

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM BIOMEDICINA

Vitória Brum da Silva Nunes

**PROJETO PILOTO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE SÃO PEDRO DE PORTO  
ALEGRE: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES  
SUBMETIDOS A ESTRESSORES SOCIAIS.**

Porto Alegre

2017

Vitória Brum da Silva Nunes

**PROJETO PILOTO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE SÃO PEDRO DE PORTO  
ALEGRE: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES  
SUBMETIDOS A ESTRESSORES SOCIAIS.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel (a) em Biomedicina.

Área de habilitação: Saúde Pública

Orientador: Prof. João Henrique Corrêa Kanan  
Coorientadora: Profa. Tatiana Reidel

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Nunes, Vitória Brum da Silva

Projeto piloto desenvolvido na Comunidade São Pedro de Porto Alegre: Percepção da qualidade de vida dos moradores submetidos a estressores sociais /

Vitória Brum da Silva Nunes. -- 2017.

63 f.

Orientador: João Henrique Correa Kanan.

Coorientadora: Tatiana Reidel.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Curso de Biomedicina, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Comunidade São Pedro. 2. Estressores. 3. Qualidade de vida. 4. IgA-S. 5. Questionário SF-36. I. Kanan, João Henrique Correa, orient. II. Reidel, Tatiana, coorient. III. Título.

Vitória Brum da Silva Nunes

**PROJETO PILOTO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE SÃO PEDRO DE PORTO  
ALEGRE: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES  
SUBMETIDOS A ESTRESSORES SOCIAIS.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Biomedicina.

Aprovado em: 20 de dezembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Neusa Saltiel Stobbe - UFRGS

---

Carlos Eugênio Silva - UFRGS

---

João Henrique Correa Kanan - UFRGS (orientador)

## **RESUMO**

**OBJETIVO.** A Comunidade São Pedro está sujeita a diversos fatores estressores em função de sua condição de vida. O objetivo deste trabalho é analisar a percepção que os moradores têm de sua qualidade de vida e a possível associação dos fatores avaliados com a expressão de IgA-S salivar. **MÉTODOS.** A versão brasileira do questionário SF-36 foi aplicada para avaliação da qualidade de vida. As dosagens de IgA-S foram realizadas pela técnica da imunodifusão radial. Os resultados obtidos foram associados entre si, bem como associados às características de idade e sexo. **RESULTADOS.** A Comunidade São Pedro tem rosto e é feminino. Os homens apresentam melhor estado de saúde se comparado às mulheres. A maioria das medidas dos escores das escalas do SF-36 encontraram-se abaixo daqueles encontrados para a população brasileira. Os piores escores de qualidade de vida observados foram: “aspectos emocionais”, “dor”, “vitalidade” e “aspectos físicos”. A concentração média de IgA-S foi de 10,49 mg/dL. Foi vista correlação negativa entre a concentração de IgA-S e os componentes “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”, e entre idade e “capacidade funcional”. Houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” para os grupos femininos e masculinos, sendo maiores entre os homens. **CONCLUSÃO.** Mesmo apresentando um pior estado de saúde se comparado com a população brasileira em geral, a Comunidade São Pedro não apresenta correlação significativa entre qualidade de vida e expressão de IgA-S. A comunidade pode ter desenvolvido o processo de resiliência, adaptando-se positivamente as condições de vida estressantes.

Palavras chave: Comunidade São Pedro, Estressores, Qualidade de Vida, IgA-S, Questionário SF-36.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE.** The São Pedro Community is subject to several stressors due to its condition of life. The aim of this study is to analyze the residents' perception of their quality of life and their association with IgA-S expression in saliva. **METHODS.** The Brazilian version of the SF-36 questionnaire was applied to assess the quality of life. IgA-S concentration was determined by the radial immunodiffusion technique. The results obtained were associated with each other, as well as the characteristics of age and sex. **RESULTS.** The São Pedro Community has a female identity. Men are in better health when compared to women. Most of the measures of the SF-36 scales are below those found for the Brazilian population. The worst quality of life scores observed were: "emotional aspects", "pain", "vitality" and "physical aspects". The mean IgA-S concentration was 10.49 mg/dL. Negative correlation was observed between IgA-S concentration and components "functional capacity" and "general health status", and age and "functional capacity". There was statistically significant difference for "social aspects", "emotional aspects" and "mental health" domains when female and male groups means were compared, being higher among men. **CONCLUSION.** Even presenting a worse health condition compared to Brazilian population in general, São Pedro Community did not present a significant correlation between quality of life and IgA-S expression. A community may have developed the resilience process, adapting positively as stressful living conditions.

**Key words:** São Pedro Community, Stressors, Quality of Life, IgA-S, SF-36 Questionnaire.

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “capacidade funcional” do questionário SF-36 com a concentração de IgA-S 39
- Figura 2** – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “estado geral de saúde” do questionário SF-36 com a concentração de IgA-S 39
- Figura 3** – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “capacidade funcional” do questionário SF-36 com a idade 40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Valores de referência para o cálculo do <i>RAW SCALE</i>	32
<b>Tabela 2</b> – Características de sexo e idade de uma população de adultos moradores da Comunidade São Pedro	33
<b>Tabela 3</b> – Valores gerais obtidos para cada componente do questionário SF-36	34
<b>Tabela 4</b> – Medida da média dos escores das oito escalas do SF-36 da população da amostra segundo faixa etária	35
<b>Tabela 5</b> – Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do SF-36, idade e concentração de IgA-S	38
<b>Tabela 6</b> – Valores obtidos para as variáveis relacionadas ao questionário SF-36 e a concentração de IgA-S em relação ao sexo; e valor de p associado ao Teste t de Student	40



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO GERAL .....</b>	<b>9</b>
1.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE – SAÚDE AMPLIADA .....	10
1.2 ESTRESSE.....	11
1.2.1 Agentes Estressores.....	12
1.2.2 Alterações biológicas ligadas ao estresse .....	13
1.2.3 Estresse como resultado da falta de qualidade de vida .....	14
1.2.4 Imunoglobulina IgA secretora (IgA-S) salivar como marcador fisiológico do estresse.....	15
1.3 COMUNIDADE SÃO PEDRO E SEUS ESTRESSORES SOCIAIS .....	15
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>17</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL .....</b>	<b>19</b>
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	19
<b>4 ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	<b>20</b>
<b>5 CONCLUSOES E PERSPECTIVAS.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO CADERNO DE SAUDE PUBLICA/REPORTS IN PUBLIC HEALTH (CSP).....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXO C – VERSAO BRASILEIRA DO QUESTIONARIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36.....</b>	<b>60</b>

## INTRODUÇÃO GERAL

De acordo com Barros e Lehfeld<sup>31</sup>, a pesquisa aplicada tem como motivação a necessidade de produzir conhecimento para aplicação de seus resultados, com o objetivo de contribuir para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade.

