análise quantitativa dos dados e os resultados obtidos demonstraram que: há um predomínio da população jovem; há uma forte migração interna no Município; há um recente aumento de

moradias; é uma população com baixo grau de instrução; há maior frequência de empregos domésticos; predomina-se a religião católica; há prevalecência dos casamentos legais; a renda familiar dos moradores atinge até dois salários mínimos; há utilização da televisão e do rádio como lazer; há predomínio da casa própria, de madeira de cinco a seis cômodos por domicílio; há instalação de luz elétrica e água encanada na maioria dos domicílios; há acondicionamento do lixo de forma inadequada; há muita incidência de insetos e roedores; há insuficiência de instalações sanitárias nos domicílios; há prevalência da verminose, pressão alta, bronquite e alcoolismo como problemas de saúde; destas doenças só fazem tratamento da pressão alta e da bronquite; há muita procura de assistência no posto de saúde do Bairro; a vacinação das crianças está atrasada; há muitas mães sem controle das gestações no pré-natal; a assistência dos partos é realizada no hospital e por parteiras; há necessidade de estimular a amamentação; a maioria das mães não querem mais filhos, mas nem todas fazem anticoncepção; e os problemas mais significativos para os moradores é a poeira e o barro das ruas, os quais seriam solucionado com o asfaltamento.

Concluindo, face aos resultados e às limitações, este Diagnóstico de Comunidade não pretendeu ser completo, porque isto seria quase impraticável, mas ser o início de um levantamento de dados que fosse continuamente completado, para se planejar e prestar uma assistência de saúde de acordo com as reais necessidades da população.

ABSTRAC

This study aim to do a community diagnostic as base for a health action in Imarui neighborhood of Itajai, SC.

The theoretical support used was based on NOGUEIRA work (1983) where she gives guidelines of "baisc informations of community nursing schedule".

Sample was selected by using the technique of proportional probability, sorting out addresses from three amount. Borough total population is around three hundred and seventy six homes and it was decided to work with a sample of hundred and twenty nine families which represents 34% from total.

We got data into their homes through sorted interview and a questionnaire.

Descriptive statistics were used for quantitative analysis of data and results showed that: There is predominance of young people; there is a great migration inside municipalit; there is en increase of house building nowadays; it is a low grade education; jobs for women are almost only housework; catolic religion is predominant; legal marriage are the most; familiar income is not above two minimum wages; television and

radio are their leisure; own wood house are predominant with five or six rooms each; there is light and running water in most of the house; garbage is not well packed; there are lots of insects and rats in the area; there are not good bathrooms; trouble health like verminosis, alcoholism, high blood pressure, bronchitis they only take care the last two disease; they go many times to the local first-aid station; children vaccination is not in order; Many mothers don't control their gestation before birth, they go to hospital for delivery and midwives do the work It's necessary to improve and increase breast-feeding; Mothers don't want Kids anymore but most of them don't take contraceptives; they think their problem are mud and mud and dust on the streets and ask for cobblestones.

To conclude, analysis the results and limitations this community did not intend to be complete for it would be impossible, but aimed to be a first step for further data searching in order to plan and give real social work in health care according to their needs.

1. INTRODUÇÃO

Em saúde Pública, quer com finalidade epidemiológica, quer com finalidade de organização e administração de serviços, são necessários certos elementos, certos dados passíveis de transformação a serviço da ciência. Estes, ao serem submetidos a determinados quefazeres, vão gerar informações. Assim, esses princípios levantados e trabalhados podem constituir base à formulação de diagnósticos de situações, pois um diagnóstico em termos de comunidade, não precisa ser completo, mesmo porque, isto é quase impraticável. Entretanto, segundo MAURO (1987), o diagnóstico deve ser útil e relacionado com trabalho de serviços de saúde que servem àquela área. Desse modo, o diagnóstico pode ser dirigido para a solução de problemas mais significativos em relação aos recursos disponíveis, ou solução de problemas indicados pela população quando questionada. GIDEON (1979), com o mesmo enfoque, refere-se ao diagnóstico da comunidade como uma avaliação desta comunidade como um todo, e visa o alcance dos seguintes objetivos: identificar problemas; estabelecer prioridades para o planejamento e resolução de problemas; e contribuir com proposições de soluções viáveis. Sugere ainda o

seguimento das etapas para a elaboração do diagnóstico de comunidade, tais como: (1) levantamento bibliográfico (dados sobre a comunidade e as técnicas indicadas para a realização do trabalho); (2) reconhecimento do campo; (3) levantamento dos dados demográficos e específicos das condições da população para avaliar até que ponto o problema identificado afeta a população ou parte dela e avaliação dos recursos disponíveis para minorar esses tais problemas; (4) identificação do comportamento comunitário para localizar grupos contra ou a favor das soluções propostas, levantar as dificuldades a serem superadas, encontrar soluções possíveis e viáveis, determinar adequação ou inadequação de outras entidades que atuam na área e definir a reorientação do sistema de saúde local; (5) elaboração do documento final do diagnóstico e do plano de intervenção com alternativa de solução a curto, médio e longo prazo.

No âmbito da saúde da população, para o reconhecimento dos problemas prioritários, todos os dados possíveis devem ser levantados, permitindo não somente a identificação dos problemas de saúde, bem como o seu dimensionamento, levando à quantificação dos mesmos e à identificação das possíveis causas determinantes.

DALLARI (1987) afirma que, no Brasil, qualquer diagnóstico baseado apenas nos indicadores sanitários tem pequena utilidade, pois já se verificou que os indicadores sanitários imprescindíveis ao diagnóstico apresentam muitas falhas, entre elas a de não revelar o nível de saúde, mas o nível de doença da população. Continua discorrendo que, pouco adianta o conhecimento dos valores de vários indicadores sanitários regionais, se é necessário a mudança do ambiente particular de cada coletividade. Assim, o autor recomenda que se façam diagnósticos locais que

permitam superar as limitações dos indicadores sanitários e identificar informações que apenas são conseguidas "in loco".

Este breve intróito tenta justificar a necessidade e importância do presente estudo acerca do diagnóstico de comunidade do Bairro Imarui, em Itajai.

A decisão da autora em bancar este estudo para a elaboração da dissertação de Mestrado, teve origem em sua vivência como professora de Enfermagem de Saúde Pública e sua responsabilidade nas praxis de extensão universitária no Posto de Saúde daquela comunidade.

A autora vem atuando no local definido para o estudo desde julho de 1983 após a enchente que ocorreu em todo o Vale do Itajai, atingindo a maioria das localidades, entre elas, o Bairro do Imarui. Naquela ocasião, algumas instituições sociais prestaram assistência às comunidades atingidas pela enchente visando suprir algumas necessidades, como alimentos, roupas, colchões e utensílios domésticos. Uma dessas instituições procedeu ao cadastramento daquela comunidade onde a população pôde expressar um quadro da realidade não só diante do flagelo, mas uma situação de miséria permanente, que requeriam um serviço de saúde efetivo mais próximo, considerando a distância mantida por outros serviços que são prestados pelo município e no mesmo. Em oito meses fora instalado um Posto de Saúde no Bairro, cujas atividades de enfermagem ficaram sob a supervisão da autora. Este Posto de Saúde e a comunidade servida, também se tornaram campo de estágio de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem e Obstetricia do Vale do Itajai (FEOVI).

Atualmente, o Posto de Saúde está sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Itajai e da UNIVALI.

A Prefeitura se responsabiliza pela contratação de dois atendentes de Enfermagem, de um médico, fornecimento de medicamentos, materiais de consumo, permanente e de expediente necessários ao seu funcionamento.

A responsabilidade da UNIVALI está na manutenção dos serviços de extensão como pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, pediatria, vacinação e visitas domiciliares, através da atuação de seus professores da Faculdade de Enfermagem.

A princípio, a prioridade da assistência visava a comunidade no próprio Bairro, porém, com o tempo, devido à demanda crescente, em função da procura por pessoas de outros Bairros distantes, a tendência dos serviços oferecidos pelo Posto foi se desvirtuando. Conseqüentemente, deixou-se de dirigir as ações para a comunidade como um todo, bem como de realizar, sistematicamente, avaliações das necessidades básicas da comunidade, conforme as propostas iniciais. Na ânsia de retornar as diretrizes originais, o grupo de trabalho, que inclui a autora do presente estudo, buscou informações junto ao banco de dados, oriundos do controle estatístico dos Postos de Saúde sob responsabilidade da Prefeitura Municipal de Itajaí, mas verificou que os mesmos eram insuficientes e não atentavam para as características, necessidades, problemas, condições econômicas, sociais e culturais peculiares a cada comunidade podendo subsidiar a formulação de um diagnóstico específico e útil ao planejamento de ações.

Frente a esta situação, vislumbrou-se então, a oportunidade de organizar um trabalho de comunidade no Bairro Imarui, na cidade de Itajaí, partindo de um diagnóstico subsidiário do mesmo.

Encontrou-se na literatura, o respaldo da responsabilidade e a capacidade do profissional enfermeiro na realização de diagnóstico de comunidade, como qualquer outro profissional da saúde, conforme os escritos encontrados em OPAS e OMS (1976), (1978), (1978), SOBREIRA (1981), NOGUEIRA (1984) e MAURO (1987).

Assim, pautada na convicção de que o presente, estudo diagnóstico averia de contribuir na formulação segura de ações programáticas que favorecesse: a vinculação entre a assistência prestada, suas reais necessidade e problemas do individuo, familia comunidade; a utilização, dos recursos disponíveis da própria comunidade com maior eficácia; e a valorização da saúde comunitária como um processo direto para o desenvolvimento da cidadania entre as pessoas na coletividade; selecionou-se o presente, estudo do qual decorreram os objetivo:

GERAL

- Estabelecer um diagnóstico da situação de saúde da comunidade do Bairro Imaruí, em Itajaí, Estado de Santa Catarina.

ESPECIFICOS

- Identificar a estrutura da população, segundo determinados fatores como: sexo, idade, naturalidade, nacionalidade, escolaridade, condições socio-econômicas e outros fatores de interesse para Enfermagem;

- Descrever as características domiciliares e sanitárias;

- Identificar as enfermidades e os riscos mais importantes, como os grupos de individuos mais vulneráveis;

- Identificar as necessidades sentidas pela população e as necessidades reais.

1.1. Definição de Termos

1.1.1. Comunidade

Por comunidade entende-se um grupo humano, residente em uma área geográfica determinada, com valores, padrões culturais e problemas sociais comuns, compartilhando em graus variáveis das características políticas, económicas, sociais e culturais, dos interesses, das aspirações e das condições de saúde, AGUDELO (1983) e OMS (1978).

1.1.2. Diagnósticos de Comunidade

E entendido por uma apreciação da situação da comunidade, através do levantamento de problemas, de necessidades, de expectativas, de recursos, das condições sociais, económicas, culturais e das condições de saúde, para fornecer ao pessoal da saúde as informações necessárias ao desenvolvimento dos programas de saúde, adaptados às necessidades da comunidade, CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFACE (1978).

1.2. Suporte Metodológico

O suporte metodológico deste estudo fundamenta-se na proposta de NOGUEIRA (1983), na qual a autora propõe um roteiro para o levantamento de "Informações Básicas para o Histórico de Enfermagem Comunitária", composta de:

I - IDENTIFICAÇÃO:

- Nome da comunidade;

- Localização geográfica;
- Constituição da população: número de pessoas, densidade, grupos etários: por sexo, por nacionalidade, naturalidade e procedência, ocupação, religião, nível econômico e de instrução.

II - CONDIÇÕES DE VIDA

- Habitação, locais de trabalho, estudo, etc. (lixo, água, dejetos, animais, aeração, insolação, limpeza, tipos de locação, etc.).
- Condições de saúde pregressas e atuais (indicadores de saúde globais e específicos, por grupos etários e por sexo).
- Hábitos de vida e recursos disponíveis: alimentação e hidratação (tipo, fontes, tratamento caseiros, tabús, etc.).
- Vida afetiva e social (características das famílias e outros grupos, inter-relacionamentos existentes).
- Recursos educacionais, previdenciários, de saúde, etc. (existentes na comunidade e uso).
- Orçamento das famílias, padrões culturais, crenças e valores, etc.
- Hábitos comunitários relativos à higiene corporal: sono, repouso, recreação, controle de saúde (tipo, recursos que a comunidade oferece e uso que ela faz, etc.).
- Renda global, produções econômica da região, organização polica e social, etc.

III - NECESSIDADES SENTIDAS

- Problemas atuais que preocupam a comunidade,

relacionados às suas necessidades, como se pretende resolve-los, e quais os recursos já utilizados para tanto.

O objetivo desta proposta, segundo NOGUEIRA (1983), é propor um modelo aplicável à Enfermagem Comunitária, já que as experiências e a literatura são escassas para guiar esse tipo de assistência. Complementa "pode ser aplicado a nível individual, mas com enfoque familiar e comunitário, por meio das consultas de enfermagem; a nível familiar, por meio de visitas domiciliares; a nível comunitário, na organização de serviços de saúde ou de comunidades".

Neste estudo procurou-se fazer o levantamento dos para se realizar o Diagnóstico de Comunidade, a nível familiar, por meio de visitas domiciliares, utilizando a técnica de entrevistas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O presente capítulo tem a finalidade de apresentar a literatura referente a: (a) Diagnóstico de comunidade e a Enfermagem; (b) Retratação da população como base para as ações de saúde.

2.1. Diagnósticos de Comunidade e a Enfermagem

De acordo com o CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE (1978), Diagnóstico de Comunidade representa uma apreciação da situação de uma comunidade quanto aos seus problemas, necessidades, recursos, suas tradições e sua história, antes de se por em obras as atividades de saúde, não se limitando a um instantâneo da situação atual, mas completando pouco a pouco, as informações e seguindo sua evolução.

Comunidade é definida por AGUDELO (1983) como "um grupo humano residente em uma área geográfica determinada, com valores, padrões culturais e problemas comuns...". E os escritos da OMS (1979), complementam esta definição, afirmando que "seus membros compartilham em maior ou menor grau, características políticas, econômicas, sociais e culturais, bem como interesses e

aspirações, inclusive a saúde". Acrescentam, ainda que "as dimensões e o perfil sócio-econômico das comunidades variam amplamente, deste um aglomerado de propriedades isoladas, até povoações mais organizadas, cidades e distritos urbanos".

Diagnóstico de comunidade ou Estudo de Comunidade, conforme NOGUEIRA (1977) prefere nominar, tem sido referido pelos autores com diferentes terminologias.

NOGUEIRA, O (1977) utiliza-se do termo "Estudo de Comunidade", pelo fato de, na literatura sociológica mais recente, assumir o sentido de estudo de um grupo local, de base territorial, integrado numa mais ampla e complexa estrutura social, de que é tomado como amostra para o conhecimento de determinadas situações ou problemas.

A "avaliação das condições sanitárias gerais da comunidade" para ACUNA (1977), seria conhecer as condições habituais de vida das comunidades, a extensão da pobreza, as condições deficientes do ambiente, a vida insalubre, os recursos disponíveis, as necessidades, os interesses comuns. Representa o primeiro passo para capacitar, tanto os profissionais como a população na troca de atitudes e de comportamentos essenciais a qualquer empreendimento eficaz. Isto é, o intercâmbio de idéias entre profissionais e comunidade promove a harmonização dos pontos de vista e as ações estratégicas em favor de programas para a comunidade.

Autores como SOBREIRA (1981) e CAMARA (s.d.) se refere ao "Diagnóstico do Nível de Saúde da Comunidade" como atividade também pertencente à prática do enfermeiro. E compreende o conhecimento da estrutura e dinâmica da comunidade, das pessoas influentes nas tomadas de decisão, identificação dos recursos

mateirais e humanos e levantamento dos problemas de saúde existentes. Acrescenta NOGUEIRA (1983) "que, por isso, demanda pesquisa que levante, inicialmente, as expectativas da comunidade, a qualidade e quantidade de recurso a serem requeridos para a assistência de enfermagem".

NOGUEIRA, J. (1983) acredita que a "Análise das características da comunidade" e o "Diagnóstico de Enfermagem a nível comunitário" são possíveis de se realizar através do Histórico de Enfermagem Comunitária. As informações básicas necessárias para o histórico, segundo a autora, podem ser classificadas em: dados de identificação, das condições de vida e das necessidades sentidas.

Outro autor como NOGUEIRA, O (1977) evidencia a importância dos estudos de comunidades também para os planejadores, administradores, políticos, homens de gabinetes, habitantes locais e a toda população um quadro realista da vida dos pequenos aglomerados do interior, mostrando seu lado dramático e humano, seus problemas e suas dificuldades, suas condições reais e suas aspirações, seus recursos e sua experiência.

Observa-se que os autores mencionados possuem um posicionamento semelhante quanto à questão do Diagnóstico de Comunidade. Enfatizam o levantamento dos problemas, necessidades, expectativas, recursos da comunidade e consideram importante ter conhecimentos à cerca das condições de saúde, condições sócio-econômicas e culturais para a viabilização de qualquer programa em prol da comunidade.

A responsabilidade da enfermagem comunitária ligada ao diagnóstico da comunidade encontra apoio em autores como SOBREIRA

(1981), NOGUEIRA (1983) e OPAS/OMS (1978), (1976), que enfatizam a identificação das necessidades de saúde, o trabalho com o pessoal, a organização de serviços de enfermagem acessíveis à comunidade e avaliação da saúde integral do indivíduo, família e comunidade, incluindo os hábitos, crenças e formas de vida que incidem em sua problemática de saúde.

O MINISTERIO DA SAUDE, (1977), em seu documento sobre a assistência da enfermagem planejada ao indivíduo, família e comunidade, também atribui importância e condição necessária à "identificação das características sócio-econômico-culturais e de saúde da comunidade" para assegurar a satisfação das necessidades reais.

Na visão de CAMARA (s.d.), o enfermeiro possui um grande potencial para assumir responsabilidades e funções mais diretas na prestação de assistência comunitária. Ele deverá, continuamente, fazer o diagnóstico do nível de saúde do indivíduo, família e comunidade, e também tomar decisões nas situações que exijam discernimento para a execução das soluções indicadas.

Desde 1978, a OMS (1979) assumiu, como principal meta, "o alcance da saúde para todos os cidadãos até o ano 2000". A partir deste compromisso, considerou-se necessário a redefinição dos objetivos, a reformulação dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, a mudança de atitude dos profissionais de saúde em função desta meta. Assim, a redefinição da enfermagem colocou como funções da enfermeira a atenção centrada nas necessidades da comunidade, apoiando sua própria capacidade e auto-desenvolvimento para participar ativa e conscientemente na solução de seus problemas.

Como resultado estão enquadrados dentro da prática da enfermagem: os grupos mais vulneráveis e de alto risco, as condições existentes na comunidade que possam constituir uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento, tais como: a pobreza, desnutrição, falta de saneamento e de água potável, bem como os recursos próprios da comunidade.

Portanto, uma análise da população a servir é essencial para determinação dos conhecimentos e habilidades, que o novo papel da enfermagem requer dos seus profissionais.

Com respeito a pesquisas em Enfermagem sobre estudos ou diagnósticos de comunidade, sua identificação tornou-se dificultosa, devido a variada terminologia adotada pelos autores. Consultando a revisão de literatura desenvolvida por NOGUEIRA (1985), sobre pesquisas em enfermagem comunitária no Brasil e no Exterior, no período de 1979-1984, a autora identificou 56 pesquisas nas coleções de "Pesquisas e Pesquisadores em Enfermagem" do CEPEN e assim as classificou: assistência de enfermagem comunitária em número de 40; administração de serviços de enfermagem comunitária 8; ensino de enfermagem comunitária 7; e pesquisa em enfermagem comunitária 1.

No levantamento para avaliar a situação da pesquisa em enfermagem comunitária a nível Mundial, NOGUEIRA (1985) cita o estudo feito por HIGHRITER em 1977. Neste estudo, foram analisadas as pesquisas publicadas em Inglês, entre 1972 e 1976, nos Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Austrália, Haiti, Índia, Israel, Jamaica e Venezuela. Esse estudo mostrou que num total de 115 pesquisas, 75 tinham sido produzidas nos Estados Unidos, 24 nas Ilhas Britânicas, 10 no Canadá e 1 em cada um dos países restantes. Os temas mais tratados referiam-se a: avaliação e

descrição dos serviços; determinação das necessidades da clientela; educação em enfermagem comunitária e atitudes profissionais.

Nesta revisão, pode-se notar que é difícil identificar com segurança, em que grupos classificatórios se incluem os estudos de comunidade, principalmente entre as pesquisas nacionais. A dificuldade na identificação desta categoria de estudo pode ser atribuída, em parte, pela diversidade terminologia usada em publicações, conforme a discussão anterior. Porém, outro motivo pode ser a possível atribuição dos estudos de diagnóstico de comunidade por seus autores, como um relato de experiência prática, dada a sua finalidade e publicados não pertencentes à categoria de pesquisa.

2.2. Caracterização da População como Base para as Ações de Saúde

Alguns dados são importantes para a caracterização de uma população. Aborda-se aqui, aspectos demográficos, econômicos, sociais e de saúde da população em geral, que podem contribuir para caracterizar e formular um diagnóstico de comunidade.

2.2.1. Características Estruturais e Demográficas da População

Ao se estudar uma comunidade, tem que se enfatizar a questão populacional que mundialmente, tem ocorrido na faixa de 2% ao ano, sendo o Brasil, na faixa de 2,5%, segundo LANDMAN (1978). Muitos estudiosos tendem a atribuir importância à relação população e tamanho territorial, e não à questão da densidade, afirmando que a densidade da nossa população é ainda bastante

Baixa.