A extensão universitária é a ação da universidade junto à comunidade que possibilita o compartilhamento, com o público externo, do conhecimento adquirido por meio do ensino e da pesquisa desenvolvidos na instituição.

O artigo 207 da Constituição Brasileira de 1988 dispõe que “as universidades [...] obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”. Esse tripé constitui o eixo fundamental da Universidade brasileira.

Neste cenário, percebe-se que alguns cursos da área da saúde, dentre eles o curso de Biomedicina oferecido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ora tem sido palco de análises e debates que têm dado destaque ao ensino, ora a pesquisa, sendo o eixo extensão pouco estimulado. Portanto, esta situação pode induzir uma formação que se preocupa com a produção do conhecimento científico, e carecer de uma que se preocupe com os problemas da sociedade contemporânea, perdendo a compreensão ético-político-social conferida quando se pensa no destinatário final desse saber científico: a sociedade.

O presente estudo visa articular ensino, pesquisa e extensão e para isso fez parceria com o Projeto de Extensão “Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro”, que surgiu em 2012 e desde então desenvolve atividades de mobilização social com a Comunidade São Pedro. O projeto está vinculado ao Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, da UFRGS (PROEXT/MEC), e tem como princípio o conceito de saúde ampliada, considerando os condicionantes e determinantes sociais. O projeto é coordenado por uma professora do curso de Serviço Social da Universidade, tendo uma configuração interdisciplinar, composto por estudantes de diversas áreas da saúde, comunicação e humanas.

Dentro da lógica de saúde ampliada, o projeto Despertar (como é carinhosamente conhecido o projeto “Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro”) busca promover e intermediar ações que reflitam no acesso à saúde e outros direitos sociais,

bem como colaborar para o fortalecimento dos moradores e da comunidade São Pedro como um todo. Todas as ações desenvolvidas são pensadas juntamente com a população local, evitando um trabalho de mão única, da universidade para a comunidade, e promovendo ações por meio de uma relação de troca com os moradores, planejadas de forma coletiva, contribuindo para a participação dos mesmos.

## 1.1 CONCEPÇÃO DE SAÚDE – SAÚDE AMPLIADA

Por muito tempo, predominou o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças físicas e mentais. Segundo o Dicionário da Educação Profissional em Saúde produzido pela Fundação Oswaldo Cruz<sup>1</sup>, até o século XX era o modelo biomédico que predominava, como pode ser observado pelo seguinte trecho:

Durante o século XIX, foi estruturado o modelo biomédico, que associava a doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão anatomofisiológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, a política e a economia e, conseqüentemente, localizando suas principais estratégias de intervenção no corpo doente.

Nesse sentido, até meados do século XX, os serviços de saúde privilegiaram na sua organização a atenção médica curativa. Em 1948, finda a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece a saúde como direito do indivíduo e, a sua promoção e proteção obrigação do Estado. Reformula, também, o seu conceito definindo saúde como o estado mais completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença<sup>2</sup>.

No Brasil, no final dos anos de 1980, com a VIII Conferência Nacional de Saúde e a elaboração da Constituição Federal de 1988, avançam os debates a respeito do conceito de saúde ampliada, e o entendimento que saúde é um direito de todos e dever do Estado, sendo este direito garantido a partir de políticas públicas, econômicas e sociais. Estabelece o Art. 196 da Constituição Federal de 1988 que:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a Constituição Federal de 1988 e posterior regulamentação pela lei 8.080/90 institui-se o Sistema Único de Saúde (SUS), marco da Reforma Sanitária Brasileira. Essa lei embasa

os serviços de saúde, garantindo a universalidade ao acesso à saúde, a integralidade e a equidade de assistência, respeitando cada indivíduo em suas complexidades, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, considerando a participação popular<sup>3</sup>; além de efetivar a saúde ampliada na linha da promoção, proteção e recuperação em saúde.

Com o avanço da reforma sanitária, o modelo da determinação social da saúde/doença procura articular diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Considerando, assim, os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária<sup>4</sup>.

No 3º artigo da Lei 8.080/90, se classifica como fatores determinantes e condicionantes à saúde:

(...) a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo Único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social<sup>3</sup>.

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde<sup>5</sup>, os determinantes Sociais de Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Por conseguinte, manter-se saudável depende da interação entre o ambiente e a capacidade de adaptação a ele ou da resiliência. Ambiente, relações sociais e saúde são, portanto, indissociáveis; e promover a saúde, nesta perspectiva, requer ir além dos serviços de saúde<sup>6</sup>.

Portanto, o conceito de saúde ampliada não se refere apenas ao tratamento das doenças, mas também as articulações políticas, econômicas e sociais; levando-se em consideração os determinantes e condicionantes sociais e como tudo isso influencia no estado geral de saúde dos indivíduos.

## 1.2 ESTRESSE

Atualmente, as doenças que mais atingem o ser humano são aquelas caracterizadas pelo acúmulo lento e progressivo de danos, sendo uma dessas doenças o estresse. De acordo com

uma pesquisa realizada em 2012 pela OMS, o estresse afeta mais de 90% da população mundial e é considerado uma pandemia<sup>7</sup>.

Segundo Selye<sup>8</sup>, o termo estresse significa reação inespecífica do organismo frente a qualquer exigência. Quando um organismo é submetido a estímulos que ameacem a sua homeostasia, ele tende a reagir com um conjunto de respostas específicas, que constituem uma síndrome, desencadeada independentemente da natureza do estímulo, caracterizando o estresse.

Para McGrath<sup>9</sup>, o estresse é um desequilíbrio substancial entre a capacidade de demanda (física ou psicológica) e a capacidade de resposta, condições em que o fracasso e a satisfação de uma certa demanda têm consequências importantes.

Portanto, o estresse é um estado gerado pela percepção de estímulos capazes de promover excitação emocional e produzir diversas manifestações sistêmicas e distúrbios fisiológicos e psicológicos.

### **1.2.1 Agentes Estressores**

Estímulos de diversas fontes podem desencadear respostas fisiológicas que culminam no estresse, esses estímulos são denominados agentes estressores. Há três tipos de agentes estressores: os sensoriais ou físicos, o psicológico e as infecções<sup>10, 11, 12, 13, 14,15</sup>.

Os estressores sensoriais ou físicos envolvem um contato direto com o organismo. O frio, o calor, os desafios diversos do dia a dia, as condições de moradia e território no qual se vive, a capacidade funcional, os aspectos físicos e a dor são considerados agentes estressores sensoriais ou físicos.

Os estressores psicológicos ativam o sistema nervoso central através de mecanismos puramente cognitivos, sem qualquer contato com o organismo. Como exemplo, podemos citar: o ambiente social e seus aspectos, a vitalidade, os aspectos emocionais e a saúde mental.

Por último, as infecções, visto que os vírus, bactérias, fungos ou parasitas que infectam o ser humano induzem a liberação de citocinas pelos macrófagos, os leucócitos especializados na eliminação, por fagocitose, de qualquer invasor do organismo. As citocinas, por sua vez,

ativam um importante mecanismo endócrino de controle do sistema imunológico, além de gerar um processo inflamatório.

Em situações de exposição a estressores, há uma percepção dos mesmos pelos seguintes sentidos: tato, audição, visão, paladar e olfato. Nesse momento, são emitidos sinais através do sistema nervoso para o Sistema Límbico que é composto pelo tálamo e hipotálamo, que por consequência ativa o Sistema Nervoso Autônomo Simpático (SNAS) e o Eixo HHA (Eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal), ativando e desencadeando respostas gerais e específicas ao estressor<sup>16</sup>.

### **1.2.2 Alterações biológicas ligadas ao estresse**

As reações do organismo aos agentes estressores têm um propósito evolutivo, são em essência uma resposta à quebra da homeostasia. Selye denominou o conjunto de reações do estresse de Síndrome da Adaptação Geral (SAG) e a dividiu em três estágios: reação de alarme, de resistência e de exaustão<sup>17</sup>.

No primeiro estágio ('alarme'), o corpo reconhece o estressor e ativa o sistema neuroendócrino. As glândulas adrenais (supra-renais) passam então a produzir e liberar os hormônios do estresse (adrenalina, noradrenalina e cortisol), podendo levar à imunossupressão (ou seja, a redução das defesas do organismo).

O segundo estágio ('resistência') ocorre caso o agente estressor mantenha sua ação. É caracterizada pela reação de hiperatividade do córtex da adrenal sob imediação diencefalo-hipofisiária. Este estágio é caracterizado pelo aumento do córtex da adrenal; pela atrofia do timo, baço e todas as estruturas linfáticas, hemodiluição, aumento do número de leucócitos, diminuição do número de eosinófilos; ulcerações no aparelho digestivo; aumento da secreção de cloro na corrente sanguínea; irritabilidade; insônia; mudanças de humor (como depressão); diminuição do desejo sexual<sup>18</sup>.

No entanto, se o estresse continua, o terceiro estágio ('exaustão') começa e pode provocar o surgimento de doenças associadas à condição estressante. Nesse estágio ocorre o retorno à fase de alarme, falha dos mecanismos de adaptação e esgotamento por sobrecarga fisiológica.

O estresse agudo repetido inúmeras vezes, assim como o estresse crônico, pode trazer consequências desagradáveis, incluindo disfunção dos mecanismos de resposta imune.

### **1.2.3 Estresse como resultado da falta de qualidade de vida**

Os peritos da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram, em 1995, qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A definição desse grupo reflete a natureza subjetiva da avaliação que está imersa no contexto cultural, social e ambiental<sup>19</sup>.

Para Testa & Simonson<sup>20</sup>, o termo qualidade de vida ligada à saúde refere-se aos domínios físico, psicológico e social da saúde visto como áreas distintas e influenciadas pela experiência pessoal, por crenças, expectativas e percepções. Portanto, é um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por diferentes fatores.

A qualidade de vida ligada à saúde é um valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos e a organização política e econômica do sistema assistencial<sup>21</sup>. Estes fatores indutores estão diretamente relacionados às desigualdades sociais presentes na sociedade, visto que o acesso aos serviços de saúde é diferenciado para os diferentes grupos sociais.

Os efeitos do estresse crônico ou agudo contínuo comprometem a saúde, porém não estão limitados apenas a isso. O estresse, além de oportunizar o desenvolvimento de várias doenças, propicia um prejuízo para a qualidade de vida e a produtividade do ser humano.

Atualmente, os estudos sobre estresse abrangem não apenas as consequências no corpo e na mente humana, mas também suas implicações para a qualidade de vida da sociedade. O estresse pode afetar a saúde, a qualidade de vida e a sensação de bem-estar como um todo<sup>22</sup>.

### **1.2.4 Imunoglobulina IgA Secretora (IgA-S) salivar como marcador fisiológico do estresse**

Já foi demonstrada relação entre estresse psicológico crônico e doenças e infecções, principalmente do trato respiratório<sup>23</sup>. Sabe-se que mais de 95% de todas as infecções se iniciam na superfície das mucosas<sup>24</sup>. As nossas superfícies mucosas são protegidas por proteínas que são originadas nas glândulas exócrinas, entre elas as glândulas salivares. A maior parte dessas proteínas constitui-se de imunoglobulinas, majoritariamente a IgA, que pode ser considerada o principal marcador da imunidade em mucosa.

Algumas evidências científicas sugerem que o estresse está associado a uma diminuição nos níveis de IgA-S<sup>26,27,28</sup>. Por outro lado, segundo Tsujita & Morimoto<sup>25</sup> o estresse imediato aumentaria a secreção de IgA-S imediatamente após o estresse, ao contrário do estresse retardado que diminuiria a secreção de IgA-S vários dias após o estresse. Para Viena et al<sup>34</sup>, a exposição a um estressor agudo, bem como durante o estresse crônico, aumentaria os níveis de IgA-S. Portanto, o efeito do estresse na expressão de IgA é controverso, embora Moreira<sup>35</sup> tenha demonstrado que a diminuição de IgA está associada a uma maior suscetibilidade a infecções, principalmente do trato respiratório.

## **1.3 COMUNIDADE SÃO PEDRO E SEUS ESTRESSORES SOCIAIS**

A Comunidade São Pedro está situada em uma área central de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, em frente ao Bourbon Shopping da Avenida Ipiranga. Sua formação inicial se deu na década de 1970, instalando-se em áreas pertencentes ao estado e ao Hospital Psiquiátrico São Pedro.