GEYNDT (1983) chama a atenção quanto ao aumento anual da população periurbana pobre no Brasil, que é de aproximadamente, 5 a 6%, variando segundo as cidades. Parte deste aumento, pode-se atribuir ao crescimento natural das áreas pobres, e, a outra, a migração de áreas. O crescimento urbano, devido a migração entre 1960-1970 no Brasil foi de 40,5% para 43,0%. A julgar pela tendência demográfica no ano 2000, a metade da população mundial viverá em cidades. E, nos próximos decênios, a atenção primária de saúde nas cidades se converterá em um problema ainda mais angustiante.

"Em 1980, 60% da população situava-se em centros urbanos, podendo estimar que, no ano 2000, teremos mais de 60 milhões de habitantes nas cidades", complementa o GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR DE SAUDE (1985).

Com relação a esta problemática, GEYNDT (1983) revela que na cidade do México, em 1979, "30% dos pobres viviam com 9 ou mais ocupantes no domicílio; 21% com 4 a 6 pessoas e 10% com uma a 3 pessoas por domicílio", sendo que, 13% do total dessas unidades possuíam piso de terra.

Sálienta ainda que a necessidade absoluta de moradia cresce muito rapidamente nas áreas urbanas. A disponibilidade de terrenos para as habitações é quase exclusivamente um problema urbano, e a iniciativa individual para a construção de moradias enfrenta grandes obstáculos nas zonas metropolitanas, onde para superar a escassez, são necessárias medidas de caráter público ou coletivo.

Ainda sobre a questão de moradia, MINAYO (1986) chama a atenção para outro aspecto da população trabalhadora que, na

tentativa de sobreviver com 1 (um) ou 2 (dois) salários mínimos, busca escapar do aluguel, construindo sua casa própria num lote longe do centro da cidade. Porém, se não gastam mais com o aluguel, passam a gastar mais na condução para o trabalho. Enquanto a casa está sendo construída, geralmente pelo chefe da família nos fins de semana, toda a família é obrigada a suportar sacrifícios decorrentes da construção os gastos com terreno e material acabam tirando grande parte do salário utilizado para a alimentação e, "aumentando o trabalho além das 48 horas por semana, diminuindo os gastos com alimentação e com pouco tempo para descansar, os trabalhadores e suas famílias começam a ter problemas com a saúde", enfatiza o autor referido acima.

Apesar deste grande esforço individual da população para adquirir sua casa própria, cerca de 45% das moradias no País, não apresentam condições mínimas de infra-estrutura sanitária, ou seja, 55 milhões de habitantes da área urbana não possuem esgoto sanitário e, na área rural, só 5% tem esse serviço, segundo COSTA (1986).

Transpondo esta realidade para a Região Sul, MINAYO (1986) mostra que, em 1983, 58,2% da área urbana possuía instalação sanitária e da área rural 13,5%, e quanto à rede de água, na área urbana era de 85%, sendo que na área rural era de apenas 6%.

Ainda salientado por GEYNDT (1983), o problema de moradia e a invasão ou uso dos terrenos estão relacionados com a questão do transporte, abastecimento de água potável e a provisão de instalações sanitárias. As grandes áreas metropolitanas dos países em desenvolvimento têm carecido ainda dos recursos, da vontade política e da capacidade administrativa necessária para

uma solução integrada dos problemas das comunidades pobres.

O "Perfil Epidemiológico do Município de Itajaí", elaborado pela SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL (1988), (1989) mostra uma realidade na qual as áreas periféricas do município são ocupadas por bairros de classes populares mais pobres, tendendo a desorganizar-se urbanisticamente, à medida em que avançam mais para a periferia. Cita que nos últimos anos, o município vem sofrendo um crescimento acelerado e desordenado, principalmente nas áreas periféricas e vem apresentando uma grande população flutuante. Afirma ainda que "na área central, a grande maioria das casas são de alvenaria e madeira, já, na periferia, as habitações são do tipo barracos, aglomerados sob forma de cortiços. Verifica-se às margens dos Rios Itajaí-Açú e Itajaí-Mirim, grandes aglomerados de casebres, caracterizando verdadeiras favelas em fase de expansão".

A população do município de Itajaí foi estimada em 140.000 habitantes para o ano de 1989, distribuída em 94,4% na área urbana e 5,6% na área rural, para um crescimento anual estimado em 6%, caracterizando, assim, um acentuado crescimento demográfico.

Não há rede coletora de esgoto, nem sistema de tratamento único. O tratamento limita-se à fossa séptica e sumidouro. A cidade é servida de água na área urbana, pela Companhia Catarinense de Água e Saneamento (CASAN). O lixo é coletado diariamente nas áreas centrais e alternadamente, nas áreas periféricas.

Constatou-se uma alta concentração populacional na área urbana, configurando a tendência do êxodo rural, onde a população feminina desta é inferior 46,91% à masculina 53,05% do total de

6.000 habitantes, e na área urbana 50,45% de mulheres para 49,54% de homens do total de 102.001 habitantes.

Nos países em desenvolvimento, onde o processo de urbanização é recente, o abastecimento de água e esgoto, quando existentes, atingem primeiramente os centros urbanos, onde reside a população com maior poder econômico. E de acordo com DALLARI (1987), "a população mais pobre dos países em desenvolvimento, que têm, em geral, menor nível educacional, é a que não recebe água filtrada em seu domicílio, e cujo o esgoto não é recolhido pela rede pública para tratamento". E assim, o nível de instrução da população reflete-se nas atividades de educação sanitária que são fundamentais para a conquista da saúde. Sabe-se que um indivíduo alfabetizado aprende com maior facilidade os programas de educação para a saúde e o trabalho.

MINAYO (1986) afirma que o índice de analfabetismo é de 23% no País, sendo que muitos dos considerados alfabetizados não conseguem ler nem escrever.

Em relação ao Município de Itajaí, a SEECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL (1988), (1989) diz que o município possui 142 escolas com 36.710 alunos, sendo que apenas 1/4 dos que entram no 1º grau consegue terminar o 2º grau, caracterizando assim uma grande evasão escolar do 1º para o 2º grau. Atribui-se várias causas, entre elas tem-se: o abandono por desinteresse; necessidade de auxílio na renda familiar; desmotivação por parte de escola e pouco interesse por parte dos pais.

COSTA (1986) também retrata esta realidade dizendo que menos de 50% das crianças que ingressam nas escolas chegam à 2ª série do 1º grau. Este índice sobe para 80% em alguns estados do Nordeste.

Cabe mencionar que o Plano de Ação Mundial sobre População, segundo a OPAS (1984), deixa claro que se as nações são soberanas para definir as políticas de acordo com a necessidade de cada país, devem respeitar em sua aplicação, a dignidade do indivíduo, o respeito à personalidade humana, inclusive sua livre determinação, de acordo com as normas universais reconhecidas pelos direitos humanos.

2.2.2 Características Sócio-Econômicas da População

Os efeitos da economia centralizadora vêm agravando as condições de vida e de saúde da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros agravos à saúde.

Os bens e serviços de que precisa o trabalhador para reproduzir a sua força de trabalho, como alimentos, moradia, vestuário, e transporte são comprados com o salário.

A melhoria das condições de vida da população só poderá advir de uma política econômica socialmente que permita uma qualidade de vida mais adequada à maioria da população.

Segundo STOTZ (1986), "todo trabalhador brasileiro sabe, perfeitamente, o que significa ter ou não carteira profissional, sobretudo na hora de reclamar seus direitos. A carteira é assim o documento que registra o tempo em que o trabalhador coloca sua capacidade de trabalho a serviço do patrão". Essa capacidade de trabalho, que pode ser mais ou menos qualificada, é o que se chama força de trabalho.

COSTA (1982) comenta que o indivíduo, ao migrar para as cidades permite que sua força de trabalho penetre em geral por

uma via não qualificada, uma vez que lhe é difícil romper uma situação socialmente determinada e se vê submetido à mais intensa exploração e desgaste de energia física.

No documento "Perfil Epidemiológico do Município de Itajaí", a SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL, (1988), enfatiza que "a população urbana de Itajaí emprega sua força de trabalho em indústrias de manufaturas, pesca, comércio de mercadorias, construção civil, atividades portuárias e repartições públicas". É semelhante ao comentário de COSTA (1982), quando diz que para os que conseguem empregar-se nas cidades passam a desempenhar ocupações manuais não especializadas, sem possibilidade de projeção, e geralmente absorvidos pela construção civil ou qualquer outra atividade do comércio ambulante, serviços pessoais, entre outras de baixa qualificação.

GEYNDT (1983) complementa, que o trabalhador urbano não especializado é cada vez mais pobre à medida em que aumenta seu número, e são mais pessoas a competir pelos locais de trabalho, tendendo assim, baixar os salários.

De acordo com o censo de 1980 e análise do GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR DE SAUDE (1985), "67% da população economicamente ativa ao auferem rendimentos iguais ou inferiores a 2 (dois) salários mínimos". Realidade esta retrata o município de Itajaí, onde "cerca de 70% percebem renda de até 3 salários mínimos, 15% de 3 a 5 salários mínimos e 15% acima de 5 salários mínimos", de acordo com a SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL (1989). Outro lado relevante foi quanto a população economicamente ativa do município, que é inferior à população economicamente ativa. Dados do IBGE de 1983 indicam que "47,5% da população economicamente ativa tem rendimento de 0 a 1 salário mínimo e 82%

ganham de 0 a 3 salários mínimos. E o Brasil, apesar de ser a 8ª potência capitalista, possui ainda a pior distribuição de renda do mundo, de acordo com MINAYO (1986).

Transferindo esta questão de renda para a Região Sul, COSTA (1986), mostra que, em 1984, a população sulista era composta por 43% ganhando de 0 a 1 salário mínimo, 24% ganhando de 1 a 2 salários mínimos, 21% de 2 a 5 salários mínimos e 10.6% ganhando 5 ou mais salários mínimos. Chama a atenção para a queda cíclica que vem sofrendo o salário mínimo no Brasil, onde "em março de 1986, seu valor real equivalia à metade do valor de 1940", evidenciando, assim, além da concentração de renda para uma pequena parte da população, a perda substancial do poder de compra dos assalariados, principalmente das camadas de menor renda. "Como consequência dessa perda, a cesta básica de alimentos necessários ao sustento de uma família de 4 pessoas, custava ao trabalhador, em 1940, o equivalente de 27% de sua jornada mensal de trabalho, o que em março de 1986, passou a equivaler a 73%".

Os trabalhadores que ganham até 1 salário mínimo, têm uma vida média 15 anos menor do que desfrutam os que ganham mais de 5 salários, de acordo com MINAYO (1986). Cita um estudo realizado na França, relacionando mortalidade infantil a categoria profissional do pai, onde constata que no período de 1966 a 1970, a mortalidade dos filhos dos pais operários não qualificados foi 2,5 vezes maior que a mortalidade dos filhos de profissionais liberais.

LANDMAN (1978) também relata que em 1975, através de uma comparação feita em 105 nações do mundo tomando como índices, a renda per capita, a expectativa de vida e a mortalidade

infantil, mostrou uma correlação linear entre estas variáveis. Além de que países com renda per capita entre 2.000 e 5.600 dólares, apresentavam no sexo masculino, uma esperança de vida entre 62 e 72 anos, enquanto países com renda per capita entre 50 a 175 dólares tinham, no mesmo sexo, uma esperança de vida em torno de 25 anos.

Outro estudo feito pelo Departamento de Saúde dos Estados Unidos, sobre a saúde de pessoas entre 45 - 64 anos, de acordo com a renda familiar mostrou que nas famílias com renda per capita abaixo de 3.000 dólares anuais, a perda anual de dias de trabalho, os dias confinados no leito, a limitação total de atividades, era de 2 a 8 vezes maior do que pessoas cujas famílias tinham renda per capita acima de 10.000 dólares, segundo LANDMAN (1978).

O referido autor mostra que em São Paulo, entre 1960 a 1965, houve aumento real do salário mínimo do país vindo corresponder a um declínio da mortalidade infantil, e que o achatamento salarial entre 1965 a 1970 provocou aumento dos índices da mortalidade infantil.

Ao relacionar a esperança de vida ao nascer com renda mensal familiar, COSTA (1986) afirma que no Brasil, quem ganha até um salário mínimo viveria até 54,8 anos; mais de 1 a 2 salários mínimos até 59,5 anos; mais de 2 a 5 salários mínimos até 64,0 anos e mais de 5 salários mínimos, até 69,6 anos.

Na questão do lazer, sabe-se que a televisão e o rádio exerce o papel predominante na população, porém é notório a escassa contribuição que os nossos programas de rádio e televisão trazem sobre os aspectos informativos a respeito de nutrição, higiene, cuidados infantis, enfim a respeito de uma educação para

a saúde.

Nos Estados Unidos, estudo feito pelo New England Medical Journal em 1972, citado por LANDMAN (1978), demonstra que 7,2% da programação era dedicada a problemas de saúde, e 30% ofereciam algo de proveitoso enquanto os outros 70% eram constituído de material inadequado e até nocivo à saúde. Isto, considerando os Estados Unidos um país desenvolvido, porém no Brasil a situação é pior ainda, segundo o mesmo autor, pois "para um ou dois enlatados protagonizados por figuras do médico, temos apenas raros programas que objetivam mais uma promoção pessoal do que uma informação séria e honesta". Entretanto, um exemplo promissor é observado na África Ocidental, onde através de programas de rádio a "Flying Doctor Service" irradia conselhos de saúde a uma população de mais de 350.000 escolares.

Enfim, estudos epidemiológicos mostram que a ausência de lazer influi na saúde mental da população, que convive juntamente com condições precárias de habitação, pobreza e deficiências nutritivas entre outras que também contribuem para um aumento das doenças mentais, conclui LANDMAN (1978).

2.2.3. Características sobre a Saúde do População

A OPAS (1984) preconiza que para o planejamento das ações de saúde deverá ser levado em conta as características demográficas, sociais e econômicas da população.

O setor saúde é um dos mais afetados pela política econômica em nosso País. As condições de saúde são consideradas insatisfatórias, de acordo com o GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR DE SAUDE (1985): há uma disparidade entre o quadro sanitário e o estágio de desenvolvimento econômico atingido pelo país; pelas acentuadas disparidades regionais e, entre os grupos

populacionais, no que se refere ao risco de adoecer e morrer.

A evolução da saúde da população, tem passado por três etapas, segundo GEYNDT (1983), como: "uma etapa de enfermidades infecciosas e desnutrição; uma etapa e enfermidades crônicas; e uma etapa de patologia social e ambiental". Os países industrializados têm passado por estas três etapas no curso de mais de cem anos, e os países em desenvolvimento encontram-se, simultaneamente, nas três etapas, com recursos infinitamente menores para enfrentar todas as dificuldades ao mesmo tempo.

Assim, verifica-se uma participação significativa das chamadas doenças modernas, ou seja, distúrbios cardíco-vasculares, neoplastia, doenças profissionais, acidentes de trabalho, violência, etc.; sem, entretanto, ter-se resolvido as doenças da pobreza como: tuberculose, malária, chagas, desnutrição, e também as doenças diarréicas da infância, ligadas a desnutrição, conseqüências das más condições de habitação e saneamento básico. Excluindo as doenças infecciosas e parasitárias, principalmente as diarréias, os problemas de gestação e parto são também preocupantes, nos quais predominam o crescimento fetal retardado, a má nutrição fetal e a prematuridade, estando, os mesmos diretamente relacionados à mortalidade infantil.

COSTA (1986) informa que no "Nordeste, 40% das mortes em menores de 1 ano são devidas às diarréias e, no Sudeste, 41% dessas mortes referem-se a problemas gestacionais e de parto". Salaria que aos problemas ligados à gestação e ao parto é sabido que uma diminuição das mortes por essa causa implicaria em um maior e melhor acesso aos serviços de saúde, pois o atendimento pré-natal é um procedimento capaz de durante o período gestacional, detectar precocemente e solucionar muitos problemas

que levam ao óbito.

A SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL (1988), (1989), ao analisar o coeficiente de mortalidade infantil segundo as principais causas no Município de Itajai, entre 1980-1985, através de informações da secretaria de saúde de Santa Catarina, observaram a "predominância de óbitos por afecções originárias no período pré-natal, ligados a condições de parto e fatores exógenos. Esta causa perfaz 36,3% do total de óbitos, justificando, desta forma, a implantação urgente do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança em todos os serviços".

Os dados do IBGE relativos ao atendimento pré-natal no ano de 1981 indicam que 43,5% das mulheres que tiveram filhos no Nordeste não tiveram acesso a nenhum atendimento pré-natal. Já no Sudeste, apenas 12,8% das mulheres grávidas não obtiveram atendimento e, aproximadamente metade das mulheres brasileiras que tiveram filhos, com renda familiar inferior a 1 salário mínimo, não recebeu nenhum tipo de atendimento ao darem à luz, sendo que 98% das mulheres, com renda familiar acima dos 10 salários mínimos foram acompanhadas; segundo COSTA (1986).

Para a OPAS (1984), outro problema de saúde derivado diretamente da fecundidade é o aborto induzido cuja a importância e gravidade se estima como muito séria, apesar de que a maioria dos países não dispõe de dados fidedignos. E nos países nos quais não existe fácil acesso ao planejamento familiar, não se permite o aborto, que acontece de forma clandestina, com altos riscos para a saúde e a vida da mulher. Enfatiza que o tratamento das complicações do aborto induzido acabam ocupando as camas obstétricas e competindo com a atenção de partos normais, além de

constituírem uma carga económica para os serviços de saúde.

Com relação ao planeamento familiar, como o praticado até o momento, para LANDMAN (1978) não trouxe nenhuma perspectiva de um controle populacional efetivo. Cita como exemplo o caso da Índia que foi um dos primeiros países a aceitar o planeamento familiar como programa prioritário e que após 20 anos, o crescimento de sua população continua no mesmo nível. Uma das razões para esse fracasso é a de que os métodos utilizados para esse planeamento do crescimento da população, orientados por clínicas, universidades, instituições de médicos, não produzem motivação social ou individual, que costumam ser tanto maiores quanto melhor o nível de vida da população.

Outros dados da OPAS (1984), mostram que o uso de anticoncepcionais na América Latina alcança 33% das mulheres casadas ou que vivem junto com um companheiro. Entretanto, existem 40% de mulheres que declaram não desejar mais filhos e que não usam anticoncepcionais. Faz menção ainda que existem países da América Latina, como Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Guatamala, México, Perú entre outros, que têm explícitas suas políticas de redução da população com ações do planeamento familiar ligadas ao setor saúde e atividades de educação e informações à população. Já os governos da Argentina, Bolívia, e Chile têm políticas explícitas para aumentar a taxa de crescimento. O Brasil, Cuba, Equador, Haiti, Honduras, Nicarágua, Panamá não têm políticas explícitas a respeito do crescimento populacional, porém possui programas de planeamento familiar, com apoio governamental cujo os objetivos não são demográficos mas de saúde.

Quanto menor é o grau do desenvolvimento global da

população maior será a necessidade de mais e melhores estruturas de apoio para ajudar as pessoas e grupos no cuidado de sua saúde.

PILON (1986) cita que uma dessas estrutura de apoio seria a educação, pois, quando o individuo está ciente de que algo lhe falta, a tendência natural será ir em busca do equilíbrio dessa necessidade através da ação. Esta ação será fruto dos seus conhecimentos, crenças, valores e habilidades, porém, dependerá também da organização social e estratégias para a exata canalização. A educação e a politica dos países devem oferecer as condições para que os direitos humanos sejam universais, ainda que relativos e limitados.

LANDMAN (1988) coloca que, as vezes, é difícil de separar na questão de saúde ao que se deve à ignorância ou ao estado sócio-econômico do individuo, salientando o que fica difícil quando estes dois aspectos caminham juntos. Diz que a ignorância exerce um papel indiscutível na disseminação de doenças e exemplifica citando a higiene inadequada das famílias, as imunizações deficientes ou não utilizadas e os padrões nutritivos errôneos no que concerne à mãe e a infância.

A SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL DE ITAJAI (1988), (1989) analisou a questão de cobertura vacinal do Município e verificou uma alta incidência de doenças preveníveis por imunização. Enfatiza que "a cobertura vacinal vem aumentando gradativamente a cada ano, porém ainda não atingiu índices seguros, principalmente com a 3ª dose Triplice e Sabin que se encontra em níveis bem abaixo do esperado".

Com relação à mortalidade hospitalar, os mesmos dados indicam uma alta incidência de doenças respiratórias e diarreicas na população infantil, atribuindo à causa as condições climáticas

e sócio-económicas da população.

Segundo COSTA (1986) o contexto sanitário de nossa população é grave, preocupante e em alguns aspectos complexo, pois, quando escapam de morrer de fome, diarreia, pneumonia na infância ou das doenças preveníveis por imunizações, provavelmente serão, enquanto força de trabalho, atingida pela violência cotidiana ou pelas doenças ditas de países desenvolvidos.

Enfim, tomando como base a VIIIª CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE (1986), para se ter saúde, implica garantir ao indivíduo: trabalho em condições dignas, educação e informação plenas, qualidade adequada do meio ambiente, transporte seguro e acessível, repouso, lazer, segurança, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde em todos os níveis. Esta garantia significa que o Estado deve: proporcionar a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade; e assumir, explicitamente, uma política de saúde integrada às demais políticas económicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-los.

3. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a descrição das características e do desenvolvimento do estudo, incluindo tópicos como: tipo de pesquisa, local da pesquisa, população e amostra, aspectos éticos, técnica e instrumento de coleta de dados, validação do formulário, pré-teste do formulário e treinamento da entrevistadora, procedimentos de coleta e análise dos dados.

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de Nível I que segundo BRINK e WOOD (1983) o pesquisador tem pouco ou nenhum conhecimento do objeto em estudo. As variáveis não são conhecidas, e o estudo não apresenta hipóteses. Os métodos utilizados podem ser a observação não estruturada, entrevistas e questionários semi-abertos, e a observação participante. Tem como objetivo descrever e classificar o objeto de estudo. A análise é feita através dos conteúdos encontrados e os resultados são descritos, conceituados e/ou categorizados.

3.2. Local de Pesquisa

O local selecionado para a pesquisa foi o Bairro Imaruí, localizado à margem direita do Rio Itajai-Açu, na cidade de Itajai, Bairro Imaruí compreende o Imaruí de Dentro e Imaruí de Fora. Delimitam-se ao Norte com Rio Itajai-Açu; ao Sul, com o Parque Industrial da CORENA; a Leste, com o Parque Industrial da CORENA e Rio Itajai-Açu; e a Oeste, com Rua Leodégario Pedro Silva.

No início da coleta de dados, em agosto de 1988 esta comunidade era composta por 376 domicílios, num total aproximado de 2.100 habitantes. Entretanto, tem havido constante crescimento, observado pelo surgimento de novas casas e barracos em direção ao mangue do Rio Itajai-Açu. É sabido também que ela é sujeita a frequentes inundações por enchentes e pela maré alta do Rio Itajai-Açu.

Atualmente em um posto de saúde, desenvolve-se atividades educativas e assistências, através do estágio das disciplinas de Enfermagem de Saúde Pública, Pediátrica, Psiquiátrica, Obstétrica e Ginecológica da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajai (FEOVI). Conjuntamente a FEOVI semanalmente desenvolve programas de extensão, oferecendo à população serviços de Prevenção de Câncer Ginecológico, pré-natal, puericultura, imunização, controle e orientação de hipertensos e diabéticos. O posto de saúde está sob a responsabilidade da Prefeitura Municipal de Itajai e da FEOVI, sendo que, desde sua implantação em março/84, a FEOVI realiza um trabalho junto aos moradores para o Desenvolvimento da Comunidade. Em virtude deste trabalho, a população organizou-se, montou uma Associação de Moradores, elaborou o estatuto da Associação e já realizou duas eleições neste período.

3.3. População e Amostra

A população deste estudo constituiu-se de todos os domicílios do Bairro Imarui da cidade de Itajaí, SC. Estes estão distribuídos no Bairro em área alagada e não alagada pela maré do Rio Itajaí-Açú, possuindo condições mais precárias os da área alagada.

A amostra foi selecionada, utilizando-se a técnica de amostragem probabilística proporcional, sorteando-se domicílios de três estratos. Estes representavam as áreas de moradia como segue: o primeiro estrato representava o Bairro Imarui de Fora com 147 domicílios, perfazendo 39% da população total e resultou em uma sub amostra de 57 domicílios; o segundo, representou o Bairro Imarui de dentro com 140 domicílios, perfazendo 37% da população total e resultou em uma sub amostra de 51 domicílios; e o terceiro estrato representava o Bairro Imarui de Dentro Alagado com 89 domicílios, perfazendo 21% da população total e resultou uma amostra de 21 domicílios. Portanto, a população total do Bairro Imarui constituiu-se de (376) e adotou-se trabalhar com uma amostra de (129) o que representou 34% da população total.

3.4. Aspectos Éticos

A solicitação aos moradores para participarem do presente estudo foi realizada pela própria pesquisadora, através de comunicação verbal, por ocasião de uma das reuniões da Associação dos Moradores e individualmente conforme iam sendo sorteados os domicílios. Procurou-se nestes contatos, esclarecer os seguintes aspectos: (a) objetivos e finalidade da pesquisa; (b) tipo de colaboração que se deseja receber; (c) direito de

recusa em participar da pesquisa; (d) o que se fazer com os dados coletados; (e) formas de condução da pesquisa; (f) como os dados seriam registrados e usados para a dissertação; (g) credenciais da pesquisadora; (h) o compromisso da pesquisadora em respeitar os direitos de individualidade dos participantes, enquanto seres humanos, assegurando-lhes sigilo à privacidade das famílias e anonimato no uso dos dados colhidos; (i) direito de exigir explicações frente a atividades e/ou problemas surgidos junto à pesquisadora e/ou ao curso de pós-graduação em Enfermagem da UFSC, com o fornecimento do endereço completo para comunicação fácil e rápida.

Todas as atividades referentes à coleta de dados só foram realizadas após a permissão dos moradores, expressa em contatos posteriores e de modo individual.

3.5. A Técnica e o Instrumento de Coleta de Dados

O método utilizado foi o de questionamento, pois, se fez necessário a interação verbal entre a pesquisadora e os sujeitos da pesquisa, na obtenção de dados. Assim, a técnica adotada foi a entrevista, pois, proporcionaria a coleta direta de informações na fonte e pode ser usada com quase todos os seguimentos da população, oportunizando a repetição de perguntas ou apresentação das mesmas de outras formas para se ter certeza de que foram compreendidas. A entrevista permite também observar não apenas o que diz o informante, mas como o diz.

Para guiar a entrevista foi elaborado, pela autora, um formulário de perguntas fechadas, semi-abertas e abertas. Sua forma definitiva (Conforme anexo 1) constou de conteúdos classificados nas seguintes partes: (a) dados de identificação

dos habitantes, (b) características domiciliares (c) características sócio-econômico-culturais, (d) informações sobre saúde, (e) problemas da comunidade.

Com relação aos Dados de Identificação dos Habitantes, consideraram-se certas características demográficas como: população, sexo, idade, pessoas por residência, grau de instrução, procedência da família, tempo de moradia no Bairro, religião predominante, ocupação, renda familiar, estado civil do responsável pela família. Quanto às características domiciliares, procurou-se levantar o tipo, regime de moradia, telhado, piso, forro, número de cômodos, iluminação, água, instalação sanitária, destino dos dejetos, do lixo, presença de insetos e roedores.

As características sócio-econômico-culturais abrangeu os gastos com aluguel, água, luz, número de mães e pais que trabalham, bens da família, lazer, criação de animais, cultivo de horta, habilidades manuais, problemas de relacionamento, local de aquisição de alimentos, local de trabalho, meio de transporte, utilização de ônibus. As informações sobre a saúde incluíram, problemas de saúde existentes, necessidade de internação, tipo de tratamento, contribuição ao INPS, mortes ocorridas, assistência de saúde utilizada, vacinação, assistência na gravidez (pré-natal e parto), tempo de amamentação, ocorrência de abortos, se querem ou não mais filhos, motivo de querer ou não quere-los, método anticoncepcional mais utilizado, motivo de não fazê-lo e quem indicou o método. O ultimo aspecto abordado foi o levantamento dos problemas do bairro, segundo as percepções dos moradores, em forma de questões abertas, as quais foram categorizadas posteriormente.

3.6. Validação do Formulário

Na construção do formulário foi adotado, o processo de validação aparente e de conteúdo. Assim foi consultado, um grupo de quatro peritos para a avaliação do conteúdo do mesmo. Os critérios adotados na escolha dos peritos compreenderam: ser enfermeiros com especialização, mestrado ou doutorado na área de Saúde Pública ou de Comunidade, ou trabalharem na área. A escolha destes critérios baseou-se na crença de que os enfermeiros citados teriam preparo e experiência para opinar sobre aspectos importantes a serem analisados no estudo para o diagnóstico de comunidade, segundo os objetivos propostos na presente pesquisa.

Os peritos foram convidados a participar da avaliação do instrumento por escrito (Anexo 2) e acompanhado do formulário inicial montado pela autora. Receberam em mãos este material, no ambiente de trabalho e foram orientados a atribuir a cada item do formulário um valor, de acordo com sua opinião, seguindo a seguinte escala: 4 - muito bom; 3 - bom; 2 - regular e 1 - péssimo.

Com base nesta avaliação, o formulário sofreu modificações para o seu aperfeiçoamento. Adotou-se como critério para manter, modificar, retirar ou acrescentar os itens do formulário, o seguinte: quando a média aritmética dos escores de cada item fosse inferior a 3,0, a modificação ou retirada do item era necessária; quando a média atingisse entre 3,0 e 4,0 previa-se a manutenção do item no formulário em sua forma original.

Apresenta-se, a seguir, os resultados do julgamento dos peritos.

- a) Seis itens tiveram média inferior a 3,0, sendo eles de números 14, 29, 39, 41, 50 e 51. O item 14 que se referia ao abastecimento de água no domicílio, sofreu nova montagem. No item 29, foi sugerido a exclusão da quantidade e do local da criação dos animais. O item 39 foi excluído, e se referia ao diagnóstico do problema de saúde, se tinha sido realizado pelo médico, pelo "farmacêutico" ou "outros profissionais". O item 41 foi modificado no sentido do levantamento da "causa mortis" na família, a partir do tempo de moradia no bairro. No item 50, sobre amamentação, foi excluída a descrição por ordem crescente dos filhos vivos e foi mantido se a mãe o fez e o tempo. O item 51, sobre a ocorrência de aborto foram excluídos: o ano, os meses de gestação, tipo de aborto natural ou provocado, e sugerido o levantamento do número praticado.
- b) Dezoito itens tiveram média entre 3,0 e 4,0 sendo eles de números: 1, 2, 3, 12, 13, 15, 16, 19, 22, 26, 28, 31, 36, 42, 45, 52, 53 e 55. Esses itens foram analisados, modificados e revistos conforme a sugestão dos validadores. No item 1, foi sugerido substituir a expressão "identificação da pessoa entrevistada" por "identificação do domicílio". No item 2 foi mudada a expressão "chefe da família" por "posição hierárquica na família". O item 3 sofreu nova montagem. Os itens 12, 13 e 15 foram sugeridos retirar as especificações, ou seja, especificação do cômodo da casa como dormitório, especificação dos tipos de iluminação não elétrica no domicílio e especificação dos tipos de tratamento na água de beber, respectivamente. O item 16 foi substituído "privada no domicílio" por "instalação sanitária". O item 19 sofreu modificação. O item 22 foi ampliado. O item 26 foi

substituído, os "bens da família" por "utencílios da família", excluída a quantidade dos mesmos. O item 28 foi revisado e retirado a especificação do que se plantava no cultivo da horta. No item 31 foi adotada a sugestão de exclusão do "tipo de problema familiar". O item 36 sofreu modificação quanto a retirada do "vício (fumo e drogas)" como problema de saúde e também retirado a especificação de sexo, cor e idade das pessoas com problema de saúde. No Item 45, foi incluído a alternativa "casa e hospital", conforme sugestão. Os 42, 52, 53 e 55 sofreram revisão redacional.

c) Trinta e dois itens obtiveram média superior a 4,0 e seguintes foram os números: 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 30, 32, 34, 35, 37, 38, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 54 e 56. Estes itens, conforme o critério adotado, foram mantidos segundo sua forma original.

3.7. Pré-Teste do Formulário e Treinamento da Entrevistadora

O pré-teste foi realizado com o objetivo de avaliar a adequação do formulário, a sua praticabilidade e de descobrir se as perguntas estavam claras para os respondentes da pesquisa. Teve também como objetivo durante o pré-teste o treinamento da entrevistadora, visando encontrar um procedimento uniforme e adequado ao presente estudo e ao uso do formulário validado.

O pré-teste foi realizado junto aos 12 primeiros domicílios sorteados, sendo 5 domicílios do Bairro Imarui de Dentro, 5 domicílios do Bairro Imarui de Fora e 2 domicílios do Bairro Imarui de Dentro Alagado, guardando a proporção entre os três estratos da população.

O pré-teste permitiu a exclusão do item 19, pois em nenhuma casa havia "poço" para especificar a distância da fossa, entre este.

No item 43 foi necessário acrescentar a alternativa "não há criança", considerando as casas que não haviam crianças para verificar as vacinações. O mesmo aconteceu com os itens 45 e 46 onde acrescentaram-se "não tiveram filhos".

Os 12 domicílios pesquisados neste pré-teste foram incluídos na amostra deste estudo, considerando que os dados colhidos e o procedimento adotado para a coleta de dados demonstraram um ensaio da pesquisadora que segundo sua auto-avaliação, assim deveria transcorrer ao longo de toda a coleta de dados.

3.8. Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram colhidos pela própria pesquisadora, na residência dos moradores do bairro, através de entrevista sorteada e pelo formulário validado. Os respondentes constituíram-se de pais (pai ou mãe) ou avós (avô ou avó) que estavam presentes no domicílio. A entrevista foi sempre marcada com antecedência, respeitando o melhor dia e hora dos possíveis respondentes, de acordo também com a disponibilidade da pesquisadora. Em alguns domicílios, houve a necessidade de colher os dados no sábado ou domingo, dias nos quais eles não saíam para trabalhar. Houve também domicílios onde os dados foram coletados à noite.

Convém repetir que todo procedimento de solicitação da participação da família sorteada tanto para o pré-teste quanto para o estudo definitivo e o estabelecimento do compromisso da

pesquisadora em respeito aos aspectos éticos de direitos humanos dos respondentes, foram obedecidos pela autora, antecedendo a marcação da entrevista.

Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 1988, com uma média de duas entrevistas diárias. Cada entrevista teve uma duração média de 1 hora. Todas as famílias sorteadas concordaram em participar de estudo, além de que pode-se observar muita receptividade e interesse de responder as perguntas.

3.9. Procedimentos de Análise dos dados

Os dados levantados foram apurados, organizados e apresentados em tabelas, utilizando-se para a análise quantitativa, os preceitos da estatística descritiva.

Os resultados relevantes foram analisados e discutidos também qualitativamente, em bases comparativas com os dados da revisão de literatura e que permitiram visualizar uma síntese diagnóstica das condições da vida dos moradores do Bairro Imarui em Itajaí, Estado de Santa Catarina.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E COMENTARIOS

Este capítulo contém a apresentação e comentários dos resultados da investigação cujo objetivo foi realizar um diagnóstico de comunidade do Bairro Imarui, em Itajaí, SC, para se conhecer as condições de vida dos moradores e obter subsídios para planejar uma assistência de saúde de acordo com as reais necessidades. A forma de apresentação divide-se nos seguintes tópicos: estrutura da população, identificação das características de saúde dos moradores, e identificação dos problemas do Bairro de acordo com a percepção dos moradores. .pm6

4.1. Apresentação dos dados referentes a estrutura da população

A amostra constituiu-se por 129 domicílios, perfazendo um total de 662 pessoas, sendo a estrutura dos moradores examinada considerando as seguintes características: idade, sexo, grau de instrução, situação de emprego, religião, estado civil do chefe da família, condições económicas e sociais.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA SEGUNDO A IDADE E O SEXO
DOS MORADORES DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI - SC, 1988

N = 662

SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
IDADE		F. ABSOL.	F. RELAT.	F. ABSOL.	F. RELAT.	F. ABSOL.	F. RELAT.
0	1	17	2,5	16	2,4	33	5,0
1	5	26	3,9	32	4,8	58	8,8
5	10	56	8,5	47	7,1	103	15,5
10	15	38	5,8	44	6,6	82	12,4
15	20	29	4,4	29	4,4	58	8,8
20	25	24	3,6	27	4,1	51	7,7
25	30	26	3,9	36	5,4	62	9,4
30	35	37	5,6	36	5,4	73	11,0
35	40	23	3,5	20	3,1	43	6,5
40	45	12	1,8	9	1,4	21	3,2
45	50	6	0,9	9	1,4	15	2,3
50	55	10	1,5	15	2,3	25	3,8
55	60	7	1,0	8	1,3	15	2,3
60	66	8	1,2	5	0,8	13	2,0
65	70	2	0,3	3	0,4	5	0,8
70	75	2	0,3	2	0,3	4	0,4
75 e +		0	0,0	1	0,1	1	0,1
TOTAL		323	48,7	339	51,3	662	100,0

Na Tabela 1, a idade dos moradores nos 129 domicílios da amostra, variou de 0 a mais de 75 anos. Das 662 pessoas neste

domicílios, analisando as maiores concentrações, foram encontradas 103 (15,5%) na faixa etária de 5 a 10 anos, 91 (13,8%) na faixa etária de 0 a 5 anos, 82 (12,4%) na faixa etária de 10 a 15 anos, 73 (11%) na faixa etária de 30 a 35 anos.

Ao agrupar os dados, evidencia-se uma predominância na população de crianças e jovens na faixa etária de 0 a 20 anos que perfazem 334 (50,5%) da população, seguida da população adulta com 305 (46,2%) na faixa etária de 20 a 60 anos e os idosos perfazem um total de 23 (3,3%) da população.

Isto demonstra que a partir dos 55 anos há um declínio das pessoas nesta faixa etária, diminuindo então a população de idosos. Assim, caracterizando a população em estudo, pode-se afirmar que a população é bastante jovem.

Segundo o OPAS (1984), de acordo com os dados do Centro Latino Americano de Demografia, em 1980 - 1985 havia 16 países da América Latina que tinham uma proporção de população menor de 15 superior a 35%.

FARIAS (1988) vem confirmar os dados acima, ao estudar a distribuição da população por sexo e idade no Brasil, segundo o Censo de 1980. Verificou-se que a população de 0 a 14 anos representa 36,4%, de 15 a 64 anos representa 59,3% e a de 64 e mais anos representa 4,3% da população total. E conclui que o Brasil tem uma estrutura de população de um país em "juventude demográfica", com uma proporção importante de população no grupo de idade de 0 a 14 anos e pequena proporção no grupo de 65 anos e mais.

Dados semelhantes possui o Município de Itajai, que segundo a SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL (1989), a população para o ano de 1989, estava estimada em 140.000 habitantes, sendo na

faixa etária de 0 a 14 anos 49.518 (35,37%). Se analisarmos a população de Itajaí de 0 a 9 anos, para efeito comparativo da comunidade em estudo, constata-se que perfaz 66.730 (47,67%) da população total, a população na faixa etária de 20 a 50 anos é de 55.874 (39,91%) e a população acima de 50 anos é de 17.388 (12,42%).

Os dados refletem um população predominantemente jovem no Município de Itajaí, tal qual se constatou na comunidade em estudo.

A OPAS (1984) chama a atenção a respeito de populações com alta proporção de crianças e jovens, que se dão quando, há decréscimo da mortalidade, em especial nos primeiros anos de vida, predominando sobre o decréscimo da fecundidade. Cita ainda que este é o caso da maioria dos países em desenvolvimento das Américas.

Outra questão que chamou a atenção neste estudo, foi quanto a procedência dessa população, e evidenciou-se que dos 129 domicílios em estudo, 78 (60,4%) referiram ter vindo de outro bairro da Cidade de Itajaí, seguido de 50 (38,8%) que vieram de outra cidade e outro Estado. Isto caracteriza uma forte migração interna, o que possivelmente pode estar ocorrendo pela localização do bairro próximo ao centro da cidade e pela facilidade de invasão dos terrenos.

BRASIL URGENTE (1989), ao fazer uma análise das cidades brasileiras, diz que o processo de urbanização é intenso, ou seja, em 1950, apenas 36% da população morava nas cidades e em 1990 essa proporção chegará a 75%. Além do crescimento das metrópoles, crescem também as cidades pequenas e médias, pois "as migrações se dirigem para toda a rede urbana, sem distinção de

tamanho ou região. No sul, em dez anos as cidades com mais de 50 mil habitantes passaram de 30% a 50% da população total". E a indução destes fortes fluxos migratórios foi o impacto das transformações na agricultura, com conseqüentemente concentração de bóias-frias nas periferias urbanas e o surgimento de novos pólos industriais.

KOLS (1984) diz que nos países em desenvolvimento, cerca de 40% de todo o crescimento urbano é causado por migração interna e 60% é causada por crescimento natural dos habitantes já existentes na cidade. E que tem-se tentado em algumas desencorajar o influxo de migrantes, reduzindo as oportunidades de habitação e empregos. A demolição de favelas tem sido a tática mais comum na América Latina. Porém, estas demolições, raramente tem um êxito prolongado, porque a maioria volta a construir novamente as favelas.

Este desencorajamento não se observou no bairro em estudo, e se poderia dizer que ocorre mesmo é a motivação e estimulação para o aumento de ocupações ilegais de terrenos e construções precárias de habitação pelas próprias Instituições Públicas. Estas que deveriam controlar a devastação do mangue, onde as moradias e as construções precárias de habitação são instaladas, prevenindo problemas e conseqüências futuras, enviam quase que diariamente caminhões com terra para os moradores aterrarem as ruas por causa das inundações frequentes do Rio Itajai-Açu. Como se todos os problemas existentes se resolvessem apenas com os aterros, sem a mínima infra-estrutura básica para as ocupações da área.

O tempo de moradia no bairro, referido nos 129 domicílios, indica que 55 (42,6%) dos moradores residem há mais

de 7 anos, 54 (41,9%) moram de 3 a 7 anos e 20 (15,5%) moram de meses a 3 anos (Anexo 3 - Tabela 1). Ressalta-se que a população de menor tempo de moradia, está na região do mangue, alagado pela maré do Rio Itajai-Açu, transformando esta parte do bairro em verdadeira favela. Os moradores mais antigos estão na parte com melhores condições habitacionais e, de infra-estrutura básica, fruto de suas lutas comunitárias, antes da invasão dos terrenos do mangue, pela população mais nova.