É uma comunidade que está exposta a diferentes agentes estressores, tais como: falta de saneamento básico, pobreza, falta de acesso à políticas públicas, desinformação, invisibilidade dos moradores, falta de comunicação, opressão, tráfico de drogas, violência, preconceito, entre outros desafios enfrentados pela Comunidade e que refletem diretamente na sua condição de saúde. Isto é registrado por Robin & Reidel<sup>29</sup> da seguinte forma:

Tem no território um grande número de usuários de drogas, muitos que exercem funções ativas no comércio ilícito. Violências variadas estão



presentes no cotidiano dos moradores, como a violência policial e a miséria. A estigmatização é subjetivada pelos moradores, gerando um sentimento de baixa auto estima e descrença que desmobiliza a organização comunitária.

A Comunidade São Pedro possui uma localização privilegiada no que tange ao acesso às redes de infraestrutura, serviços e equipamentos. No entanto, por sua situação estrutural, sócio-econômica e de estigma social, o acesso a aqueles itens torna-se dificultado. O Assentamento em si fica “escondido” no interior de um quarteirão, invisível aos olhos de todos e com limitada comunicação viária com seu exterior<sup>30</sup>.

Em levantamento realizado no segundo semestre de 2016 pela arquiteta e urbanista Marília Backes em parceria com o projeto Despertar<sup>25</sup>, há aproximadamente 650 moradores na Comunidade, sendo que 51% são mulheres e 49% são homens. Os dados revelam uma população com 37% de crianças até 14 anos, 17% de jovens de 17 a 21 anos, 44% de adultos de 22 a 64 anos e 2% de idosos (acima de 65 anos). Quanto à escolaridade, 56% das pessoas possuem ensino fundamental incompleto, sendo que apenas 5% possui ensino médio completo e menos de 1% possui nível superior. A maioria das famílias recebe até três salários mínimos (97%), sendo que 58% recebe até 1 salário mínimo.

Quanto às condições de moradia, 8% das residências da comunidade são consideradas precárias ou muito precárias e 47% consideradas razoáveis. A maior parte das redes de infraestrutura de água, drenagem, esgoto, energia e iluminação se encontram em situação irregular, sendo provenientes de derivações feitas informalmente (“gatos”) <sup>25</sup>.

## 2 JUSTIFICATIVA

A situação de pobreza expõe as pessoas à marginalização e ao estresse constante, e sabe-se que o estresse é um conjunto de reações físicas e psicológicas capaz de facultar diversas manifestações sistêmicas e distúrbios no organismo, portanto, comunidades mais pobres estão sujeitas, com maior frequência, as consequências negativas (distresse) do estresse. A exposição a um contexto adverso, como o da pobreza, é reconhecidamente fator de risco à saúde mental e física<sup>32</sup>.

Comunidades pobres estão expostas a diversos estressores sociais, que as tornam mais vulneráveis em saúde e que, por consequência, comprometem sua qualidade de vida, sendo essa exposição produto das desigualdades sociais existentes na sociedade contemporânea. A desigualdade social em saúde se refere a situações que implicam algum grau de injustiça, isto é, diferenças que são injustas porque estão associadas a características sociais que sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter sadio<sup>33</sup>.

Tal comunidade está submetida a diversos estressores sociais, decorrentes da sua situação estrutural, sócio-econômica e de estigma social. Problemas como falta de saneamento básico, violência, falta de políticas públicas, entre outros, são importantes fatores que comprometem a qualidade de vida dos moradores da Comunidade.

Visto que não há estudos científicos realizados nesta comunidade, principalmente na área da saúde, este trabalho pretende identificar esta população, seus fatores de risco em saúde, bem como levantar e integrar dados de maneira funcional. Além disso, é um modo de dar visibilidade a esta comunidade e aos seus moradores.

Para a realização desta pesquisa foi necessário que a pesquisadora se inserisse dentro desta realidade e entendesse o funcionamento da Comunidade, bem como conhecesse os moradores. O dispositivo utilizado para essa inserção foi o Projeto de Extensão “Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro”, projeto vinculado ao Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, da UFRGS (PROEXT/MEC), que desenvolve atividades de mobilização social na Comunidade desde 2012. Foram necessários seis meses de inserção no Projeto e na Comunidade para que a pesquisadora se sentisse apta para desenvolver um projeto de pesquisa dentro deste território específico.

Este estudo pretende produzir evidências científicas que poderão ser úteis para o melhoramento, formulação e implementação de políticas de saúde na Comunidade São Pedro, podendo assim melhorar a aplicação de recursos, buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde desta população específica.

O presente estudo surge de uma inquietação acerca das possibilidades de “ser biomédica”. Com formação voltada para a docência (quase que exclusivamente), pois os cursos da área da saúde oferecidos pela UFRGS, dentre eles o curso de Biomedicina, tendenciam para uma formação que se preocupa com a produção do conhecimento científico e carecem de uma formação que se preocupe com os problemas da sociedade contemporânea. Este trabalho pretende articular a pesquisa, ensino e a extensão universitária, para que além de produção científica, se possa estabelecer interlocuções sociais e culturais com diferentes seguimentos da sociedade, buscando favorecer a auto-reflexão crítica, a emancipação teórico-prática e o significado de responsabilidade social.

### **3 OBJETIVO GERAL**

Visto que a Comunidade São Pedro está sujeita a diversos fatores estressores em função de sua condição de vida este trabalho tem como objetivos analisar a percepção que os moradores desta comunidade têm de sua qualidade de vida e a possível associação dos fatores avaliados com a expressão de IgA-S, um importante componente do sistema imune adaptativo de mucosas.

#### **3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 3.1.1** Registrar a percepção que moradores adultos desta comunidade têm quanto a sua qualidade de vida utilizando questionário específico e validado para este fim;
- 3.1.2** Comparar os resultados observados para os moradores da Comunidade São Pedro com valores de referência nacional;
- 3.1.3** Determinar a concentração de IgA secretora na saliva dos indivíduos que responderem o questionário de qualidade de vida;
- 3.1.4** Comparar os resultados observados de IgA secretora nos moradores da Comunidade São Pedro com valores de referencia na população em geral;
- 3.1.5** Analisar a associação entre os níveis de expressão de IgA secretora e os resultados observados com o questionário de percepção de qualidade de vida.

#### **4 ARTIGO CIENTÍFICO**

### **PROJETO PILOTO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE SÃO PEDRO DE PORTO ALEGRE: PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES SUBMETIDOS A ESTRESSORES SOCIAIS.**

PILOT STUDY DEVELOPED IN THE COMMUNITY SÃO PEDRO IN PORTO ALEGRE:  
PERCEPTION OF THE QUALITY OF LIVING OF THE DWELLERS SUBMITTED TO  
SOCIAL STRESSORS.