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O GRAU DE INSTRUÇÃO
DOS MORADORES DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 571

GRAU DE INSTRUÇÃO	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA (%)
Nunca estudou	51	9,0
1º grau incompleto	432	75,6
1º grau completo	67	11,8
2º grau incompleto	14	2,5
2º grau completo	4	0,7
3º grau incompleto	1	0,1
3º grau completo	2	0,3

NOTA: Nesta Tabela não estão incluídos os menores de 05 anos por pertencerem a categoria de pré-escolares.

Como se pode observar na Tabela 2, a população possui um baixo grau de instrução, sendo que 432 (75,6%) possuem o 1º grau incompleto, 67 (11,8%) possuem o 1º grau completo e 51 (9%) perfazem a população que não frequentaram a escola. Desta situação, pode advir conseqüências futuras à população de crianças e adolescentes, pois, se os pais não tiveram oportunidade de frequentar a escola ou mesmo não atribuíram importância em fazê-lo, poderão não incentivar seus filhos, agravando entre outros, o problema de desqualificação de mão-de-obra (na tabela 3), em função do grau de instrução.

De acordo com os dados apresentados em BRASIL URGENTE (1989), constatou-se na educação uma realidade assustadora com:

"20% de analfabetos, 68% de adultos sem o primeiro grau, cinco milhões de crianças fora da escola básica, 50% de evasão nos primeiros anos". Afirma ainda que, isto é o modelo de um desenvolvimento adotado no Brasil, que não exige nível razoável da escolaridade, nem mesmo de alfabetização para a população. Importa apenas que alguns segmentos sociais tenham determinado grau de qualificação técnica e profissional, preenchendo as exigências das tarefas a serem desempenhadas no mercado de trabalho, não importando nem mesmo que sejam alfabetizados, e complementa que, assim, a escola é transformada em um posto de distribuição de alimentos suficiente para que as crianças se mantenham vivas para poderem trabalhar quando começarem a crescer.

De acordo com BROWN (1977), a falta de instrução promove a ignorância, sendo então a alfabetização de importância crucial como meio de informar as populações sobre as necessidades de mudanças e de estimular a aceitação de novas idéias.

Portanto, o fundamental é que os trabalhadores tenham salário suficiente para que suas famílias vivam dignamente, sem ver seus filhos na dependência da merenda escolar ou outros programas governamentais desse tipo. A escola deverá recuperar o espaço escolar, deixar de ser um posto de serviço social e também restaurante; conclui BRASIL URGENTE (1989).

Para o OPAS (1984) é também de primeira importância articular a educação e a saúde, para que toda pessoa conheça, desde criança, os princípios básicos de prevenção de enfermidades, da alimentação e de outros aspectos fundamentais para ganhar um bom estado de saúde e ter uma atitude conciente a respeito de seu cuidado. Esta coordenação é fundamental para

atuar num problema específico, o dos adolescentes e em especial em relação com problema de saúde associados a seu comportamento sexual. Só será possível previni-los se a educação inicia antes da adolescência.

Segundo a UNICEF (1988), esforços devem ser feitos, no sentido de que noções de saúde sejam introduzidos nos currículos escolares. E necessário que este resumo seja levado aos ministros de educação, aos diretores de escolas e aos editores de livros escolares. E necessário enfatizar que "nenhuma criança deverá deixar a escola sem ter sido orientada sobre as técnicas de proteção à vida e ao desenvolvimento físico e mental infantil".

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A SITUAÇÃO DE EMPREGO

DOS MORADORES DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 246

SITUAÇÃO DE EMPREGO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Desempregados	34	13,8
Aposentados	29	11,8
Domésticas	21	8,5
Pedreiro	17	7,0
Biscates	16	6,5
Indústria de pesca (empregado)	14	5,7
Mecânico	11	4,5
Cozinheira	10	4,1
Vendedor	10	4,1
Indústria de Constr. Naval (empreg.)	10	4,1
Pintor	9	3,6
Pescador	9	3,6
Auxiliar de Escritório	6	2,5
Vigia	5	2,0
Balconista	5	2,0
Lavadeira	4	1,6
Posto de Gasolina (empregado)	4	1,6
Indústria metalúrgica (empregado)	4	1,6
Motorista	4	1,6
Costureira	3	1,2
Comerciante	2	0,8
Estivador	2	0,8
Outras	17	7,0
TOTAL	246	100,0

NOTA: Nesta tabela estão excluídas as pessoas que não trabalham ou seja menores de 10 anos (194) e acima de 10 anos (222) que totalizam 416 pessoas. $N = 662 - 416 = 246$.

Segundo ALLEYNE (1983) nos países em desenvolvimento com sub-emprego maciço e trabalhadores e operários, em ofícios de rendimento marginal, o emprego de mão-de-obra desvia-se para o setor informal, ou seja, trabalhos por conta própria, ou para pequenos negócios familiares. Os empregos típicos incluem o vendedor de rua, construção, artesanato. E para mulheres o serviço doméstico. Na maioria desses empregos, o trabalho é intermitente, e a renda varia de um dia para o outro.

Esta retração refletiu-se na tabela 3, que demonstra a situação de emprego na população em estudo. Observa-se que as ocupações evidenciadas não require melhor nível de instrução educacional para o seu desempenho, já que se trata em sua maioria de ocupações manuais. Os dados são coincidentes com os do grau de instrução, ou seja, indicam baixo grau de instrução (tabela 2) como indicam empregados desqualificados em termos ocupacionais (tabela 3).

As pessoas desempregadas chamam a atenção, já que estão em maior frequência 34 (13,8%), seguido das pessoas aposentadas 29 (11,8%), as domésticas 21 (8,5%), os pedreiros 17 (7,0%), serviços gerais de Biscates 16 (6,5%) e empregados de indústrias de pesca 14 (5,7%).

Esses dados tornam-se preocupantes, a medida que ao agrupar os desempregados e aposentados, perfazem 63 (25,6%) da população e quanto a categoria doméstica vale salientar que estão incluídas também as que se diziam "diaristas". Para BROWN (1977), o desemprego causa frustração, desumanização, desestabilização política. A ausência de emprego significativo, tira das pessoas o amor próprio e o senso de valor, impedindo o desenvolvimento de seu espírito e de seu potencial criador.

Outro fato que se procurou levantar neste estudo foi quanto ao numero de mães que não trbalham, perfazendo 90 (69,7%), em comparação às mães que trabalham 39 (30,3%), dos 129 domicilios pesquisados (anexo 1 tabela 2). Os motivos alegados pelas mães que não trabalham foram por causa dos filhos 42 (46,7%), pelo marido não deixar 37 (41,2%) e por estarem aposentadas e desempregadas 11 (12,1%).

Isto contraria a colocação de BROWN (1977) ao alegar que o desejo feminino de participar mais ativamente da atividade econômica e politica vincula-se estritamente com o declínio da taxa de natalidade, o qual por sua vez aumenta a perspectiva de emprego fora do lar.

Observa-se portanto, que as mães em sua maioria referiram não trabalhar em função dos filhos, talvez este declínio da taxa de natalidade referido pelo autor não esteja acontecendo para esta comunidade. Pois, se ficam em casa por causa dos filhos, não seriam porque talvez continuam tendo filhos? E isto não diminuiria as perspectivas de emprego fora do lar? Isto não ficou esclarecido neste estudo, necessitando uma comunidade para responder a estas questões.

Constatou-se ainda que dos 129 adomicilios, em 18 (13,9%) o pai não residia mais com a familia, (anexo 1-tabela 3), sendo que 86 (66,6%) disseram estar trabalhando e 25 (22,5%) não estavam trabalhando (anexo 3-tabela 4). O motivo de não trabalhar foi por estarem desempregados 15 (60%) e por estarem aposentados 10 (40%).

Em relação ao local de trabalho ou anterior do chefe de familia, foi verificado que dos 129 domicilios, 100 (77,6%) referiram trabalhar fora do bairro e apenas 29 (22,4%) referiram

trabalhar no bairro, (anexo 3-tabela 5). E o meio de transporte mais utilizado segundo os respondentes 129 domicílios, foi a pé 67 (52%), bicicleta 33 (25,5%), ônibus 24 (18,6%) e carro 5 (3,9%) (anexo 3- tabela 6).

A utilização diária de ônibus está na quantia de dois ônibus por dia em 17 (13,1%) domicílios, quatro ônibus por dia em 7 (5,5%) domicílios e nenhum ônibus 105 (81,4%) (anexo 1-tabela 7).

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A RELIGIAO POR
DOMICILIO DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

RELIGIAO POR DOMICILIO	F. ABSOLUTA	F. RELARIVA (%)
Católica	93	72,1
Crente	33	26,6
Espirita	1	0,8
Sem Religião	2	1,5
TOTAL	129	100,0

A Tabela 4 indica a religião predominante na população em estudo. Os 129 domicílios, 93 (72,1%) dos moradores são católicos e 33 (25,6%) são "crente". Não se observou grandes misturas de crenças ou religião, sendo que o bairro não possui nenhuma igreja católica, porém existe 3 igrejas "Crentes".

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO, O ESTADO CIVIL
DO CHEFE DA FAMILIA POR DOMICILIO DO BAIRRO
IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

ESTADO CIVIL DO CHEFE DA FAMILIA	F. ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Casado no civil e religioso	64	49,6
"Vive junto"	26	20,2
Casado só no civil	19	14,7
Viúvo	10	7,8
Separado ou desquitado	8	6,2
Casado só no religioso	2	1,5

Em relação ao casamento ou união dos moradores, (Anexo 3 - Tabela 5), constatou-se que dos 129 domicílios, 64 (49,2%) dos moradores são casados no civil e religioso, 28 (21,7%) vivem juntos ou são casados só no religioso, 19 (14,7%) são casados só no civil, 10 (7,8%) são viúvos e 8 (6,2%) são separados ou desquitados.

Segundo KOGUT (1976), os padrões conjugais afetam entre outras coisas o crescimento populacional, a participação das mulheres na força de trabalho, a desigualdade de renda e a transmissão de conhecimentos de uma geração para outra.

No Brasil, para fins legais, considera-se que os casais vivem em união consensual quando mantêm um lar sem terem um casamento civil, e o casamento legal se estabelece, perante um juiz.

Portanto no presente estudo, possuem um casamento legal

83 (64,3%) dos moradores e vivem em uma união consensual 28 (21,7%).

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A RENDA FAMILIAR
 POR DOMICILIO DO BAIRRÓ IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

RENDA FAMILIAR	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA (%)
Até 1 salário mínimo	43	33,4
1 2 salários mínimos	38	29,4
2 3 salários mínimos	20	15,6
3 4 salários mínimos	15	11,6
4 salários mínimos	13	10,0
TOTAL	129	100,0

A tabela 6, refere-se a renda familiar nos 129 domicílios. Constatou-se que 43 (33,4%) sobrevivem com até 1 salário mínimo, 38 (29,4%) recebem até 2 salários mínimos e os domicílios restantes 48 (37,2%) recebem acima de 2 salários mínimos. Ao agrupar os que ganham até 1 salário mínimo e os que recebem até 2 salários mínimos, constata-se que estes perfazem 81 (62,8%) dos domicílios.

E segundo Brasil Urgente (1989), "62% das famílias urbanas vivem com até três salários mínimos".

Relacionando à questão da renda (Tabela 6) com o grau de instrução (Tabela 2), pode-se inferir que o agravamento das condições de vida da população trabalhadora leva a grande número

de jovens a ingressar prematuramente no mercado de trabalho, acarretando em prejuízo de sua formação educacional. E pela sua condição de menor idade e sem experiência profissional, facilita aos empregadores a adotar salários mais desumanos ainda.

De acordo com VALLA (1986), se fizermos uma análise da renda com a esperança de vida ao nascer, estimada para o brasileiro, segundo o IBGE, veremos que quem ganha até 1 salário mínimo viveria até 54,8 anos, ganhando de 1 a 2 salários mínimos, viveria até 59,5 anos e quem ganha acima de 2 salários mínimos viveria acima de 64 anos. Por isso, surge a hipótese de que o declínio da população a partir dos 55 anos nesta comunidade poderia estar relacionado com a questão da renda. O presente estudo não proporcionou respostas que evidenciassem esta relação, porém pensa que a partir deste estudo, poderá ser melhor avaliada esta questão.

Segundo os dados da SECRETARIA DO BEM-ESTAR SOCIAL DE ITAJAI (1988), o rendimento médio mensal das pessoas acima de 10 anos do município, concentra-se em 33,8% indivíduos que ganham menos de 1 salário mínimo até 2 salários mínimos, 21,4% indivíduos que ganham acima de 2 salários mínimos e ainda 44,8% dos indivíduos declaram não possuir rendimento.

Esses dados coincidem com os dados com os da população em estudo, que se agrupar os que ganham até 2 salários mínimos com os que não possuem rendimento no município perfaz 78,6% da população e considerando o índice da população em estudo perfaz 62,8%.

Os gastos com aluguel, luz, água e impostos, nos 129 domicílios, absorvem dos seus rendimentos mensais até 38,2% dos salários mínimos em 110 (85,3%) dos domicílios, até 73,3% do

salário mínimo em 14 (10,9%) dos domicílios e acima de 73,3% do salário mínimo em 3 (2,3%) dos domicílios, sendo que 2 (1,5%) dos domicílios referiam não ter gasto nenhum.

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O LOCAL DE
AQUISIÇÃO DOS ALIMENTOS POR DOMICILIO
DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988.

N = 129

LOCAL DE AQUISIÇÃO DOS ALIMENTOS	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA (%)
Supermercado	72	55,9
Venda	34	26,3
Venda e supermercado	12	9,3
Supermercado e feira	8	6,2
Feira	2	1,5
Venda e feira	1	0,8
TOTAL	129	100,0

Com referência à aquisição de alimentos os moradores de (55,9%) domicílios referiam-se adquiri-los em supermercados e 34 (26,3%) nas vendas do bairro. Parece ser um fator positivo, considerando que nos supermercados os preços estão sujeitos a maior fiscalização de que nas vendas, onde acabariam gastando mais para a alimentação. Mas existe um fator desfavorável quanto a irem aos supermercados, é que a grande distância do bairro ao supermercado mais próximo, não tendo outra opção, a não ser a compra na venda.

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS BENS POR
DOMICILIO, DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

BENS	SIM	
	F. ABS.	F. REL.
Fogão a Gás	117	90,6
Rádio	101	78,2
Geladeira	97	75,1
TV Preto e branco	81	62,8
Liquidificador	60	46,6
TV a cores	26	20,2
Aparelho de som	17	13,1
Máquina de lavar roupa	17	13,1
Batedeira	8	6,2
Carro	6	4,6
Telefone	5	3,9

Na Tabela 8, observa-se que 117 (90,6%) dos domicílios possuem fogão a gás, indicando que 12 (9,4%) dos domicílios não possuem ainda este utensílio para seu bem estar e preparo dos alimentos. Realmente constatou-se que o televisor está presente na maior parte dos domicílios, em 107 (83%), sendo que preto e branco 81 (62,8%) e a cores 26 (20,2%). Referiram possuir rádio 101 (78,2%) dos domicílios.

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA, SEGUNDO AS HABILIDADES
MANUAIS FAMILIARES DESENVOLVIDAS POR DOMICÍLIOS
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

HABILIDADES MANUAIS DA FAMÍLIA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Costura/tricô	1	0,8
Não possui	76	59,0
Costura	20	15,5
Tricô/corché/costura	7	5,4
Tricô/costura	5	3,8
Tricô/croché	5	3,8
Costura/croché	4	3,1
Tricô	3	2,3
Tricô/bordado	2	1,5
Croché	2	1,5
Bordado	1	0,8
Tricô/croché/bordado	1	0,8
Costura/tricô/vassoura	1	0,8
Costura/tricô/bordado	1	0,8
TOTAL	129	100,0

Como formas de lazer, investigou-se a possível existência de habilidades manuais desenvolvidas pelos moradores, apresentadas na Tabela 9. Verificou-se que 76 (59%) dos moradores referiam não possuir nenhuma habilidade, e 53 (41%) possuem alguma habilidade. Sendo que nestes, apenas 16 (30,2%) desempenham com remuneração e 37 (69,8%) realizam sem

remuneração.

Esses hábitos se melhor instruídos e incentivados, podem reverter em benefício para os moradores, sendo que alguns demonstram já estarem utilizando desta estratégia como forma de aumentar suas fontes de renda.

Verificou-se a criação de animais, em 81 (62,9%) dos domicílios sendo que os moradores de 48 (37,2%) referiram não ter. Dentre os animais, os cães apareceram com maior frequência, ou seja, 64 (79%). Os outros animais existentes, são pássaros em 20 (24,7%), galinhas, em 14 (17,2%), gatos, em 12 (14,8%), porco, em 3 (3,8%) e cavalo em 1 (1,3%) dos domicílios como mostra o (Anexo 3 - Tabela 8)

Esta somatória foi considerada segundo o tipo de animal que os domicílios referiam criar. Isto não exclui a possibilidade de alguns possuírem mais de um tipo de animal.

Observou-se que o cão e o gato são animais de estimação. A galinha e o porco auxiliam na complementação alimentar. Os pássaros, para alguns, são de estimação e para outros comercializados, que de certa maneira, aumenta os rendimentos da família. O cavalo é utilizado como instrumento de trabalho.

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO AS FORMAS DE LAZER
DOS MORADORES DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

FORMAS DE LAZER	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Televisão, som e rádio	69	53,5
Não fazer nada e ficar em casa	31	24,0
Passear, visitar parentes, visitar amigos, vizinhos e ir ao cinema	25	19,4
Dançar, festa da igreja e praia	4	3,1

Como outras formas de lazer, expressas na Tabela 10 foram apontados a televisão e o rádio em 69 (53,5%); referiram não fazer nada, 31 (24,0%) e referiram passear, visitar amigos ou parentes, ir a festas 29 (22,5%).

Observa-se com isto, uma certa ociosidade entre os moradores. Este tempo ocioso poderia ser destinado a certos afazeres até remunerados, como o próprio cultivo de horta onde 116 (90%) dos domicílios referiram não fazer e apenas 13 (10%) referiram fazer.

Possivelmente é vendo televisão ou ouvindo rádio que os moradores em casa passam grande parte do seu tempo. E que, segundo a UNICEF (1988), com 400 milhões de rádios e 92 milhões de televisores (8 vezes mais que há vinte anos) o mundo em desenvolvimento poderia agora comunicar-se com a maioria das famílias colocando os conhecimentos sobre saúde infantil à disposição dos pais. Essa contribuição da mídia para a aliança de saúde infantil pode ultrapassar em muito o apoio prestado pelas

campanhas individuais.

Enfim, neste tópicó, segundo o objetivo deste estudo a estrutura da população em que foram apresentados os fatores como, sexo, idade, moradia, grau de instrução, situação de emprego, religião, estado civil, renda familiar, habilidades manuais, criação de animais, lazer e outros, ficou demonstrado que há: um predomínio da população jovem; uma forte migração interna no município; um recente aumento de moradias; uma população com baixo grau de instrução; maior frequência de empregos domésticos; predomínio da religião católica; prevalência de casamentos legais; maior frequência da renda familiar entre os que ganham até 2 salários mínimos; prática de habilidades manuais, criação de cão como animal mais frequente; utilização da televisão e do rádio como lazer.

4.2. Apresentação dos dados referentes as características domiciliares e sanitárias

As características domiciliares constituíram-se da amostra de 129 domicílios, sendo analisados através dos seguintes aspectos: regime de moradia, tipo de domicílios, de piso, de telhado, de forro, número de cômodos, iluminação, abastecimento de água, destino dos dejetos, acondicionamento e destino do lixo, presença de insetos e roedores, instalação sanitária e condições de asseio corporal.

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA, SEGUNDO O REGIME DE MORADIA
DOS RESPONDENTES BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

REGIME DE MORADIA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Casa própria	107	83,0
Casa alugada	17	13,1
Casa cedida	5	3,9
TOTAL	129	100,0

De acordo com VALLA (1986), "a população trabalhadora, na sua tentativa de sobreviver com um ou dois salários mínimos, tenta escapar do aluguel, construindo a sua casa própria num lugar longe do centro da cidade".

É o que podemos constatar na Tabela 11 pois, dos 129 domicílios analisados, 107 (83%) alegam ter casa própria, e apenas 22 (17%) são alugados ou cedidos. Observou-se que na região do bairro, com menor infra-estrutura, os moradores são em grande maioria os donos das casas e do terreno. Porém, na região alugada, eles também dizem possuir casa própria, considerando apenas o "casebre" onde habitam, sendo que o terreno foi invadido. Alguns nem sabem a quem pertence os terrenos, outros alegam ter comprado de terceiros, mas não possuem documentos, escrituras ou recibos. Vieram morar neste bairro, considerando a facilidade de colocar suas casas sobre o terreno, mas como motivo maior não pagar mais aluguel onde estavam.

KOLS (1983) afirma que as políticas de acomodação de posseiros e favelados tem enfatizado a habitação, talvez porque seja o mais visível dos problemas urbanos. O método tradicional tem sido o de transferi-lo para projetos habitacionais públicos de baixo aluguel, o que infelizmente são de construção cara, que faz os aluguéis serem fixados por níveis por demais elevados.

Estudos em Lima, indicam que foi enfatizada a venda aos favelados, a custo nominal, de propriedades de terra por eles ocupados. E demonstram que os favelados fizeram melhoramentos em suas moradias, a partir do momento em que adquiriram direitos legais as mesmas.

BROWN (1977) através de um estudo realizado na Índia, analisando níveis de renda, capacidade de poupança e custo da habitação, conclui que 85% das famílias indianas não podem financiar a propriedade de uma unidade residencial. Complementa que a situação, é bastante parecida em outras partes da Ásia, África e América Latina. Enfim, para o referido autor, proporcionar alojamento decente a população, em rápido crescimento, parece hoje em dia desalentadoramente difícil. Habitação requer espaço, material de construção, capital e energia para a fabricação. E estes não estão mais ao alcance financeiro da grande parte dos bilhões de habitantes do mundo.

Esta realidade habitacional também foi constatada no Município de Itajaí, conforme a reportagem de SILVA (1990) do JORNAL DO POVO, em junho de 1990:

JORNAL DO POVO

FUNDADO EM 1935

ITAJAI-SC, 29 DE JUNHO DE 1990 - ANO LV - Nº 2355 - CR\$ 10,00

FAVELAS SURGEM SEM CONTROLE

A FALTA DE MORADIA TEM LEVADO PESSOAS A SOBREVIVEREM EM CONDIÇÕES SUB-HUMANAS



FOTO: Wilson Fellizari

Assim moram dezenas de famílias

Nos últimos anos nenhum projeto de moradia popular foi implantado em Itajaí, pelo Governo Estadual ou Municipal. O fato criou um déficit habitacional que se agravou gradativamente e existe um levantamento apontando a falta de cerca de 10 mil casas na cidade.

Em consequência dis-

so, surgiu a proliferação de favelas na região periférica, hoje estimada num total de sete, que tem seu número de barracos aumentado a cada dia.

Na construção destes barracos são utilizados todo o tipo de material, sendo encontrados inclusive choupanas feitas de palha onde moram famílias inteiras. Página 03.

Ao caracterizar os domicílios nas Tabelas 12, 13, 14 e 15, os dados indicam que dos 129 estudados, 87 (67,4%) são de madeira, 97 (75,8%) possuem o piso de madeira, 97 (75,2%) possuem o telhado coberto de telha, 40 (31%) não possuem forro e 63 (48,9%) possuem o forro de madeira. Pode-se perceber que a madeira favorece a penetração da umidade dos terrenos, principalmente no piso de madeira.

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TIPO DOS
DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TIPOS DOS DOMICILIOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Madeira	87	67,4
Alvenaria	26	22,5
Mista	2	1,5
Barro	1	0,8
Outro	10	7,8
TOTAL	129	100,0

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TIPO DE PISO
DOS DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TIPOS DE PISO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Madeira	97	75,8
Misto	28	21,7
Tijolo	1	0,8
Outro	3	2,3
TOTAL	129	100,0

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TIPO DE TELHADO
DOS DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TIPO DE TELHADO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Telha	97	75,2
Cimento	20	15,5
Misto	10	7,8
Laje concreto	2	1,5
TOTAL	129	100,0

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO TIPO DE FORRO DOS
DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TIPO DE TELHADO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Madeira	63	48,9
Não possuem forro	40	31,0
Misto	25	19,3
Laje	1	0,8
TOTAL	129	100,0

Segundo a OMS (s.d.) a habitação adequada é aquela que preenche os seguintes requisitos: água encanada e instalação sanitária; cômodos habitáveis; serviço público de água, esgotos e

energia elétrica; e construções e materiais adequados.

Para resolver o problema da habitação, devemos focar não simplesmente a habitação em si, mas ela e todos os fatores decorrentes como o saneamento de esgotos, lixo e água para promover a saúde da população.

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O NUMERO DE COMODOS
POR DOMICILIO DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

NUMERO DE COMODOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
01	10	7,8
02	13	10,1
03	13	10,1
04	28	21,7
05	40	30,9
06	18	14,0
07	3	2,3
08	4	3,1
TOTAL	129	100,0

Neste estudo pode-se constatar que o número de pessoas estão em maior concentração entre 1 a 5 pessoas em 62 (48,1%), entre 5 a 9 pessoas em 57 (44,2%) e com mais de 9 pessoas 10 (7,7%), (anexo 3-tabela 9). Analizando estes dados juntamente com a tabela 16, que demonstra o número de cômodos, temos de 5 a 6 cômodos em 58 (44,9%), seguido de 3 a 4 cômodos em 41 (31,8%).

Observa-se portanto que em termos do número de cômodos por pessoa, existe uma certa comodidade para os seus ocupantes, além de que 75 (58,1%) referiram não ser necessário utilizar outro cômodo da casa como dormitório, além dos quartos disponíveis, e 54 (41,9%) referiram utilizar outro cômodo como dormitório, (Anexo 3-tabela 10)

Apesar dos dados não terem indicado o congestionamento de pessoas por domicílio neste bairro, é sabido que este é um problema existente nas áreas periféricas considerando ser habitadas pela população mais carente. Segundo BROWN (1977), muita gente vive em condições de congestionamento sem realmente compreender suas conseqüências sociais. Um estudo realizado na África, mostrou que nas cidades entre 5 mil e 50 mil habitantes, 1/5 da população vivia em grupos de 20 ou mais por moradia. Em cidades com mais de 50 mil habitantes, essa proporção chegava a 35,6%. E em algumas cidades da América Latina, com relação à população confinada em áreas faveladas, uma média de 4 pessoas vivem em cada aposento.

No que se refere a iluminação do bairro, dos 129 domicílios estudados, 112 (86,9%) possuem iluminação elétrica, e apenas 17 (13,1%) não. Mas observou-se que embora disseram possuir esta iluminação, utilizam uma extensão do domicílio vizinho, ao que chamam de "rabicho" e pagam por ela de acordo com uma taxa estabelecida entre eles. Isto torna-se uma forma de cooperação entre os moradores e de certa maneira uma estratégia de sobrevivência entre tantas outras, mas com alguns riscos, já que há uma sobrecarga de energia tornando-se favorável a ocorrência de incêndios.

Possuem abastecimento de água 100 (77,5%) dos

domicílios e somente 29 (22,5%) não possuem. Utilizam também o "rabicho" entre eles para serem servidos de água da rede pública. O que não denota que estes 100 (77,5%) possuem instalação hidráulica em suas moradias. Fato este comprovado por SILVA (1989) em sua reportagem para o jornal "DIÁRIO DO LITORAL" de Itajaí, onde os moradores do Bairro Imaruí, reivindicaram através de uma passeata o abastecimento de água, luz e esgoto.

11 - SC, 29 de junho de 1990

ESPECIAL

JORNAL DO L

PREOCUPANTE:

FAVELAS CRESCEM NA PERIFERIA

**Déficit já
atinge cerca
de 10 mil casas.**

Itajaí já não é mais a pacata cidade litorânea, cujo o único problema enfrentado era a falta de infraestrutura urbana. Hoje, Itajaí tem o problema de cidade pólo de uma região. Esse crescimento rápido vieram os problemas típicos da vida urbana e um deles começa a ser as proporções alarmantes. Trata-se do problema de afavelamento da periferia da cidade, que os olhares passivos das autoridades públicas levaram milhares de famílias a viverem subnormalmente. Mesmo com o acordo com a Prefeitura do Centro de Direitos Humanos, de tem hoje um déficit habitacional de 10 mil famílias. Devido a isso, o problema de invasões de terreno "em vários pontos do município tem se tornando, criando pelo menos alguns grandes pontos de favelas. Algumas dessas são consideradas de

conflito e vem sendo acompanhadas diretamente pelo CDDH. É o caso do loteamento Padre Jacó, situado no sopé do morro do Bairro Fazenda. Mais de 80 famílias invadiram aquela área e estão ameaçadas de despejos pela prefeitura.

Outros pontos de invasão são o manque do bairro Imaruí, onde a favela é feita de casas de palafita, os fundos da cadeia pública, e o próprio bairro "Matadouro", além do morro cortado, a explanada, a caixa d'água da Fazenda e o local conhecido como "Vala do Rio Bonito III", onde já existe mais de 60 barracos. Todas elas formadas por "malocas" de madeiras velhas, papelão, lonas plásticas ou até de palhas seca.

Mesmo com esse quadro, a Assessoria de Divulgação e Imprensa da Prefeitura afirma que a situação das invasões de áreas urbanas ainda não é alarmante. Sem revelar os dados oficiais sobre a questão dessas invasões e do déficit habitacional, o jornalista João Carlos da Luz informou que a Prefeitura possui um projeto para a construção de 631 casas

populares, um sistema de mutirão, no bairro São Vicente. O projeto, segundo ele, ainda não foi colocado em prática por falta de verbas. "O prefeito João Macagnan esteve em Brasília, esta semana, solicitando recursos para isso", informou.

A coordenadora do setor de fiscalização da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano,

Nara Lúcia da Silva, disse ser praticamente impossível conter as invasões urbanas pelo reduzido número de fiscais da prefeitura, que são em apenas seis. Ela acredita que o problema seria amenizado se a população tivesse consciência de denunciar para nós qualquer invasão de terreno baldio, pois muita gente está vindo de outras cidades para morar

aqui".

O secretário de Desenvolvimento Urbano, Paulo Kleis, não foi encontrado na prefeitura durante toda a semana pela reportagem do JP. Na quarta-feira a Assessoria de Divulgação e Imprensa da prefeitura informou que ele estaria viajando. Mas naquele mesmo dia à noite foi visto numa festa em Itajaí.

MORADORES DE IMARUÍ PROTESTAM

Uma faixa com os dizeres "Necessitamos de Água, Luz, Esgoto e a Prefeitura não Toma Providências", representou domingo a revolta dos moradores da rua Constantino Dvanenko, no bairro Imaruí, em Itajaí, que protestavam contra a falta de infraestrutura no local. Aproximadamente 30 moradores realizaram um ato público.

A "empentelhação" dos moradores daquela rua para que a Prefeitura proceda a urbanização é antiga. É que ali passa paralelo à estrada um imenso valão, que é o esgoto de grande parte do bairro São João, e vai desembocar no rio Itajaí-açú. Como o local fica próximo a uma área de

mangue, quando a maré sobe e chove um pouco o valão transborda e a "merda" invade praticamente todos os quintais das redondezas. "Isso sem falar nos mosquitos, que andam em nuvens, e nos ratos, que são milhares", disse Nilton Lemos, lembrando que já cairam nele (no valão), um cavalo e até uma criança de apenas três anos.

As ligações de água da CASAN e de luz da CELESC, vão até a metade da rua. Isto obrigou os moradores a fazerem "rabichos" e ligações clandestinas que colocam em risco a segurança das casas.

O objetivo do ato público realizado domingo último, afirma os moradores, foi alertar a Prefeitura, através da imprensa, de que os moradores já estão cansados de tanto "blá... blá... blá" •

Mesmo possuindo água da rede pública, 112 (86,9%) alegaram não fazer nenhum tratamento nesta água para sua ingestão e apenas 17 (13,1%) alegaram fazer, como ferver ou filtrar, (Anexo 3 - Tabela 11). Ressalta-se que o "rabicho" para a água é feito através de longas mangueiras dispostas sobre os terrenos, com muitas possuindo vazamentos.

Há assim, contaminação desta água para sua ingestão, podendo ser a causa de certos problemas gastro intestinais na população, já que sobre os terrenos estão dispostos muitos entulhos, além do despejo dos dejetos das valas nos terrenos

quando há inundação do rio.

A UNICEF (1988) diz que dois terços da população dos países em desenvolvimento não tem acesso a água pura e a construção de redes de distribuição de água potável não está acompanhando o desenvolvimento da demanda.

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O DESTINO DOS DEJETOS
DOS DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988.

N = 129

DESTINO DOS DEJETOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Rede pública	72	55,9
Fossa seca	26	20,1
"Quintal"	26	20,1
Valeta	4	3,1
Fossa séptica	1	0,8
TOTAL	129	100,0

A Tabela 17 demonstra que os dejetos não possuem o mesmo destino em todos os domicilios, pois 72 (55,9%) estão ligados à rede pública e os restantes 57 (44,1%) liberam seus dejetos em fossa seca, fossa séptica, em valeta, ou no quintal.

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O ACONDICIONAMENTO DO
LIXO NOS DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

ACONDICIONAMENTO DO LIXO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Recipiente próprio sem tampa	67	52,0
"Caixas de peixe	25	19,3
Recipiente próprio com tampa	20	15,5
Jogado no quintal	17	13,2
TOTAL	129	100,0

O acondicionamento do lixo, expresso na Tabela 18 torna-se preocupante já que em apenas 20 (15,2%) dos domicílios foi encontrado próprio com tampa e nos restantes 109 (84,5%) estavam sem tampa, em caixas de peixe ou jogados no quintal.

TABELA 19

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A PRESENÇA DE
MOSCAS, RATOS E BARATAS NOS DOMICILIOS DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

PRESENÇA DE MOSCAS, RATOS E BARATAS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Mosca, ratos e baratas	54	41,9
Moscas	23	17,9
Ratos	13	10,0
Moscas e ratos	11	8,5
Moscas e baratas	8	6,2
Ratos e baratas	2	1,5
Não existe	18	14,0
TOTAL	129	100,0

Ao analisar a Tabela 19, que se refere a presença de moscas, ratos e baratas nos domicílios, percebe-se que somente em 18 (14%) referiram não existir a presença destes animais, e em 111 (86,0%) referiram existir a presença de moscas e/ou ratos e/ou baratas. O que poderia já se esperar, pois o lixo exposto, além dos entulhos observados, depositados sobre os terrenos é um fator favorável ao aparecimento de insetos e roedores.

Isto se comprova na Reportagem de SILVA (1990) para o Jornal "DIÁRIO DO LITORAL" em Itajai, onde relata que:

RATO ROÍA CADAVER DE VELHINHA

Um caso jamais visto na região, está chocando os moradores do bairro Imaruá, em Itajaí: o cadáver da anciã foi encontrado ontem no início da manhã, roído por ratos.

O abominável caso aconteceu na rua Constantino Dvanenko, num velho casebre de madeira, onde morava dona Sebastiana Maria Alonso Soberano, de 74 anos. Seus vizinhos estranharam quando ela não abriu as janelas e a porta da pequena "meia água", como costumeiramente fa-

zia. Ao arrombarem a porta e entrarem na casa, encontraram a pobre velhinha estirada na cama. O que chocou, no entanto, foi o fato de todos os dedos da mão da pobre mulher estarem roídos por ratazanas provenientes de uma enorme vala existente na rua Constantino Dvanenko e que apesar dos protestos da comunidade, a Prefeitura não limpa.

A polícia foi chamada e o corpo levado ao IML. Depois da necrópsia, descobriu-se que dona Sebastiana morreu de parada cardíaca e uma filha sua, de nome Terezinha, informou as autoridades, que a mãe sofria do coração.

Para GONZALES (1983), o uso de água, a eliminação de excretos e outros dejetos em condições anti-higiênicas, assim como a proliferação de insetos e outros vetores, são alguns dos fatores que originam uma alta prevalência de enfermidades infecciosas transmissíveis.

TABELA 20

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O DESTINO DO LIXO
 POR DOMICILIO DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC., 1988

N = 129

DESTINO DO LIXO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Removido pela prefeitura	91	70,5
Jogado em terreno baldio	24	18,6
Enterrado	5	3,9
Outro	9	7,0
TOTAL	129	100,0

Outro dado relevante é, quanto ao destino do lixo na (Tabela 20), onde em 91 (70,5%) dos domicilios, referiram que o lixo é removido pela prefeitura e em 38 (29,5%), o lixo é jogado em terrenos baldios, ou enterrados ou jogados nas valas. Constata-se que alguns moradores estão desperdiçando a passagem do caminhão de lixo para recolhimento. Pois ao analisar junto com a Tabela 18, onde 109 (84,5%) dos domicilios não possuem condições adequadas de acondicionamento do lixo, pode-se dizer que estes provavelmente não estão deixando o lixo à disposição do caminhão para recolhimento. Acabam então destinando o lixo a lugares impróprios, como se constata na Tabela 24, com os 38 (29,5%) dos domicilios.

Assim sendo, BROWN (1977), complementa que o lixo amontado ao redor dos barracos, oferece perigos de incêndio, aparecimento de insetos e animais roedores além da disseminação de doenças, a toda a população exposta.

TABELA 21

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TIPO DE INSTALAÇÃO
SANITARIA DOS DOMICILIOS DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

INSTALAÇÃO SANITARIA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Interna ou externa com instalação hidráulica	62	48,8
Interna ou externa sem instalação sanitária	39	30,3
Não possuem	28	21,7
TOTAL	129	100,0

A Tabela 21 mostrou que os moradores, em sua maioria, não possuem instalação sanitária condizente com uma condição favorável do seu bem estar, 67 (52%) perfazem os que não possuem instalação sanitária juntamente com os que possuem mas sem instalação hidráulica e 62 (48%) possuem instalação sanitária com instalação hidráulica.

TABELA 22

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO AS CONDIÇÕES DE
 ASSEIO CORPORAL NOS DOMICILIOS DO
 BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

CONDIÇÕES DE ASSEIO PESSOAL	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Chuveiro	62	48,0
Bacia	39	30,3
Balde	28	21,7
TOTAL	129	100,0

O que denota as condições de asseio corporal (Tabela 22), quando dizem utilizar o chuveiro 62 (48%) dos domicílios, o que provavelmente são os mesmos que possuem instalação hidráulica, e 67 (52%) utilizam bacia ou balde para a sua higienização, os que também poderão ser os que não possuem instalação sanitária ou possuem mas sem instalação hidráulica.

BROWN (1979), prevê que 80% da população urbana de baixa renda dos países em desenvolvimento, estão condenados a viver em parapeiros. Pois está aumentando a proporção de crianças e jovens que crescem em ambiente miserável, onde quase não existem privadas, comodidade, recreação ou educação. Vivem num mundo deprimido, onde luz, água e limpeza são luxos quase inatingíveis.

Não muito longe desta realidade estão alguns bairros de Itajaí, entre eles, o Bairro Imarui, como constatou SILVA (1990), para o "JORNAL DO POVO":

CONDIÇÕES SUB-HUMANAS DE SOBREVIVÊNCIA

O primeiro resultado do surgimento de favelas é a condição sub-humana de moradia. Alguns pontos de Itajai mais parecem acampamentos de flagelados da Etiópia onde sobreviventes de uma guerra devastadora. No Loteamento Padre Jacó, por exemplo, várias famílias moram em barracas construídas de troncos de árvores e lonas plásticas. Algumas não possuem abrigo lateral, deixando seus moradores expostos ao frio e ao vento. Em todas elas moram crianças. Não há água, esgoto e muito menos luz elétrica.

Um dos casos mais chocantes pode ser visto no bairro Nossa Senhora das Graças, o "Matadouro". Num núcleo de favelas surgindo atrás da cadeia pública, família construiu uma choupana feita com folhas de coqueiro secas. A primeira vista parece até uma cabana indígena. Lá, moram Margarete Vizzenteiner, seu marido e dois filhos menores de quatro anos.

Ela conta que se viu obrigada a morar, desta

maneira pois não consegue madeira para construir um barraco. "O que meu marido ganha fazendo biscate não dá nem pra gente comer direito", lamenta. A choupana fica situada a menos de dois metros de uma vala que serve como esgoto para o presídio. Para chegar até a cabana, é preciso atavessar uma fina ponte de madeira. Margarete afirma que antes de construir a choupana, há cerca de um mês procurou a prefeitura "A advogada Izolde, disse que não tinha mais inscrição para casa popular e quando eu reclamei ela me mandou procurar uma ponte para morar", contou.

Situação também sub-humana vivem dezenas de famílias que invadiram o mangue do Imaruí. A maioria dos barracos é sobre palafitas, pois nos períodos de maré cheia a água sobe até um metro. Existe também, na rua Constantino Dvanenko, uma enorme vala de esgoto aberta, onde já caíram uma criança de apenas quatro anos e um cavalo.

Também neste núcleo, no ano passado, retazanas roeram durante a noite o cadáver de uma anciã que morreu por problemas cardíacos.

Mas não é apenas o homem propriamente dito que sofre com o problema habitacional em Itajai. O meio ambiente é também um dos mais atingidos, já que os pontos alvos de invasões de "sem teto" são geralmente arcas de preservação permanente. No "Matadouro", que é a maior e mais antiga favela de Itajai, a maioria dos barracos ficam pendurados na parte superior dos morros. Além disso ser proibido por lei, acaba ocasionando a erosão dos morros. Tais habitações correm o risco de despencares durante fortes enxurradas. A invasão de áreas de mangue também são outro grande problema. Sem ter, onde morar, famílias se sujeitam a construir casebres sobre essas áreas, que são criadouros naturais de organismos marinhos. É o que acontece no bairro Imaruí.

Assim sendo, neste tópico referente às características domiciliares e sanitárias da população em que foram apresentados os aspectos do regime de moradia, tipos dos domicílios, número de cômodos, iluminação, abastecimento de água, destino dos dejetos, acondicionamento e destino do lixo, presença de insetos e roedores, instalação sanitária e condições de asseio corporal,

ficou evidente que: predomina no bairro a casa própria, de madeira, com piso de madeira e cobertura de telha; os domicílios possuem de 5 a 6 cômodos; na maioria possuem luz elétrica e água encanada; o destino dos dejetos é pela rede pública; o lixo é acondicionado de forma inadequada; há muita incidência de insetos e roedores; as instalações sanitárias são insuficientes; e utilizam bacia e balde para sua higiene pessoal.