Vitória Brum da Silva Nunes<sup>1</sup>, Tatiana Reidel<sup>2</sup>, João Henrique Corrêa Kanan<sup>3</sup>.

1 Curso de Biomedicina, Instituto de Ciências Básicas da Saúde – UFRGS

2 Departamento do Serviço Social, Instituto de Psicologia - UFRGS

3 Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia, Instituto de Ciências Básicas da Saúde - UFRGS

## RESUMO

**OBJETIVO.** A Comunidade São Pedro está sujeita a diversos fatores estressores em função de sua condição de vida. O objetivo deste trabalho é analisar a percepção que os moradores têm de sua qualidade de vida e a possível associação dos fatores avaliados com a expressão de IgA-S salivar. **MÉTODOS.** A versão brasileira do questionário SF-36 foi aplicada para avaliação da qualidade de vida. As dosagens de IgA-S foram realizadas pela técnica da imunodifusão radial. Os resultados obtidos foram associados entre si, bem como associados às características de idade e sexo. **RESULTADOS.** A Comunidade São Pedro tem rosto e é feminino. Os homens apresentam melhor estado de saúde se comparado às mulheres. A maioria das medidas dos escores das escalas do SF-36 encontraram-se abaixo daqueles encontrados para a população brasileira. Os piores escores de qualidade de vida observados foram: “aspectos emocionais”, “dor”, “vitalidade” e “aspectos físicos”. A concentração média de IgA-S foi de 10,49 mg/dL. Foi vista correlação negativa entre a concentração de IgA-S e os componentes “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”, e entre idade e “capacidade funcional”. Houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” para os grupos femininos e masculinos, sendo maiores entre os homens. **CONCLUSÃO.** Mesmo apresentando um pior estado de saúde se comparado com a população brasileira em geral, a Comunidade São Pedro não apresenta correlação significativa entre qualidade de vida e expressão de IgA-S. A comunidade pode ter desenvolvido o processo de resiliência, adaptando-se positivamente as condições de vida estressantes.

Palavras chave: Comunidade São Pedro, Estressores, Qualidade de Vida, IgA-S, Questionário SF-36.

## ABSTRACT

**OBJECTIVE.** The São Pedro Community is subject to several stressors due to its condition of life. The aim of this study is to analyze the residents' perception of their quality of life and their association with IgA-S expression in saliva. **METHODS.** The Brazilian version of the SF-36 questionnaire was applied to assess the quality of life. IgA-S concentration was determined by the radial immunodiffusion technique. The results obtained were associated with each other, as well as the characteristics of age and sex. **RESULTS.** The São Pedro Community has a female identity. Men are in better health when compared to women. Most of the measures of the SF-36 scales are below those found for the Brazilian population. The worst quality of life scores observed were: "emotional aspects", "pain", "vitality" and "physical aspects". The mean IgA-S concentration was 10.49 mg/dL. Negative correlation was observed between IgA-S concentration and components "functional capacity" and "general health status", and age and "functional capacity". There was statistically significant difference for "social aspects", "emotional aspects" and "mental health" domains when female and male groups means were compared, being higher among men. **CONCLUSION.** Even presenting a worse health condition compared to Brazilian population in general, São Pedro Community did not present a significant correlation between quality of life and IgA-S expression. A community may have developed the resilience process, adapting positively as stressful living conditions.

Key words: São Pedro Community, Stressors, Quality of Life, IgA-S, SF-36 Questionnaire.

## INTRODUÇÃO

Em 2016, a International Labour Organization (ILO) concluiu que o estresse é um problema global, visto que 90% dos participantes de sua pesquisa indicaram o estresse como uma real preocupação em seus países (pesquisa realizada em 54 países diferentes)<sup>1</sup>. O estresse atingiu níveis de prevalência mundial altas e preocupantes. O estresse é um fenômeno normal no corpo humano<sup>2</sup>, porém, em excesso, pode tornar-se patológico e acarretar em alterações biológicas emocionais, fisiológicas (incluindo disfunção dos mecanismos de resposta imune) e comportamentais importantes<sup>3</sup>. Lazarus & Folkman<sup>4</sup> abordam esta questão da seguinte forma:

Este modo, patológico, do estresse deve ser entendido como um modelo transacional, que tem impacto sobre a saúde, originado pelos problemas do cotidiano. Sendo mensurado a partir de sua frequência, intensidade e duração como também mediado pela personalidade e estilo individual de enfrentamento de cada um<sup>4</sup>.

As experiências estressoras (ou agentes estressores) são situações (ou agentes físicos, mentais ou infecções) que estimulam a necessidade de adaptação do organismo e que geram alguma mudança de comportamento, estilo de vida ou hábitos cotidianos<sup>5,6</sup>. Atualmente, faz-se necessário realizar investigações sobre a probabilidade de ser mais vulnerável ao risco cumulativo de estressores, para que se possa conhecer as características que expõem as pessoas aos efeitos adversos do estresse, e/ou as protegem de seus efeitos<sup>7,8</sup>.

A pobreza é conhecidamente um agente estressor importante, visto que os grupos demográficos menos favorecidos estão expostos, injustamente, a mais desafios ambientais e a condições de vida mais difíceis. Segundo Robert Sapolsky<sup>9</sup>, a hierarquia baseada em características socioeconômicas subjetivas pode provocar danos à saúde semelhantes aos causados por condições tão objetivas como a falta de hospitais. Portanto, sentir-se pobre é uma questão indispensável em saúde, pois é o principal responsável pelo estresse a que se acham submetidos os que se consideram hierarquicamente inferiorizados.

Segundo artigo publicado pelo Dr. Drauzio Varella<sup>10</sup>, a pobreza, além de dificultar a adoção de estilos de vida mais saudáveis, causa a diminuição da autoestima, alienação política e tensões psicossociais que provocam liberação dos mediadores hormonais característicos do estresse crônico, associado ao aumento da mortalidade, e à predisposição ao aparecimento de doenças degenerativas e infecciosas.



Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo analisar a percepção de qualidade de vida de moradores de uma comunidade pobre, submetida a estressores sociais, a Comunidade São Pedro, bem como a possível associação dos fatores avaliados com a expressão de Imunoglobulina A secretora (um importante componente do sistema imune adaptativo de mucosas, utilizado como marcador fisiológico do estresse).

A Comunidade São Pedro está situada em uma área central de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, instalada em áreas pertencentes ao Estado e ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. É uma comunidade que está exposta a diferentes agentes estressores, tais como: falta de saneamento básico, pobreza, fragilidade de acesso à políticas públicas, desinformação, invisibilidade dos moradores, falta de comunicação, opressão, tráfico de drogas, violência, preconceito, entre outros desafios enfrentados diariamente pela Comunidade e que refletem diretamente na sua condição de saúde.