4.3. Apresentação dos dados referentes às características de saúde

A amostra constituiu-se de 129 domicílios, perfazendo um total de 662 pessoas, sendo os dados sobre a saúde dos moradores analisados através dos seguintes aspectos: identificação dos problemas de saúde, tratamento dos problemas, a procura da assistência de saúde, vacinação das crianças, realização do pré-natal, local e pessoa que realizou os partos, amamentação, ocorrência de abortos, identificação das mulheres que desejam ou não ter mais filhos, realização e métodos anticoncepcionais mais utilizados.

TABELA 23

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS PROBLEMAS DE

SAUDE QUE POSSUEM OS MORADORES DO BAIRRO

IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 662

PROBLEMAS DE SAUDE DO BAIRRO	POSSUEM	
	F. ABSOL.	F. RELAT.
Verminose	105	15,9
Pediculose	92	13,8
Bronquite	59	9,0
Pressão alta	55	8,4
Alcoolismo	26	4,0
Alergia	26	4,0
Nervos	21	3,1
Diabete	14	2,1
"Doença" Mental	10	1,5
Coração	10	1,5
Eplesia	4	0,6
Reumatismo	4	0,6
Câncer	2	0,4
Colesterol	2	0,4
Obstipação	2	0,4
AVC	2	0,4
Varizes	2	0,4
Obesidade	2	0,4
Hemorróida	2	0,4
Gastrite	2	0,4
Outros	2	0,4

A Tabela 23 mostrou que entre as 662 pessoas dos 129 domicílios estudados, os problemas de saúde mais incidentes foram a verminose perfazendo 105 (15,9%), a pediculose perfazendo 92 (13,8%), a bronquite perfazendo 59 (9,0%), a pressão alta perfazendo 55 (8,4%), o alcoolismo perfazendo 26 (4,0%) e problemas de alergia perfazendo 26 (4,0%) da população. Para efeito desta tabela, não foram computados a somatória de mais de um problema por moradores, sendo contados apenas os que eles referiram. Sendo assim, sabe-se que um morador pode possuir mais de um dos problemas referidos.

Quando à necessidade de internação hospitalar, por causa de um destes problemas, observou-se que apenas 40 (6,0%) dos moradores internaram (Anexo 3 - Tabela 12). E desses, ocorreram com mais frequência na faixa etária de 0 a 5 anos, 14 (35%), na faixa etária de 50 anos e mais, 8 (20%) nas faixas de 20 a 30 e 30 a 40 anos 5 (12,5%) igualmente (Anexo 3 - Tabela 13). Assim sendo, denota-se que tanto a população infantil como a de idosos, necessitaram de mais internação do que a restante.

Como causas destas internações constatou-se que foram por pneumonia 12 (30%), por pressão alta 5 (12,5%), por bronquite e infecção intestinal igualmente 4 (10,0%) e problemas de alcoolismo e doença mental igualmente 3 (7,5%) (Anexo 3 - Tabela 14).

Ao analisar a faixa etária e os problemas que ocorreram, observa-se que a população infantil estaria mais susceptível provavelmente à pneumonia, considerando a umidade dos terrenos, das moradias, pelas frequentes inundações e as próprias condições dos domicílios analisados nas tabelas 12, 13, 14 e 15. A população idosa, estaria mais propensa a complicações dos

problemas de pressão alta. O problema de bronquite poderia afetar qualquer das faixas etárias mais incidentes bem como o problema de infecção intestinal que pode ter relação com a questão do abastecimento de água.

Este panorama reflete-se num estudo de morbidade ambulatorial realizado por um GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDO DE MORBIDADE (1987), no Estado de Santa Catarina onde aparecem com maior frequência os seguintes problemas de saúde, desde menores de 1 ano a mais de 50 anos: de um total de 3.696 diagnósticos, das seguintes doenças: do aparelho respiratório, 565 (15,3%) infecciosas e parasitárias, 268 (7,3%) do aparelho genito-urinário e 168 (4,5%) do aparelho digestivo.

Analisando separadamente a incidência destas doenças por faixa etária, observa-se com relação aos menores de 1 ano, de um total de 1.683 diagnósticos, foram: 371 (17,4%) infecção Vias Aéreas Superiores-Grupo I e 321 (15,0%) Parasitoses Intestinais. E na faixa etária de 50 e mais anos, de um total de 2.121 diagnósticos, foram: 356 (16,8%) Doenças do Aparelho circulatório, 125 (5,9%) Diabetes Mellitus e 107 (5,0%) Infecção de Vias Aéreas Superiores-Grupo I. Esclarece-se que como doenças do Grupo I, subentende-se sinusite, faringite, amigdalite, laringite; e do Grupo II são traqueites, traqueobronquites, bronquites, pneumonias, bronco-pneumonia, empiema, pleuriz, segundo o referido estudo.

A UNICEF (1988) salienta que as infecções respiratórias agudas, em particular a pneumonia, mataram em 1988 de 2 a 3 milhões de menores de 5 anos.

Para BROWN (1979), o congestionamento da moradia,

juntamente com o saneamento deficiente, promove a propagação de doenças infecciosas. Quando a família é muito numerosa, e precisa apertar seus orçamentos alimentares, resulta em nutrição deficiente; que por sua vez, enfraquece o organismo e o torna vulnerável a doenças.

TABELA 24

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TRATAMENTO DOS

PROBLEMAS DE SAUDE, DOS MORADORES DO BAIRRO

IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

PROBLEMAS DE SAUDE	EM TRATAMENTO		TOTAL DOS PROBLEMAS	
	F. ABS.	F. REL.	F. ABS.	F. REL. (%)
Pressão alta	32	58,1	55	100,0
Bronquite	10	17,0	59	100,0
Diabete	8	57,1	14	100,0
Coração	6	60,0	10	100,0
Doença Mental	5	50,0	10	100,0
Nervos	4	19,0	21	100,0
Epilepsia	3	75,0	4	100,0
Reumatismo	2	50,0	4	100,0
Câncer	2	100,0	2	100,0
Úlcera Gástrica	1	100,0	1	100,0
Arca caica	1	100,0	1	100,0
Hepatite	1	100,0	1	100,0
Tuberculose	1	100,0	1	100,0
Hanseníase	1	100,0	1	100,0
Coluna	1	100,0	1	100,0
Rim	1	100,0	1	100,0

De acordo com a Tabela 24, que se refere ao tratamento dos problemas existentes, de 59 moradores com problema de bronquite 10 (17,0%) fazem tratamento, de 55 com pressão alta 32 (52,1%) fazem tratamento, de 14 com diabetes 8 (57,1%) fazem tratamento.

Quanto aos problemas de maior incidência como a verminose e pediculose, constatamos que na Tabela 23, nenhum morador referiu que estava realizando tratamento (Tabela 23).

TABELA 25
DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A PROCURA DE
ASSISTENCIA DE SAUDE POR DOMICILIO DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

DESTINO DO LIXO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Posto de Saúde do Bairro	105	81,4
INPS	10	7,7
Outro Posto de Saúde	4	3,1
Consultório Médico Particular	1	0,8
Farmácia	1	0,8
Outros	8	6,2
TOTAL	129	100,0

A Tabela 25 indica que a procura de assistência de saúde pelos moradores concentra-se em 105 (81,4%) no Posto de Saúde do bairro, o que provavelmente está relacionado com a confiança depositada na instituição ou por ser a instituição de

saúde que está mais próximo dos moradores.

Isto foi verificado também pela Reportagem do INFORMATIVO DO UNIVALI (1989) ao observar os dados estatísticos de atendimento do Posto de Saúde, constatando assim a crescente demanda, conseqüente com o aumento da procura de assistência.

BAIRRO IMARUÍ PEDE SOCORRO

“Nossa saúde depende da continuidade do posto de assistência primária”



A população pobre depende dos serviços de saúde da Universidade

Constituído por moradores, na grande maioria, de baixa renda, que vivem em habitações precárias, úmidas, e sujeitas, periodicamente, às alterações da maré, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde existentes na cidade. Esse é o retrato do bairro Imaruí, localizado no 1º Distrito Industrial de Itajaí, às margens do rio Itajaí-açú, severamente atingido pelas duas grandes enchentes que assolaram o município, em 83 e 84. É nesse local, de profundas carências, que a UNIVALI, através da Faculdade de Enfermagem, vem desenvolvendo um dos trabalhos mais importantes a nível de extensão. Ali está instalado um pequeno Posto de Assistência Primária, que presta uma série de serviços de saúde àquela comunidade, mas que poderão ser interrompidos caso não haja a sensibilidade dos órgãos competentes no sentido de dotar o Posto da estrutura necessária para o atendimento à demanda, que cresce a cada dia. **Pág. 4**

VALLA (1986), questiona se imaginamos quantas pessoas passam diariamente pelas portas das nossas escolas e dos nossos centros de saúde. Pois, são nestes dois lugares públicos que as questões de saúde poderiam ser discutidas e ainda ajudar no

esclarecimento e organização da população.

Observou-se ainda que 103 (80%) representantes dos domicílios referiram contribuir com o INPS e 26 (20%) referiram não contribuir, (Anexo 3 - Tabela 15). Relacionando esses dados com a situação de emprego dos moradores, apresentada na Tabela 3, observa-se que mesmo não possuindo uma situação regular de emprego, os moradores demonstraram uma preocupação quanto a esta segurança de assistência de saúde.

STOTZ (1986) relata que em 1970 no Brasil, 9,3% da população total representava os contribuintes do INPS. Em 1980, esse número aumentou quase quatro vezes, representando 15,69% da população total do País. Em 1983, segundo dados do IBGE, 52,31% da população economicamente ativa não contribuíram. Reflete-se aí os efeitos da recessão econômica e do desemprego. Atualmente a política previdenciária tem se dirigido no sentido de incluir os desempregados e os subempregados entre aqueles com alguns direitos às políticas sociais.

TABELA 26

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A VACINAÇÃO
DAS CRINAÇAS, POR DOMICILIO, DO BAIRRO.
IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 85

VACINAÇÃO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Atrasada	45	53,0
Completas	37	43,5
Em andamento	3	3,5
TOTAL	85	100,0

Obs: Nesta Tabela estão excluídos os domicílios sem crianças (36) e os domicílios nos quais não foi verificada a vacinação das crianças (8). $N = 129 - 44 = 85$.

A questão da vacinação, na Tabela 26, chega a ser um dado alarmante, e torna-se preocupante quando 45 (53,0%) dos domicílios possuem crianças e não estão em dia com a vacinação e 40 (47,0%) estão completas ou em andamento. Principalmente considerando que no caso o posto de saúde do bairro possui vacinas. Provavelmente há necessidade de uma educação sanitária neste aspecto ou até mesmo uma melhor divulgação deste serviço. Apesar de alegarem procurar assistência com maior frequência no posto, observa-se que para a vacinação isto não está ocorrendo.

De acordo com RINEHART e KOLS (1985) os serviços preventivos, como a vacinação podem não ser aceitos tão ampla e prontamente quanto os serviços curativos, pois a população não vê seus benefícios imediatamente. Como alternativa o pessoal de saúde pode ganhar a credibilidade da população

prestando serviços curativos, ou mesmo outros desejados para que a população aceite também os preventivos.

A UNICEF (1990), afirma que "é essencial que se mantenha o impulso e se chegue a uma cobertura de 80% no final de 1990, atingindo mais de 90%, e mais cedo possível, a partir dela". No entanto, alega ainda, que os anos 80 demonstraram que mesmo nas nações mais pobres, altos índices de cobertura podem ser alcançados. Cita como exemplo a China, que é uma das 20 nações mais pobres do mundo, e 95% foi o índice atingido no uso das vacinas.

TABELA 27
DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O PRE-NATAL,
REALIZADO PELAS MÃES POR DOMICILIO DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 121

PRE-NATAL	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Só em algumas gestações	43	35,6
Em nenhuma gestação	40	31,0
Em todas gestações	38	29,5
TOTAL	121	100,0

Obs: Nesta Tabela estão excluídos as mulheres que não engravidaram (8). N = 129 - 8 = 121.

Analisando a situação da população materna, em termos de assistência no pré-natal, apresentada na Tabela 27, observa-se que em 83 (66,6%) dos domicílios as mães referiram não ter realizado o pré-natal juntamente com as que realizaram só em algumas gestações e apenas 38 (29,5%) o fizeram em todas as gestações. Isto vem demonstrar que esta população não está realizando a devida assistência nestas fases de suas vidas, e as causas necessitariam de uma melhor avaliação. Acrescenta-se que o posto de saúde do bairro, dispõe de um serviço semanal de assistência ginecológica e obstétrica.

TABELA 28

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O LOCAL DO PARTO DAS MULHERES POR DOMICILIO DO BAIRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 121

LOCAL DO PARTO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
No hospital	105	86,8
Em casa e no hospital	9	7,4
Em casa	7	5,8
TOTAL	121	100,0

Obs: Nesta Tabela estão excluídos as mulheres que não tiveram filhos (8). $N = 129 - 8 = 121$.

Quanto ao local do parto, ficou evidenciado na Tabela 28 que 105 (86,8%) das mães procuraram o hospital, 9 (7,4%) delas hospital e em casa e 7 (5,8%) ganharam os filhos em casa.

Observou-se que as mães mais idosas referiram ter ganhado os filhos em casa, o que provavelmente ocorreu em outras localidades, antes de virem residir no Bairro.

TABELA 29

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO AS PESSOAS QUE
REALIZARAM OS PARTOS DAS MULHERES DO BAIRRO
IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 121

REALIZAÇÃO DOS PARTOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Parteira	69	57,0
Médico e parteira	36	29,8
Médico	16	13,2
TOTAL	121	100,0

Existe em Itajai, um Hospital Maternidade, onde ainda atualmente, trabalham parteiras, além dos médicos obstétricos, conforme mostra a Tabela 29. Constatou que 69 (57,0%) das mães referiram ter realizados os partos com a parteira, apenas com o médico 16 (13,2%) delas e alguma vez com médico e outra vez com parteira 36 (29,8%).

Observou-se ainda que dos 129 domicílios, 121 (93,8%) possuem mulheres que tiveram filhos e em apenas 8 (6,2%) não engravidaram, (Anexo 3 - Tabela 16).

Referente a amamentação, 82 (67,8%) das mulheres amamentaram seus filhos e 39 (32,2%) não amamentaram. Observa-se que o período de amamentação é bastante positivo, onde 63 (76,8%) referiram ter amamentado acima de 3 meses variando até após 1 ano

da criança e apenas 19 (23,2%) das mães amamentaram de 1 a 3 meses. Fato que pode demonstrar a importância que estão depositando na amamentação.

A UNICEF (1988) espera que por volta de 1990 a proporção de mulheres que amamentam seus filhos, deverá ser de 75% quando da alta da maternidade e de 35% após os seis meses de vida do bebê. Enfatiza que a duração da amamentação é maior na África e Ásia do que na América Latina. Em 4 países africanos as crianças são amamentadas em média, 16 meses. Dentre 12 países Asiáticos a duração média da amamentação varia de 3 meses até 31 meses. Em 12 países da América Latina a duração média varia de 2 meses a 15 meses.

Entre alguns casos brasileiros MACLANN (1982), cita através de um estudo realizado, que menos de 5% das mulheres entrevistadas, na cidade de São Paulo, amamentaram por 6 meses ou mais e no Estado de São Paulo, menos de 50%, amamentaram por 1 mês.

Quanto ao aborto constou-se que 102 (79,1%) das mães não tiveram nenhum e 27 (20,9%) tiveram algum. E dessas, constatou-se que 20 (74,1%) tiveram só 1 e as restantes 7 (25,9%) tiveram mais de 2. Não ficou evidenciado nesta abordagem se o mesmo foi natural ou provocado, pois pensou-se que ao questionar a natureza do aborto, poderiam não responder verdadeiramente, pelo fato de não sentirem à vontade para afirmar quando tivesse sido provocado. Esta questão seria melhor avaliada através de outra fonte de informação, e não através do questionamento.

RINEHART (1985), sobre o aborto, vê relação com a anticoncepção, pois afirma que "altos níveis de aborto provocado

também demonstra o desejo das mulheres em evitar a gravidez".

As mães, em número de 112 (86,2%) demonstram não desejar mais filhos e apenas 17 (13,2%) delas fizeram menção de querer mais filhos.

Para RINEHART (1985), é indicio de uma forte necessidade de planejamento familiar, quando grande número de mulheres declaram não desejar mais filhos no presente ou no futuro. cita uma pesquisa realizada em 32 países em desenvolvimento no final da década de 70, que perguntava às mulheres se não desejam mais filhos, sendo que 3 a 72% das entrevistadas não queriam mais filhos, com uma média de 45%.

TABELA 30

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS MOTIVOS DA MÃE DE NÃO

QUERER MAIS FILHOS, NO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 112

MOTIVO DE NÃO QUERER MAIS FILHOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Porque é viúva, separada, sozinha pela idade	36	32,1
Porque fez laqueadura / fez histerectomia	25	22,4
Pelo custo de vida / pobreza	23	20,5
Porque já tem muitos filhos / e os que tem está bom	11	9,8
Porque tem filho doente / e os filhos já estão criados	9	8,0
Pelos problemas em casa / é muito nervosa	4	3,6
porque está grávida	4	3,6
TOTAL	112	100,0

NOTA: O N = 112 considerando as mães que não desejam mais ter filhos.

Ficou evidenciado (Tabela 30) que os maiores motivos de não desejarem mais filhos foram, por causa da viuvez, separação e idade 36 (32,1%) das mães, pelo custo de vida e pobreza, 23 (20,5%) porque fez laqueadura ou e histerectomia 25 (22,4%). Refletindo sobre estes motivos, talvez seja possível supor que as mulheres viúvas e separadas, com uma nova união, poderiam passar a desejar mais filhos, pois o fato de se sentirem sozinhas

aparentou ser um fator importante. Da mesma forma, supõe-se que se houver uma melhora na situação econômica, diminuindo a pobreza, do outro grupo de mulheres, possivelmente estariam propensas a engravidarem novamente.

Apesar que, 112 (86,6%) mães não desejam mais filhos constatou que somente 73 (56,6%) fazem uso de algum método anticoncepcional e 56 (43,4%) não o fazem.

Estes dados mostram que nem todas que disseram não desejar mais filho, estão se precavendo de alguma gravidez.

De acordo com referência das mulheres que fazem uso de algum método anticoncepcional, o método mais utilizado foi da pílula 44 (60,2%), seguido coito interrompido 18 (24,6%), (Anexo 3 - Tabela 18).

Segundo RINEHART (1985), na maioria dos países em desenvolvimento, entre 20 a 60% das mulheres casadas e em idade fértil, utilizam algum método anticoncepcional.

Quanto aos métodos utilizados, ISAACS et alii (1985), indicam que "cerca de 77 milhões de mulheres no mundo toda usam o DIU, cerca de 56 milhões usam anticoncepcionais orais, cerca de 35 milhões de casais usam condons e números menores utilizam outros métodos reversíveis. Além disso, calcula-se que cerca de 72 milhões de mulheres e 33 milhões de homens adotaram a esterilização voluntária.

TABELA 31

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS MOTIVOS DAS
MULHERES NÃO FAZEREM ANTICONCEPÇÃO DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC; 1988

N = 56

MOTIVO DE NÃO QUERER MAIS FILHOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Porque "já ligou ou retirou o útero	25	44,7
Ainda querem mais filho	13	23,2
Faz mal	12	21,4
Marido não quer	6	10,7
TOTAL	56	100,0

NOTA: N = 56 refere-se às mães que não fazem anticoncepção.

Os motivos apontados pelas mães de não fazerem anticoncepção, (Tabela 31) indicam certo desconhecimento, quanto aos métodos anticonceptivos, pois, das 56 mulheres que não fazem anticoncepção, 25 (44,7%) disseram que é porque "já ligou ou retirou o útero", ou seja, fizeram laqueadura ou histerectomia.

A UNICEF (1988) preconiza que por volta de 1990, pelo menos, 75% dos cidadãos com mais de 14 anos, deverão ser capazes de descrever com precisão, os vários métodos anticoncepcionais, incluindo o grau de segurança e eficácia.

Observou-se que as 73 (100%) das mães que utilizam algum método anticoncepcional, 41 (46,2%) disseram que utilizam sob orientação médica, 29 (39,6%) tiveram a indicação do

farmacêutico, de amiga ou parente e 3 (4,2%) alegeram indicação de um enfermeiro, (Anexo 3 - Tabela 19).

No tópico referente às características de saúde, em que foram apresentados os aspectos como problemas de saúde, tratamento dos problemas, a procura da assistência, vacinação das crianças, realização do pré-natal, local e realização dos partos, amamentação, ocorrência de abortos, desejo de mais filhos ou não, e anticoncepções, pode-se inferir que: os problemas de saúde mais incidentes foram verminose, pediculose, bronquite, pressão alta, alcoolismo e alergias; dessas doenças fazem tratamento com maior frequência o da pressão alta e o da bronquite; a maior parte dos moradores procuram a assistência no posto de saúde do bairro; a vacinação das crianças estão atrasadas; as mães não realizam muito frequentemente o pré-natal em suas gestações; os partos foram realizados no hospital e na maioria das vezes por parteiras; a amamentação precisa ser mais estimulada; as mães em sua maioria negam o aborto anterior; não querem mais ter filhos mas nem todas fazem anticoncepção; e das que utilizam algum método anticoncepcional nem todas o fazem com orientação médica.