Para a realização desta pesquisa foi importante a vinculação da pesquisadora com a Comunidade São Pedro, e o dispositivo utilizado para tal inserção foi o Projeto de Extensão “Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro” que já havia detectado demandas no que se refere a necessidade de decifrar condições e modo de vida desta população. O projeto está vinculado ao Programa de Extensão e Pesquisa em Saúde Urbana, Ambiente e Desigualdades, da UFRGS (PROEXT/MEC), e desenvolve atividades de mobilização social na Comunidade desde 2012, considerando os condicionantes e determinantes sociais desse território específico.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo foi realizado na Comunidade São Pedro, situada no bairro Partenon, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A amostra foi composta por 42 sujeitos de pesquisa de ambos os sexos, residentes na Comunidade São Pedro. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e julho de 2017.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pessoas residentes na Comunidade São Pedro com idade igual ou superior a 22 anos e que assinaram o TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Os critérios de exclusão foram: indivíduos que

não aceitaram e assinaram o termo de consentimento para participar da pesquisa; indivíduos menores de 22 anos ou que possuíam deficiência auditiva.

Após o encaminhamento, apreciação e aprovação pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, além de ser submetido ao Sistema CEP/CONEP por meio da Plataforma Brasil, iniciou-se a coleta de dados (CAAE 66317317.1.0000.5347).

## APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

Para avaliar a qualidade de vida dos sujeitos foi aplicado o questionário genérico de qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey, Anexo C), traduzido e validado no Brasil<sup>11</sup>. Esse questionário é largamente utilizado em todo o mundo demonstrando propriedades de reprodutibilidade, validade e suscetibilidade às alterações.

O SF-36 é um instrumento multidimensional, composto por 36 itens, que avaliam dois componentes: o componente saúde física (CSF) e a saúde mental (CSM). O CSF apresenta as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); dor (nível de dor e impacto no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais); e estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde). O CSM consta das dimensões: vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar). Os resultados de cada componente variam de 0 a 100 (do pior para o melhor quanto à condição de saúde)<sup>12</sup>.

Quanto ao procedimento, os sujeitos de pesquisa foram abordados em suas residências, em horário comercial (de segunda a sexta-feira) e de forma aleatória, pela pesquisadora e bolsistas do Projeto de Extensão da UFRGS “Emancipação e Autonomia: Despertar da Comunidade São Pedro”. Após serem feitos esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e procedimentos que seriam adotados os sujeitos eram convidados a participarem. A aplicação dos questionários seguiu a metodologia por conveniência, ou seja, dependeu dos moradores

das residências visitadas aceitarem respondê-los. Em seguida, os sujeitos recebiam um termo de consentimento contendo informações sobre o intuito da pesquisa. Assinavam o termo aqueles que apresentavam interesse em participar e que possuíam os requisitos necessários para inclusão na amostra. Logo depois, o questionário era aplicado pela pesquisadora ou pelas bolsistas do Projeto de Extensão da UFRGS.

## COLETA DAS AMOSTRAS DE SALIVA

O procedimento para a coleta das amostras de saliva foi realizado, exclusivamente, pela pesquisadora, seguindo normas universais de biossegurança e transporte de amostras<sup>13</sup>.

As amostras de saliva total foram obtidas dos moradores cerca de duas horas após a última refeição e naqueles que não apresentavam sangramento em qualquer parte da boca. Foi solicitado aos sujeitos que deixassem juntar saliva na boca e em seguida fosse colhido o volume em um frasco coletor estéril, esse processo foi repetido durante o período de um minuto. O frasco foi colocado em um isopor com gelo para o transporte. As amostras foram levadas para o setor de Parasitologia do Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia da UFRGS, onde foram retiradas alíquotas de 400 µL das amostras e armazenadas a -20 °C para posterior dosagem de IgA-S salivar.

## DETERMINAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA A SECRETORA (IGA-S)

A dosagem de IgA foi realizada pela técnica da imunodifusão radial, utilizando-se o sistema Diffu-Plate da Biocientífica S.A.

O princípio deste método consiste de uma imunoprecipitação em gel de agarose entre o antígeno a ser quantificado e seu anticorpo homólogo. Ela é realizada incorporando-se um dos reagentes imunes (geralmente o anticorpo), uniformemente em uma placa de agarose e, em seguida, introduzindo-se o outro reagente em pequenos poços escavados no gel. O antígeno difunde-se radialmente na mistura gel-anticorpo e se forma um disco ou anel visível até um ponto que dependerá da relação estequiométrica antígeno-anticorpo. À medida que mais antígeno se difunde, o precipitado se dissolve e reaparece a uma distância maior no poço. Este aumento no diâmetro da precipitação continua até que se complete a reação entre antígeno e o anticorpo.

Enquanto o precipitado está se expandindo (de 16 a 20 horas) a relação entre o diâmetro do anel e o logaritmo da concentração de antígeno é aproximadamente igual. Assim que a reação se completa, a relação entre o quadrado do diâmetro e a concentração é linear.

O ponto final da difusão é indicado pelo aparecimento de um halo de bordas nítidas. O mesmo se alcança uma vez atingido o tempo de incubação. A partir desse momento, pode-se efetuar a leitura, já que o halo não aumentará de tamanho. O cálculo dos resultados foi feito utilizando o método de determinação de rotina, onde se utilizou a tabela de valores de referência que acompanha cada placa<sup>14, 15, 16, 17, 18, 19,20</sup>.

A leitura do diâmetro dos halos foi feita através de um paquímetro eletrônico digital profissional, mediante treinamento da pesquisadora que realizou as medições.