4.4. Apresentação dos dados referentes aos problemas do Bairro.

A amostra constituiu-se de 129 domicílios, sendo os problemas ou necessidades do bairro identificados, segundo a percepção do morador entrevistado. Os dados foram analisados através dos problemas citados e depois priorizados por ordem da resolução para o morador.

TABELA 32

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS PROBLEMAS
REFERIDOS PELOS MORADORES, POR DOMICILIO, DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

PROBLEMAS DO BAIRRO POR DOMICILIO	REFERIDOS	
	F. ABS.	F. REL.
- Falta de calçamento	55	42,7
- Poeira e barro	39	30,2
- Falta de telefone público	36	28,0
- Mosquito ("Imaruim")	27	21,0
- Brigas entre os moradores	23	17,9
- Falta de ônibus	20	15,5
- Maré alta	16	12,4
- Falta de esgoto	15	11,6
- Falta de policiamento	13	10,0
- Moradores do mangue	11	8,5
- Distância do supermercado	11	8,5
- Valas abertas	10	7,8
- Mau cheiro	8	6,2
- Falta de ponto de taxi	4	3,1
- Lixo / Contrução de novo posto falta de luz	3	2,3
- Drogas / campo futebol / falta de água / cobras / falta den- tista no posto	2	1,6
- Umidade das casas / iluminação das ruas / farmácia longe / praça / bêbados / ratos / es- cola / seguranças nas ruas / prostituição	1	0,8

TABELA 33

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A PRIORIDADE
DOS PROBLEMAS REFERIDOS POR DOMICILIOS
DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS POR DOMICILIOS	REFERIDOS	
	F. ABS.	F. REL.
Calçamento	35	27,1
Poeira e barro	14	10,9
Ônibus	9	7,0
Esgoto	8	6,2
Brigas	8	6,2
Supermercado	7	5,4
Maré alta	6	4,3
Moradores do mangue	3	2,3
Telefone público	3	2,3
Valas abertas	3	2,3
Mosquitos ("imaruiim")	3	2,3
Mau cheiro	2	1,6
Falta de água	2	1,6
Segurança nas ruas	1	0,8
Construção de um postinho novo	1	0,8
Lixo	1	0,8
Umidade das casas	1	0,8

Na Tabela 32, estão expressos os problemas do bairro, referido pelos moradores dos 129 domicílios pesquisados, onde a

falta de calçamento apareceu com maior frequência, em 55 (42,7%), seguido pelo problema de poeira e barro nas ruas em 39 (30,2%) dos domicílios.

Estes dados coincidem com os da Tabela 33, quanto a priorização dos problemas, por 35 (27,1%), seguido do problema de poeira e barro em 14 (10,9%) dos domicílios.

Analisando juntamente as Tabelas 32 e 33, observa-se que certos problemas passam a ter menor importância para os moradores, quando são considerados por ordem de prioridade, como por exemplo a falta de telefone público referido por 36 (28,0%) deles e como prioridade surge apenas para 3 (2,3%) dos demais. Assim como também a grande quantidade de mosquitos (o imaruim) referido por 27 (21,0%) dos moradores e como prioridade surge igualmente para 3 (2,3%). As brigas entre os moradores, apareceu como problema para 23 (17,9%) e na ordem de prioridade surge para 8 (6,2%), onde ao analisar entre os mais prioritários, surge em 5º lugar.

SILVA (1990), no jornal "DIÁRIO DO LITORAL" de Itajaí, retrata as questões das brigas no bairro. Ao analisar os fatos ocorridos, percebe-se que também estão relacionados com a falta de policiamento:

BEBEU, NÃO PAGOU E APANHOU

O operário Lucas Moreira, 26 anos, passou por uma experiência diferente no início da noite da última quarta-feira. Só porque pediu fiado num bar, ganhou a maior surra. Ao chegar em casa do serviço, na rua Doutor Felipe Alencastro, bairro Imaruí, em Itajaí, Lucas resolveu dar um pulinho até o 'Bar da Maria', que fica próximo à sua residência. Lá, tomou uns tragos de cachaça e na hora de pagar viu que havia esquecido o dinheiro. Como já era cliente antigo do bar, o operário pediu à comerciante que 'pendurasse' a conta, pois pagaria no dia seguinte. O marido da comerciante, no entanto, escutou a conversa e disse que não aceitaria, que Lucas te-

AIDÉTICO SACANA TENTA CONTAMINAR GALERA

O aidético João Alido Hilário, 29 anos, também conhecido pela alcunha de "Nego Dinha", tentou contaminar várias pessoas que se encontravam ontem, por volta das 14h, no interior de um bar da rua Dr. Felipe Alencastro, no bairro Imaruí, em Itajaí. Armado de um facão, "Nego Dinha" se cortou propositalmente. Com o facão sujo de sangue, partiu pra cima de várias pessoas, levando-as ao pânico a galera. A situação somente foi controlada com a chegada de uma guarnição da Polícia Militar, que levou o aidético revoltado preso para o 2º DP.

Certos problemas mais evidentes que no princípio deste estudo, pensava-se que possivelmente fossem os mais graves para os moradores, como o das valas abertas, das inundações, do mau cheiro, não foram tão considerados em termos de serem resolvidos em primeira ordem, conforme constatou-se na reportagem DO

BAIRRO IMARUÍ PEDE SOCORRO

Nossa saúde depende da continuidade do posto de assistência primária

Constituído por moradores, na grande maioria, de baixa renda, que vivem em habitações precárias, úmidas, e sujeitas, periodicamente, às alterações da maré. Esse é o retrato do bairro Imaruí, localizado no 1º Distrito Industrial de Itajaí, às margens do rio Itajaí-açu. É nesse local, de profundas carências, que a UNIVALI, através da Faculdade de Enfermagem, vem desenvolvendo um dos trabalhos mais importantes a nível de extensão. Ali está instalado um pequeno Posto de Assistência Primária, que presta diariamente uma série de serviços de saúde àquela comunidade, mas que poderão ser interrompidos caso não haja a sensibilidade dos órgãos competentes no sentido de dotar o Posto da estrutura necessária para o atendimento à demanda, que cresce a cada dia.

A iniciativa de se criar um Posto de Assistência Primária surgiu em 1983, após o enchente que assolou o município com o rio Itajaí-açu. Naquela ocasião, a Faculdade de Enfermagem deu toda a assistência aos moradores e, sensibilizada pelos problemas daquela localidade, empenhou-se, juntamente com a Prefeitura Municipal e Rotary Clube, na implantação de um Posto de Saúde para a popula-

ção. Foram pioneiras nesta implantação as enfermeiras Maria Zófia Schubert, na época Diretora da Faculdade de Enfermagem, Gladys Turissi, Ana Bonilha e Gladys Brodersen.

A idéia acabou se transformando em realidade em 1984, quando então foi inaugurado o Posto, cujas características diferem um pouco dos postos tradicionais, desenvolvendo programas de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, de saúde mental, programa de hipertensos e saúde pública, imunização e atendimentos gerais, atendendo uma média de 80 pessoas por dia. A maior parte da população é constituída pelo Grupo Materno-Infantil, que por ser grupo de risco, exige assistência prioritária. Trabalham no Posto, tanto os acadêmicos da Faculdade de Enfermagem, através de estágio curricular, como os professores.

Observando dados estatísticos do atendimento prestado nos três últimos semestres, ficou constatado que a demanda vem crescendo visivelmente a cada semestre. No primeiro semestre de 88 foram feitos 5.267 atendimentos, no segundo semestre deste mesmo ano 7.412 e no primeiro semestre de 89 foram assistidas

7.877 pessoas. Porém, não obstante esses fatos e à credibilidade que o serviço tem junto à comunidade, a área física disponível não oferece as mínimas condições para o trabalho ali desenvolvido. A construção é de madeira, com 30 m² aproximadamente, possuindo quatro cômodos diminutos, condições precárias de higiene, pouco espaço para acomodar a mobília e equipamentos necessários, dificuldades na circulação e execução dos procedimentos.

Sendo assim, pelo fato da população do bairro ser extremamente pobre, ter dificuldades de acesso aos serviços de saúde existentes na cidade, isso associado ainda à distância e escassez de transporte urbano, se torna imprescindível a continuidade dos serviços oferecidos. Nesse sentido, a Faculdade de Enfermagem está encaminhando ofício reivindicando junto à CIMS — Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde e à Prefeitura de Itajaí, a construção de um Posto de Assistência Primária, de alvenaria, com tamanho suficiente para a continuidade e ampliação dos serviços ali prestados, bem como a criação de novos serviços, entre eles assistência jurídica, psicológica, pedagógica, etc.

Parece que os moradores percebem como problema mais grave o transtorno ocasionado pela poeira e o barro nos dias de chuva ou de inundações do rio, os quais seriam solucionados com o calçamento do bairro, segundo suas percepções.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo permitem as considerações diagnósticas apresentadas a seguir, que se referem à amostra estudada no Bairro Imaruí em Itajaí, SC. As extrapolações dos resultados embora possíveis, segundo o tamanho da amostra, devem ser feitas cautelosamente.

- Há predominância de uma população jovem na faixa etária de 0 a 20 anos e um declínio da população de idosos a partir dos 55 anos de idade.
- O fluxo migratório caracteriza-se pela forte migração interna do município, seguida pela migração intermunicipal.
- O crescimento do bairro é recente, pois (57,4%) da população mora no bairro de meses a 7 anos, somente.
- A grande maioria da população apresenta um baixo grau de instrução, pois, (84,6%) estão entre as pessoas que nunca estudaram ou possuem o 1º grau incompleto.
- Destaca-se nesta população o emprego doméstico como atividade profissional de maior frequência.
- As mães, em sua maioria, não trabalham fora, ou seja,

- não possuem uma atividade profissional remunerada, alegando ser por causa dos filhos.
- Da população que trabalha, a maioria trabalha fora do bairro e não utilizam meio de transporte, ou seja, vão a pé para o trabalho.
 - A religião predominante é a Católica.
 - O tipo de união dos moradores caracteriza-se na maioria, (64,3%) pelo casamento legal, ou seja, um casamento civil perante um juiz.
 - A renda familiar situa-se, com maior frequência, entre os que ganham somente até 2 salários mínimos, o que retrata um baixo nível econômico.
 - A grande maioria possuem aparelho de televisão (83,0%), e rádio (78,2%), apesar de baixo nível econômico.
 - Em consequência, a televisão e o rádio surgem como o lazer mais utilizado (53,5%) pela população.
 - Os moradores, (41%), possuem alguma habilidade manual, porém, nem todos realizam com remuneração, o que poderia aumentar suas fontes de renda.
 - O cão é o animal doméstico mais frequente nos domicílios.
 - Predomina no bairro, a casa própria, de madeira, com piso de madeira, a cobertura de telha.
 - Os domicílios possuem de 5 a 6 cômodos, sendo que existe de 1 a 5 pessoas por domicílio, em sua maioria.
 - Embora a grande maioria dos domicílios tenham luz elétrica e água encanada, a estratégia de

sobrevivência dos moradores é digna de nota, pois utilizam a extensão do vizinho (o "rabicho") para o abastecimento dos mesmos.

- O destino dos dejetos é feito pela rede pública.
- O acondicionamento é feito de forma inadequada em (84,5%), dos domicílios. O que talvez, venha favorecer a proliferação de insetos e roedores.
- Os insetos e roedores (moscas, baratas e ratos) estão presentes em (86,0%) dos domicílios.
- Apesar do lixo dos domicílios ser removido em (70,5%), pela prefeitura, o que não é removido, é jogado nos terrenos ou nas valas, sendo suficientes para atrair os insetos e roedores.
- A instalação sanitária é insuficiente para todos os domicílios, pois, (52%) não possuem, juntamente com os que possuem mas sem instalação hidráulica.
- O meio que dispõem os moradores para realizar o asseio corporal é a bacia e o balde, em (52%) dos domicílios, sendo, talvez, os mesmos que não possuem instalação sanitária ou os possuem sem instalação hidráulica.
- Os problemas de saúde mais incidentes entre os moradores são: a verminose, a pediculose, a bronquite, a pressão alta, o alcoolismo e as alergias.
- Com maior frequência fazem tratamento dos seguintes problemas de saúde: pressão alta, bronquite, diabete, problemas do coração e doença mental; talvez porque estes problemas manifestem algum sintoma que acabam

ocasionando mal estar e incômodo às pessoas.

- A população infantil e de idosos necessitam de mais internações e as causas foram: pneumonias, pressão alta, bronquite, infecção intestinal e doença mental.
- A maior parte dos moradores, (81,4%), procuram assistência no posto de saúde do bairro quando tem problema de saúde.
- A vacinação das crianças está atrasada.
- As mães, em (63,5%), não realizam sistematicamente o controle de suas gestações no pré-natal.
- Os partos foram realizados em sua maioria no hospital e por parteiras.
- O estímulo à amamentação necessita ser mais realizado; apesar de que a maioria, (63,5%), das mães amamentaram seus filhos.
- A grande maioria, (79,1%), nega aborto anterior.
- Não querem mais filhos, (86,8%), das mães, alegando motivo principal a viuvez, separação e idade em (32,1%), sendo que, talvez, se estes motivos fossem supridos, poderiam engravidar novamente.
- Das mães que não querem mais ter filhos, apenas (56,6%), fazem anticoncepção.
- As mães referiram como motivo mais freqüente de não fazer anticoncepção, a laqueadura ou histerectomia, o que denota um grau de desconhecimento quanto aos métodos anticoncepcionais.
- Nem todas as mães que utilizam algum método foi por meio de orientação médica.
- Os problemas do bairro mais significativos para os

moradores foram: falta de calçamento, poeira e barro, falta de telefone público, mosquitos, brigas entre os moradores, falta de ônibus, maré alta, falta de esgoto, falta de policiamento.

- Os problemas que deveriam ser resolvidos, mais prioritariamente, segundo os moradores são: falta de calçamento, poeira e barro, falta de ônibus e as brigas entre os moradores.

6. IMPLICAÇÕES, RECOMENDAÇÕES E LIMITAÇÕES

6.1. Implicações

Os resultados deste estudo conduzem a implicações importantes no que tange à cidadania dos habitantes do Bairro Imaruí. A solução cabal dos problemas de saúde, lá existentes, passam necessariamente por uma intervenção, sobretudo política e educativa adequada.

6.2. Recomendações

Com base nos resultados deste estudo recomenda-se que:

- * Estudos desta natureza sejam feitos por profissionais da saúde e outras áreas, como um trabalho contínuo no seio da comunidade, para a atualização, de modo constante, do diagnóstico.
- * Outros estudos sejam realizados, nos quais os dados para o Diagnóstico de Comunidade, sejam complementados, visando conseguir um diagnóstico mais completo possível.

* As instituições e os profissionais que trabalham no Bairro Imarui, utilizem os dados deste estudo e de outros semelhantes como base para planejar as ações de saúde, visando uma assistência mais próxima da realidade.

* As instituições e os profissionais que trabalham no Bairro Imarui, valorizem o Diagnóstico de Comunidade, como essencial para obter de informações e para decidir na solução dos problemas da comunidade.

6.3. Limitações

O Diagnóstico de Comunidade é de certa forma, muito amplo e abrangente para realizá-lo de forma completa e por isso tornou-se impossível neste estudo, a abordagem de inúmeras variáveis que poderiam ser consideradas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ACUNA, H. R. comunidad y el desarrollo de los servicios primarios de salud. Education Médica y Salud. v. 11, n. 2, 1977.
2. ADAMI, N.P. Aspectos teóricos dos cuidados primários de saúde. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 3, n. 5, out./nov./dez 1983.
3. AGUDELO, C.A. Participacion comunitaria en salud. Conceptos y criterios de valoración. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 95, n. 3, septiembre, 1983.
4. ALLEYNE, G.A.O. La salud u el desarrollo. Bol. de La Of. Sanit. Panam. Washington, D. C. v. 94, 4, abril 1983.
5. BARROS, S.M.P.F. Espreiência docente assistencial em saúde comunitária. Rev. Baiana Enf. v. 1, n. 2, p. 97 - 117, dez, 1985.

6. BRINK, P.J. & WOOD, M.J. Basic steps in planning nursing research: from question to proposal. Massachusetts: Dukys Duxbury Press North Scituate, 1978.
7. BROWN, L.R. Programas de planejamento de família. Population Reports. Washington: D. C. série J, n. 11, junho, 1977.
8. CAMARA, M.D. T. Inovações disponíveis em enfermagem comunitária. Trabalho apresentado no Curso de Especialização em Enfermagem Comunitária. UFPE. s. d.
9. CARVALHO, J.M.P.L. Entre a zona canavieira e o sertão de Pernambuco. Um projeto de educação e saúde. A saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro, Fase, 1986. cap. VI, p. 99 - 113.
10. CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE. Formation en planification familiale et besoins de la communauté. Paris, 1978.
11. CHINOY, Ely. Sociedade: Uma introdução a sociologia. São Paulo: Cultrix, 1980.
12. COSTA, E. A. Trabalhadores migrados: um estudo sobre fome e migração. Tese de dissertação de mestrado da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 1972.

13. COSTA, N. do R. et alii. Condições de vida e saúde dos brasileiros. A saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro, Fase. 1986. Cap. II, p. 36 - 58.
14. DOMINGUES, E. de F.A. Enfermagem e os novos rumos da saúde comunitária. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 2, n. 2, p. 62 - 40, nov./dez. 1982.
15. DRESSLER, D. & WILLIAM, M.W. Sociologia: o estudo da interação humana. Rio de Janeiro: Interciência, 1980.
16. FARIA, E.M. & PANCERA, O. Características metodológicas y filosóficas de la formación de recursos humanos en salud (medico y enfermeiro) e su correspondencia com las necesidades de salute de la poblacion y la organizacion de lo servicios de salute en Brasil. Tese de dissertação de mestrado. La Habana, Cuba, 1988.
17. FERRARA F.A., ACEGALE, E., PAGANINI, J. M. Medicina de la comunidad. Buenos Aires: Inter - Médica, 1976.
18. GEYNDT, W. de. Atención primaria de salud en zonas urbanas y rurales de los países en desarrollo: semejanzas y diferencias. Bol. Of. Sanit. Panam. vol. 94, n. 5, marzo, 1983.
19. GHISLANDI, E. Bairro Imarui pede socorro, Informativo da Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, nov. 1989, n. 6, p. 1 e 4.

20. GIDEON, H. Diagnóstico de comunidade: ponto de partida para programas de saúde comunitária - passos rumos a saúde comunitária. São Paulo: Paulinas, 1979.
21. GONZALES, L.U. & ZUNIGA, D.C. Costumbres sobre saneamento básico en poblacion suburbana. Estudio vinã del mar, Chile. Bol. de La Of. Sanit. Panam. v. 94, n. 5, mayo, 1983.
22. GRUPO DE TRABALHO INTERINSTITUCIONAL DE ESTUDOS DE MORBIDADE. Morbidade ambulatorial em Santa Catarina. Relatório preliminar. Florianópolis, SC, dez. 1987.
23. GRUPO DE TRABALHO PARLAMENTAR SAUDE (GTPS) - PMDB. A nova república e o setor de saúde. Propostas. Brasília, dez. 1985.
24. GRIFFITH, K.J. & CHRISTENSEN, P.J. Nursing process: application of theories, frameworks and models, 1986.
25. HORTON, P. B. Sociologia. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil, 1980.
26. ISAACS, S.L. e COOK, R.J. Leis e políticas que afetam a fecundidade: uma década de mudanças. Population Reports. Baltimore, Maryland, E.U.A., Série E, n. 7, ago. 1985.

27. KOLS, A. Migração, crescimento populacional e desenvolvimento. Populacion Reports, Baltimore, Maryland, E.U.A, Série M, n. 7, out. 1984..
28. LAKATOS, E. M. Sociologia geral. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1982.
29. LANDMAN, J. Saúde e assistência médica: Determinantes. Rev. Bras. de Ed. Médica. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, maio/jun./jul./ago. 1978.
30. LOUREIRO, S. Salud comunitaria. Secretaria de Estado de Salude Publica y Assistencia Social (SESPAS). Santo Domingo, México, diciembre. 1988.
31. MAURO, M.Y.C. Diagnóstico de saúde de comunidade. como atividade discente de enfermagem, utilizando o método de projeto. Rev. Bras. de Enf., Brasilia, v. 40, n. 2/3.
32. MACLANN M.F. et alii. Amamentação, fecundidade e planejamento familiar Population Reports. Baltimore, Maryland, E.A.U., série J., n. 24, nov. 1982.
33. MINAYO, M.C.S. A saúde em estado de choque. Rio de Janeiro: Fase, 1986.
34. NAJAR, A.L. et alii. O palno nacional de saneamento: As desigualdades encontradas. A Saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: Fase, 1986. cap. III, p. 59 - 72.