## METODOLOGIA ESTATÍSTICA

Para a análise dos escores do questionário SF-36 é realizada a ponderação dos dados, onde cada questão recebe um valor previamente estabelecido, em seguida são calculados os domínios, chamados de *RAW SCALE*, pois o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida. Os domínios irão variar de 0 a 100, onde 0=pior e 100=melhor para cada domínio. O cálculo é feito por meio da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondents} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (*Score Range*) são fixos e estão estipulados na Tabela 1, abaixo:

<b>Tabela 1 – Valores de referência para o cálculo do RAW SCALE</b>			
<b>Domínio</b>	<b>Pontuação da(s) questão (ões) correspondente</b>	<b>Limite Inferior</b>	<b>Variação (Score Range)</b>
<b>Capacidade Funcional</b>	03	10	20
<b>Limitação por aspectos físicos</b>	04	4	4
<b>Dor</b>	07+08	2	10
<b>Estado geral de saúde</b>	01+11	5	20
<b>Vitalidade</b>	09 (somente os itens a+e+g+i)	4	20
<b>Aspectos sociais</b>	06+10	2	8
<b>Limitações por aspectos emocionais</b>	05	3	3
<b>Saúde mental</b>	09 (somente os itens b+c+d+f+h)	5	25

Os dados obtidos foram digitados (e conferidos para evidenciar erros) no formato de banco de dados no programa Microsoft Excel 2007 e no software SPSS versão 17.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

Para a correlação entre duas variáveis quantitativas, uma análise bivariada, fez-se gráficos de dispersão e teste de correlação linear de Pearson, no programa Microsoft Office Excel 2007. Ainda com esse programa, utilizou-se estatística descritiva, por meio de tabela de frequência, média aritmética e seus respectivos desvios-padrões, mediana, moda, variância, mínimo e máximo. Para a correlação entre variáveis quantitativas e qualitativas, fez-se o teste t de Student no software SPSS (versão 17.0), sendo considerados significativos valores que assumiam um  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição da amostra quanto às características de sexo e idade (anos) dos 42 moradores adultos da Comunidade São Pedro encontra-se na Tabela 2.

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Masculino</b>	8	19%
<b>Feminino</b>	34	81%
<b>Idade (anos)</b>		
<b>Média</b>	41,60 anos	
<b>22-24</b>	7	16,67%
<b>25-34</b>	10	23,81%
<b>35-44</b>	7	16,67%
<b>45-54</b>	10	23,81%
<b>55-64</b>	5	11,90%
<b>65-74</b>	3	7,14%
<b>≥75</b>	0	0,00%

81% da amostra é composta por mulheres, sendo esta predominância observada na maioria das faixas etárias estudadas, com exceção da faixa 65-74 anos, onde inverte-se a predominância e os homens passam a ser a maioria da amostra. Visto que as mulheres vivem quase oito anos a mais do que os homens<sup>21</sup>, esse decréscimo na faixa etária 65-74 anos não era esperada. A desigualdade persistente que gera o fenômeno do aumento das mulheres entre os mais pobres, implica em maior vulnerabilidade<sup>22</sup>, principalmente em saúde, isso pode explicar a possível queda no número de mulheres na faixa etária mais idosa (65-74 anos), dentro dessa comunidade específica.

Existem fatores de gênero que incidem com maior peso na vida das mulheres, as tornando mais vulneráveis com relação à pobreza<sup>23</sup>, isso explica a predominância de mulheres dentro da Comunidade São Pedro e por consequência na amostra (81%). Cita Melo<sup>24</sup> que “No que se refere à população brasileira, uma vez que além de ser feminina, a pobreza também é negra”. Segundo mapeamento realizado na Comunidade São Pedro, em 2016, pela arquiteta e urbanista Marília Backes em parceria com o Projeto Despertar<sup>25</sup>, há aproximadamente 650 moradores na Comunidade, sendo que 51,24% são mulheres.

A desigualdade persistente gera o fenômeno do aumento das mulheres entre os pobres, o que, por sua vez, implica em maior vulnerabilidade à violência

doméstica, à contaminação do vírus HIV, assim como à restrição no acesso aos cuidados devidos<sup>26</sup>.

Os valores gerais obtidos para cada componente do questionário SF-36 encontram-se na tabela 3, enquanto que a média de cada um dos componentes do questionário está evidenciada na tabela 4, segundo faixa etária.

**Tabela 3 – Valores gerais obtidos para cada componente do questionário SF-36**

<b>Componentes</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Variância</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
<b>Capacidade funcional</b>	70,83	77,50	100,00	26,80	718,19	10,00	100,00
<b>Aspectos físicos</b>	56,55	75,00	100	43,14	1861,57	0,00	100,00
<b>Dor</b>	54,21	51,50	20,00	28,02	785,39	10,00	100,00
<b>Estado geral da saúde</b>	63,09	69,50	72,00	26,06	679,21	5,00	97,00
<b>Vitalidade</b>	56,43	60,00	55,00	24,75	612,54	5,00	100,00
<b>Aspectos sociais</b>	68,15	75,00	100,00	27,63	763,74	12,50	100,00
<b>Aspectos emocionais</b>	46,03	33,33	0,00	44,75	2002,83	0,00	100,00
<b>Saúde mental</b>	58,48	66,00	68,00	26,22	687,57	8,00	100,00

**Tabela 4 – Medida da média dos escores das oito escalas do SF-36 da população da amostra segundo faixa etária**

Faixa etária	CF	AF	Dor	EGS	VT	AS	AE	SM
<b>22-24 anos (n=7)</b>								
Média	87,14	64,28	68,57	70	60,71	64,28	38,09	63,43
<b>25-34 anos (n=10)</b>								
Média	78	52,5	47,3	65,5	52,5	63,75	23,3	48,4
<b>35-44 anos (n=7)</b>								
Média	53,57	53,57	51	51,86	38,57	58,93	47,62	55,34
<b>45-54 anos (n=10)</b>								
Média	73,1	55	48,3	62,5	59,5	78,75	60	56
<b>55-64 anos (n=5)</b>								
Média	68	75	58,2	67,6	67	70	73,3	66,4
<b>65-74 anos (n=3)</b>								
Média	46,67	33,33	64,33	51,33	73,33	75	44,4	82,67

CF: capacidade funcional; AF: aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Em 2013, foi publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia os dados normativos brasileiros do questionário SF-36<sup>27</sup>, afim de que estes dados fossem utilizados para determinar se os escores de um grupo ou indivíduo estão acima ou abaixo da média do seu país, grupo etário ou sexo. As medidas dos escores padronizados das escalas do questionário da população brasileira segundo faixa etária foram comparados com os escores obtidos com a aplicação do questionário na população da Comunidade São Pedro. Foi visto que os escores dos homens da comunidade foram maiores que os das mulheres nos oito domínios, em conformidade com os dados normativos brasileiros que mostram que os escores dos homens brasileiros são maiores do que os das mulheres em todos os domínios e componentes do SF-36. Esse resultado era esperado, visto que a “invencibilidade” masculina é uma concepção dominante de ser “homem”, nas quais – dentre as inúmeras imagens associadas à masculinidade - destacam-se as de ser forte, ter corpo resistente e ser invulnerável<sup>28</sup>, portanto, apresentam uma percepção melhor sobre seu estado de saúde.