35. NOGUEIRA, M.J. de C. A pesquisa em enfermagem comunitária.
4º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Anais,
São Paulo, 1985.
36. _____. A pesquisa em enfermagem e a sua aplicação na
comunidade. Rev. Paul. Enf., São Paulo, v. 4, n. 2, p.
49 - 54, abr./jun. 1984.
37. _____. O processo de enfermagem em enfermagem
comunitária - uma proposta. Rev. Paul. Enf., São Paulo,
v. 3, n. 1, p.15 - 20, jan./fev. 1983.
38. NOGUEIRA, O. Pesquisa social: Introdução às suas técnicas.
São Paulo: Nacional, 1977..
39. OLIVEN, R.G. Urbanização e mudança social no Brasil. 4. ed.
Petrópolis: Vozes, 1984.
40. OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da
Conferência Internacional sobre cuidados primários de
saúde em Alma Ata. Brasil, 1979.
41. OPAS. Caracterização de la situación de salud en las
Americas. Bol. Of. Sanit. Panam. Washington, D.C. v. 96,
n. 6, junio. 1984.
42. _____. Salud y población. Bol. Of. Sanit. Panam.
Washington D.C; v. 97, n. 5, nov. 1984.

43. OPAS/OMS. El papel de la enfermera en la atención primaria de salud. Publicación Científica, Washington, D.C. n. 348. 1978.
44. ----- . La toma de posición de enfermería como una respuesta a la problemática de atención de salud en América Latina. Informe de un grupo expertos de Ciência de la salud. Washington, D.C. 1978.
45. OPAS/OMS. La enfermera en atención primaria de salud. Washington, D.C. 1976.
46. PARETA, J.M. & DIANDRETA JR., A.R.M. Saúde da comunidade. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
47. PILON, A.F. Desarrollo de la educación en salud - Una actualización de conceptos. Rev. Saúde Públ. São Paulo, n. 20, p. 391 - 6, 1986.
48. RAMOS, C.L. Participação popular nos programas de saúde. A saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: Fase, 1986. Cap. V, p. 93 - 8.
49. RELATORIO FINAL DA VIIIª CONFERENCIA NACIONAL DE SAUDE, 1986.
50. RIBEIRO, C. de M. Aspectos da pesquisa em enfermagem. Rev. Paul. de Enf., nov./dez. 1980.

51. RINEHART, W. e KOLS, A. Mães e crianças mais saudáveis através do planejamento familiar. Population Reports, Baltimore, Maryland, E.U.A., série J, n. 27, maio, 1985.
52. ROBAYO, J.C. Enfoques estratégicos regionales para la extension de la cobertura de los servicios de saúde. s.n.t.
53. SECRETARIA DO BEM ESTAR SOCIAL. Projeto de reforma da Unidade Sanitária de Itajai. Prefeitura Municipal de Itajai. Departamento de Saúde, 1989.
54. _____ Plano de Saúde para implantação de SUDS no Município de Itajai. Prefeitura Municipal de Itajai. Departamento de Saúde, out., 1988.
55. SILVA, S. Favelas surgem sem controle. Jornal do Povo. Itajai, 29 de junho de 1990. p. 1.
56. _____ Condições sub-humanas de sobrevivência. Jornal do Povo, Itajai, 29 de junho de 1990. p. 3.
57. _____ Favelas crescem na periferia. Jornal do Povo. Itajai, 29 de junho de 1990. p. 3.
58. _____ Moradores de Imarui protestam. Diário do Litoral, Itajai, 13 de dezembro de 1989. p. 3.

59. _____ . Bebeu, não pagou e apanhou. Diário do Litoral, Itajaí, 26 de outubro de 1990. p. 8.
60. _____ . Aidético sacana tenta contaminar galera. Diário do Litoral, Itajaí, 31 de outubro de 1990. p. 6.
61. _____ . Rato roia cadáver de velhinha. Diário do Litoral, Itajaí, 23 de janeiro de 1990. p. 8.
62. SILVA, L.T.L. da. Democracia. Brasil Urgente, São Paulo: FG, 1989.
63. _____ . Questão agrária. Brasil Urgente, São Paulo: FG, 1989.
64. _____ . Questão urbana. Brasil Urgente, São Paulo: FG, 1989.
65. _____ . Sociedade. Brasil Urgente, São Paulo: FG, 1989.
66. SOBREIRA, N.R. Enfermagem comunitária. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.
67. SOUZA, M.L. de. Desenvolvimento de comunidade e participação. São Paulo: Cortez, 1987.
68. STOTZ, E.N. Baixos salários, pouca saúde - Os males do Brasil são. A saúde em Estado de Choque. Rio de Janeiro: FASE, 1986. cap. IV. p. 73 - 92.

69. TAVARES, C.M.A. Planejamento para a participação de alunos dos últimos períodos do ciclo profissional de enfermagem na identificação e treinamento de parteiras leigas de uma comunidade. Rev. Bras. Enf. Brasília, v. 32, p.89 - 120. 1979.
70. UNICEF. Situação mundial da infância. Resumo. Brasília, 1990.
71. ----- Situação mundial da infância. Brasília, 1988.
72. ----- Minienciclopédia da sobrevivência infantil. Parte II da edição Completa, Brasília, 1986.
73. VALLA, V.V. & MELO, J.A.C. de. Sem educação ou sem dinheiro. A Saúde em Estado de Choque, Rio de Janeiro: FASE, 1986. cap. I. p. 09 - 35.
74. VERDERESE, M. de L. Las nuevas dimensiones de la función de la enfermera en la prestación de atención primaria de salud. s.n.t.
75. VIANA, H.M. Testes em educação. São Paulo: IBRASA, Fundação Carlos Chagas, 1973. 220p.
76. VIEIRA, E.A. A introdução à organização social da comunidade. Rio de Janeiro, Serviço Social do Comércio. 1958.

77. WILSON, F.S. Lei e política. Population Reports. Baltimore,
U.S.A., série E, n. 5, janeiro de 1979.

ANEXO 1 - Formulário

RAPPORT

Bom dia / Boa tarde

Meu nome é _____, sou enfermeira do "Postinho de Saúde" do Imarui e estou fazendo um trabalho sobre as condições de moradia, econômicas e saúde e sobre os problemas dos moradores deste bairro.

A minha intenção com este estudo é conhecer melhor as condições atuais de vida dos moradores do bairro.

A maneira pela qual você pode colaborar comigo é responder a algumas perguntas que eu farei, sendo que seu nome ficará em segredo.

Suas respostas serão de grande ajuda, pois elas servirão para auxiliar os profissionais de saúde que trabalham no "Postinho de Saúde", a darem um adequado atendimento a você, a sua família e a todos os moradores do Bairro.

Você aceita participar?

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS HABITANTES

1. Identificar o domicílio.

2. Especificar: a constituição familiar, idade, sexo, instrução,

5. Tempo de moradia no Bairro (especificar meses e/ou anos)

B - CARACTERISTICAS DOMICILIARES

6. Tipo de residência:

alvenaria

madeira

barro

mista

outro (especificar) -----

7. Regime de moradia:

própria

cedida

alugada

outra (especificar) -----

8. Tipo de piso:

chão batido

madeira

tijolo

misto

outro (especificar) -----

9. Tipo de telhado:

laje concreto

cimento (eternit)

telha

misto

outro (especificar) -----

10. Tipo de forro:

não possui

laje

madeira

misto

outro (especificar) -----

11. Especificar o número de cômodos no domicílio:

quarto _____

sala _____

cozinha _____

banheiro _____

TOTAL _____

12. Utiliza outro compartimento da casa como dormitório?

() não utiliza

() utiliza

13. Tipo de iluminação no domicílio:

() elétrica

() não elétrica

14. Abastecimento de água no domicílio é:

() com canalização interna

() sem canalização interna

15. Faz tratamento na água de beber?

() não faz

() faz

16. Instalação Sanitária:

() não possui

() possui, interna com instalação hidráulica

() possui, interna sem instalação hidráulica

() possui, externa com instalação hidráulica

() possui, externa sem instalação hidráulica

17. O asseio corporal (banho ou higiene pessoal) é de:

() chuveiro

() bacia

() outro (especificar) _____

() outro (especificar) _____

24. Se o pai não trabalha, especificar o motivo:

() aposentado por tempo de serviço

() aposentado por doença

() está desempregado

() outro (especificar) _____

25. Especificar os bens da família:

Tipo	OBS.
1. Fogão a gás	
2. Geladeira	
3. Liquidificador	
4. Máq. de lavar roupa	
5. Rádio	
6. Televisão p/b	
7. Televisão a cores	
8. Aparelho de som	
9. Batedeira	
10. Automóvel	
11. Telefone	
12. Outros bens (especificar) _____	

26. Indicar a situação de presença do "pai" no domicílio:

- reside na casa não reside na casa
 é falecido outro

27. Indicar a situação de presença da mãe no domicílio:

() reside na casa

() não reside na casa

() é falecida

() outro

28. O que a família mais procura como distração (o que gostam de fazer)?

29. Tem criação de animais?

() não tem

() tem

Em caso afirmativo, especificar:

Caprinos

Galinhas

Porcos

Gatos

Cães

Equinos

Outros (especificar)

30. Faz cultivo de horta?

() não faz

() faz

31. Habilidades manuais desenvolvidas pela família:

HABILIDADES	NAO	SIM	
		COM REMUNERAÇÃO	SEM REMUNERAÇÃO
- Costura			
- Tricô			
- Croché			
- Bordado			
- Vassouras			
- Traçado de Palha			
- Outros (especif.)			

32. Problemas de relacionamento na família (discussões, brigas, desentendimentos frequentes):

() não existe

() existe

Em caso afirmativo especificar com quem:

(a) vizinhos

(b) outros parentes

(c) próprios familiares da casa

(d) outras pessoas

33. Aquisição de alimentos (especificar o local)

34. Local de trabalho atual ou anterior (se está desempregado) do chefe da família:

() no bairro

() fora do bairro

35. Meio de transporte mais utilizado pelos membros da família.
(especificar)

ônibus

bicicleta

carro

outro

36. Especificar a quantidade diária de ônibus utilizado pelos membros da família:

01 ônibus

02 ônibus

03 ônibus

04 ônibus

mais de 5 ônibus

outro

D - INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE

37. Problema (de saúde) no domicílio, sexo, cor, idade e número de pessoas acometidas:

SIM/NAO	PROBLEMAS	Nº DE PESSOAS
	- Pressão alta	
	- Diarréia	
	- Verminose	
	- Doença Mental	
	- Câncer	
	- Alergias	
	- Doenças comuns: (esca- bióse, pediculose, der- matites, resfriados, etc.)	
	- Bronquites	
	- Alcoolismo	
	- Outros problemas (especificar) _____ _____ _____	

38. Alguma pessoa desta casa adoeceu nos últimos 12 meses, houve necessidade de internação?

() não

() sim

Em caso afirmativo, especificar:

SEXO	IDADE	CAUSA

39. Alguma pessoa desta casa faz tratamento para algum tipo de problema de saúde atualmente?

() não

() sim

Em caso afirmativo, especificar:

TIPO DE PROBLEMA	TIPO DE TRATAMENTO

40. A família contribui com o INPS?

() sim

() não

OBS.: _____

41. Morreu alguém desta casa, depois de estarem morando neste bairro?

() sim

() não

42. Em caso de doença, procuram qual assistência?
- () posto de saúde do bairro () consultório médico particular
- () INPS () farmacêutico
- () outro posto de saúde
- () outro (especificar) _____
43. Verificar como estão as vacinações das crianças:
(Pedir para ver as carteiras de vacinação)
- () completas () atrasadas
- () em andamento () não foi possível verificar
- () na residência não há crianças
44. A mãe fez algum tipo de exame pré-natal?
- () em todas as gestações () só em algumas gestações
- () não fez em nenhuma gest. () não engravidaram
45. Onde a mãe ganhou os filhos?
- () em casa () em casa e no hospital
- () no hospital () não tiveram filhos
46. Quem realizou o(s) parto(s)?
- () parteira () médico
- () médico e parteira () outras pessoas (espec.) _____
- () não tiveram filhos _____
47. Número de filhos que a mãe teve: _____
48. Número de filhos que morreram: _____
49. Número de filhos que estão vivos: _____

50. Amamentação:

AMAMENTOU		TEMPO DE AMAMENTAÇÃO
SIM	NÃO	

51. A mãe teve algum aborto?

Não

Sim

52. O casal quer ter mais filhos?

Sim

Não

Porquê? _____

53. Faz alguma coisa para evitar filhos?

Sim

Não

Como o faz?

Porquê?

usa pílula

não conhece os meios

usa DIU

lhe faz mal

usa CONDON

o marido não quer

usa tabela

ainda quer mais filhos

outros (espec.)

outros motivos (espec.)

54. Se a mãe usa algum método, quem orientou ou indicou?

médico

enfermeira

amiga

parente

outra pessoa (especificar) _____

E - PROBLEMAS DA COMUNIDADE

55. Os membros da família acham que este bairro possui problemas?

() sim () não () não sabem afirmar

Em caso afirmativo, especificar:

TIPOS DE PROBLEMAS

56. De todos os problemas apresentados, qual ou quais a sua família acha que deva ser resolvido logo? E qual a solução?

PROBLEMAS	POSSIVEIS SOLUÇÕES

ANEXO 2 - Avaliação do formulário

PREZADO PROFESSOR:

Gostaria que você fizesse uma avaliação dos itens do formulário a ser aplicado numa pesquisa de mestrado; sobre "Diagnóstico de Comunidade - como subsídio de planejamento da assistência de enfermagem à comunidade - realizado no Bairro Imaruí em Itajai, SC".

O objetivo desta avaliação será:

- verificar se o instrumento como um todo, aparenta ser uma medida adequada daquilo que se pretende medir; e

- verificar se existe consenso ou concordância entre as pessoas que vão avaliar, quanto à retirada, acréscimo ou modificação de itens.

Ao analisar cada item, deverá ser considerado:

- a clareza do item,
- a facilidade de leitura,
- a compreensão,
- e se o conteúdo relaciona-se com aquilo que se deseja medir.

A cada item um valor, de acordo com a escala estabelecida.

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO

GLADYS HEBE T. CONSALVES

ANEXO 3 - Tabelas.

TABELA 1

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TEMPO DE
MORADIA NO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TEMPO DE MORADIA NO BAIRRO		F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Meses	1 ano	13	10,1
1	3 anos	7	5,4
3	5 anos	25	19,4
5	7 anos	29	22,5
7	9 anos	17	13,2
9	3 anos	17	13,2
11 e	+ anos	21	16,2
TOTAL		129	100,0

TABELA 2

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O NUMERO DE
MAES QUE TRABALHAM, RESIDENTES NO BAIRRO
IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

NUMERO DE MAES QUE TRABALHAM	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Não trabalham	90	69,7
Trabalham	39	30,3
TOTAL	129	100,0

TABELA 3

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A SITUAÇÃO DA
 PRESENÇA DO PAI NOS DOMICILIOS DO BAIRRO
 IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

SITUAÇÃO DA PRESENÇA DO PAI	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Reside no domicilio	111	86,0
Falecido	10	7,8
Separado da mãe	8	6,2
TOTAL	129	100,0

TABELA 4

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS PAIS QUE
 TRABALHAM OU NAO, RESIDENTES NO BAIRRO.
 IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 111

PAIS QUE TRABALHAM OU NAO TRABALHAM	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Trabalham	86	77,5
Não trabalham	25	22,5
TOTAL	111	100,0

TABELA 5

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O LOCAL DE TRABALHO
ATUAL OU ANTERIOR DO CHEFE DA FAMILIA DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

LOCAL DE TRABALHO ATUAL OU ANTE- RIOR DO RESPONSÁVEL PELA FAMILIA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Fora do bairro	100	77,6
No bairro	29	22,4
TOTAL	129	100,0

TABELA 6

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O MEIO DE TRANSPORTE
MAIS UTILIZADO PELOS MEMBROS DO DOMICILIO, DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

MEIO DE TRANSPORTE	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
A pé	67	52,0
Bicicleta	33	25,5
Onibus	24	18,6
Carro	5	3,9
TOTAL	129	100,0

TABELA 7

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DIARIA
DE ONIBUS, PELA MORADORES POR DOMICILIO DO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

UTILIZAÇÃO DE ONIBUS POR DIA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Nenhum ônibus	105	81,4
Um ônibus	00	00,0
Dois ônibus	17	13,1
Três ônibus	00	00,0
Quatro ônibus	7	5,5
TOTAL	129	100,0

TABELA 8

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TIPO DE ANIMAL
CRIADO NO DOMICILIO DO BAIRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 81

TIPO DE ANIMAL CRIADO	SIM		NÃO		TOTAL	
	F.ABS.	F. REL.	F.ABS.	F. REL.	F.ABS.	F.REL.(%)
Cão	64	79,0	17	21,0	81	100,0
Pássaros	20	24,7	61	75,3	81	100,0
Galinha	14	17,2	67	82,8	81	100,0
Gato	12	14,8	69	85,2	81	100,0
Porco	3	3,8	78	96,2	81	100,0
Cavalo	1	1,3	80	98,7	81	100,0
Pássaros	20	24,7	61	75,3	81	100,0

TABELA 9

DISTRIBUIÇÃO DO NUMERO DE PESSOAS POR RESIDENCIA

NO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

NUMERO POR PESSOAS POR RESIDENCIA		F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
1	3	8	6,2
3	5	54	41,9
5	7	43	33,3
7	9	14	10,9
9	e +	10	7,7
TOTAL		129	100,0

TABELA 10

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A UTILIZAÇÃO DE

OUTRO COMODO COMO DORMITORIO NO DOMICILIO

DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

UTILIZAÇÃO DE OUTRO COMODO COMO DORMITORIO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Não utiliza	75	58,1
Utiliza	54	41,9
TOTAL	129	100,0

TABELA 11

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O TRATAMENTO
DOMICILIAR DA AGUA DE INGESTA NO DOMICILIO
DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

TRATAMENTO DA AGUA DE INGESTA	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Não faz	112	86,9
Faz	17	13,1
TOTAL	129	100,0

TABELA 12

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O NUMERO DE
PESSOAS QUE INTERNARAM NO HOSPITAL, NO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 662

INTERNAÇÃO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Não internaram	622	94,0
Internaram	40	6,0
TOTAL	662	100,0

TABELA 13

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O SEXO E A
 IDADE DAS PESSOAS QUE FORAM INTERNADAS.
 DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 40

IDADE	SEXO		MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
			F. ABS.	F. REL.	F. ABS.	F. REL.	F. ABS.	F. REL. (%)
0	1		4	10,0	2	5,0	6	15,0
1	5		5	12,5	3	7,5	8	20,0
5	10		2	5,0	1	2,5	3	7,5
10	15		1	2,5	1	2,5	2	5,0
15	20		0	0,0	0	0,0	0	0,0
20	30		3	7,5	2	5,0	5	12,5
30	40		3	7,5	2	5,0	5	12,5
40	50		1	2,5	2	5,0	3	7,5
50	e +		6	15,0	2	5,0	8	20,0
TOTAL			25	62,5	15	37,5	40	100,0

TABELA 14

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO AS CAUSAS DOS
 PROBLEMAS DE SAUDE QUE LEVARAM A INTERNAÇÃO
 DOS MORADORES DO BAIRRO BAIRRO IMARUI,
 ITAJAI, SC, 1988

N = 40

CAUSAS DE INTERNAÇÃO	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Pneumonia	12	30,0
Pressão Alta	5	12,5
Bronquite	4	10,0
Infeção Intestinal	4	10,0
Alcoolismo	3	7,5
Doença Mental	3	7,5
Coração	2	5,0
Diabete	1	2,5
Aborto	1	2,5
Úlcera Gástrica	1	2,5
Epilepsia	1	2,5
Câncer	1	2,5
Traumatismos por quedas	1	2,5
Calculo	1	2,5
TOTAL	40	100,0

TABELA 15

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO AS CONTRIBUIÇÕES DO
INPS POR DOMICILIO DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988.

N = 129

CONTRIBUIÇÃO DO INPS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Sim	103	80,0
Não	26	20,0
TOTAL	129	100,0

TABELA 16

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO O NUMERO DE MULHERES
QUE TIVERAM OU NÃO FILHOS, COM FILHOS MORTOS OU NÃO
E COM FILHOS VIVOS OU NÃO, POR DOMICILIO NO
BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

NUMERO DE MULHERES	SIM		NÃO		TOTAL
	F.ABS.	F. REL.	F.ABS.	F. REL.	
Que tiveram filhos	121	93,9	8	6,2	129 (100,0)
Com filhos mortos	29	21,7	101	78,3	129 (100,0)
Que tem filhos vivos	93	72,0	36	28,0	129 (100,0)

TABELA 17

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO A VONTADE DA
 MAE EM TER MAIS FILHOS, POR DOMICILIO.
 DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 129

QUER MAIS FILHOS	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Não	112	86,2
Sim	17	13,8
TOTAL	129	100,0

TABELA 18

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO OS METODOS
 ANTICONCEPCIONAIS UTILIZADOS PELAS MULHERES
 DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 73

METODO ANTICONCEPCIONAL	F.ABSOLUTA	F.RELATIVA (%)
Pílula	44	60,2
Coito Interrompido	18	24,6
Condom	6	8,3
Tabela	5	6,9
TOTAL	73	100,0

Obs: O N = 73 expressa as mulheres que referiram fazer anticoncepção e as que não referiram perfaz 56.
 $N = 129 - 56 = 73.$

TABELA 19

DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA, SEGUNDO QUEM ORIENTOU OU
INDICOU O USO DO METODO ANTICONCEPCIONAL AS
MULHERES DO BAIRRO IMARUI, ITAJAI, SC, 1988

N = 73

QUEM ORIENTOU OU INDICOU O USO DO METODO ANTICONCEPCIONAL	F. ABSOLUTA	F. RELATIVA (%)
Médico	41	56,2
"Farmacêutico"	11	15,1
Amiga	10	13,6
Parente	8	10,9
Enfermeiro	3	4,2
TOTAL	73	100,0