Segundo Stern et al. para adolescentes mexicanos, dentro do modelo dominante de masculinidade, destaca-se que ser homem é ser forte. Figueroa-Perea, com base em estudos brasileiros, observa que, na construção e na percepção social do corpo masculino, ressalta-se a ideia de ser resistente. Essa ideia pode fazer com que homens caracterizem as suas vidas como algo heroico. Guerriero et al., baseado em entrevistas com motoristas paulistanos, o fato de homens se sentirem fortes pode fazer com que os tornem mais vulneráveis a riscos e doenças<sup>28</sup>.



Esse resultado traz uma discussão importante no que diz respeito às implicações de modelos dominantes de masculinidade para o campo da saúde pública. Segundo Berhame et al.<sup>29</sup>, as normas culturais utilizadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de convicções e hábitos mais saudáveis. Os homens da Comunidade São Pedro, por exemplo, ao supostamente se sentirem invulneráveis, resistentes e fortes, em sua maioria não acessam os serviços de saúde, muito menos adotam comportamentos preventivos. Este pressuposto é corroborado por informações provenientes dos agentes de endemia da Unidade Básica de Saúde Bananeiras a qual esta comunidade está vinculada.

As medidas dos escores das oito escalas do questionário SF-36 observadas segundo a faixa etária na amostra do presente estudo foram comparadas com as medidas padronizadas da população brasileira. Foi constatado que a Comunidade São Pedro apresenta escores mais baixos do que o da população brasileira em praticamente todas as faixas etárias, com exceção daquela compreendida entre 55-64 anos nos componentes “capacidade funcional”, “aspectos físicos”, “estado geral de saúde” e “vitalidade” e da faixa etária 65-74 anos nos componentes “vitalidade” e “saúde mental”. Essas exceções podem ser explicadas pelo fato dessas faixas específicas apresentarem os menores n amostrais dentre as faixas etárias analisadas, portanto não representam bem a população da Comunidade São Pedro.

87,5% das medidas dos escores das oito escalas do SF-36 da população da amostra segundo faixa etária encontram-se abaixo daqueles encontrados para a população brasileira em geral, demonstrando um pior estado de saúde. Esse pior estado de saúde pode ser resultante da nítida desigualdade no estado da saúde dentro dessa Comunidade comparado com o da sociedade em geral. Desigualdade esta gerada pela invisibilidade na qual a comunidade está submetida. A invisibilidade que estamos tratando é aquela onde o Estado não responde as necessidades sociais dessas pessoas porque não há interesse humano nisso e acaba prevalecendo o interesse de uma classe hegemônica dominante. De acordo com dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a maioria das 687 mil famílias em situação de extrema pobreza e ainda não assistidas por políticas públicas está nos centros urbanos (75%), inclusive em cidades com mais de 100 mil habitantes (39%)<sup>30</sup>, portanto, as pessoas que mais precisam do Estado são aquelas que se encontram nas cidades, teoricamente perto dos serviços e instrumentos de assistência, muitas vezes dentro de zonas valorizadas da cidade que são muito bem cuidadas e vistas pelo Estado, como é o caso da Comunidade São Pedro.

Sou um homem invisível. Não, não sou um fantasma como os que assombravam Edgar Allan Poe... Sou um homem de substância, de carne e osso, fibras e líquidos – talvez se possa até dizer que possuo uma mente. Sou invisível, compreendam, simplesmente porque as pessoas se recusam a me ver... Minha invisibilidade também não é, digamos, o resultado de algum acidente bioquímico da minha epiderme. A invisibilidade à qual me refiro ocorre em função da disposição peculiar dos olhos das pessoas com quem entro em contato (...)³¹.

Os piores escores de qualidade de vida foram observados quanto aos componentes “aspectos emocionais”, “dor”, “vitalidade” e “aspectos físicos”, respectivamente (Tabela 2). Em geral, os moradores da Comunidade São Pedro são muito influenciados pela sua condição emocional, fator que exerce forte impacto sobre o desempenho nas atividades diárias e/ou profissionais; além disso, ainda no domínio saúde mental, apresentam uma pior percepção subjetiva do seu estado de saúde. No domínio saúde física, foi visto que apresentam um nível de dor significativo, bem como maior impacto da saúde física, que influenciam no desempenho de suas atividades.

A concentração média de Imunoglobulina A secretora salivar produzida pelos moradores da Comunidade São Pedro é em torno de 10,49 mg/dL. Considera-se normal o intervalo de concentração de 1,59 a 41,45 mg/dL³². Mesmo que a concentração média esteja dentro do intervalo de referência, nota-se que esta se encontra mais próxima do limite inferior do intervalo.

A IgA-S, nos últimos anos, vêm sendo utilizada como marcador fisiológico do estresse. Algumas evidências científicas sugerem que o estresse está associado a uma diminuição nos níveis de IgA-S³³,³⁴,³⁵. Entretanto, os achados da literatura ainda são inconsistentes quanto os diferentes tipos de estresse (agudo ou crônico e imediato ou retardado) e sua relação com a secreção de IgA-S. Tsujita & Morimoto³⁶ distinguem dois tipos de estresse: o imediato que aumentaria a secreção de IgA-S imediatamente após o estresse e o estresse retardado que diminuiria a secreção de IgA-S vários dias após o estresse. Já Viena et al³⁷ observam que na exposição a um estressor agudo, bem como durante o estresse crônico leve, os níveis de IgA-S aumentariam. Portanto, o que podemos inferir com segurança é que a diminuição dessas imunoglobulinas é capaz de diminuir as defesas imunológicas. Moreira³⁸ em seu estudo sugere a partir dos resultados encontrados que:

Torna-se evidente que a diminuição na eficácia da imunidade humoral a nível das mucosas (o que reflete nos baixos níveis de IgA salivar), está associada a um aumento do número de episódios de Infecções do Trato Respiratório Superior (ITRS): ou seja, quanto mais baixo for o nível de IgA salivar, maior será a incidência de infecções³⁸.

Por conseguinte, podemos sugerir que a Comunidade São Pedro que está submetida a diferentes estressores sociais, apresenta uma concentração de IgA-S dentro do intervalo de referência, porém mais próxima do intervalo inferior, fato que poderia representar uma suscetibilidade maior a doenças e infecções, principalmente do trato respiratório.

**Tabela 5 – Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios do SF-36, idade e concentração de IgA-S**

	IgA-S (mg/dL)	Idade	CF	LAF	Dor	EGS	V	AS	LAE	SM
IgA-S (mg/dL)	1									
Idade	0,086	1								
CF	-0,307*	-0,330*	1							
LAF	-0,119	-0,033	0,406**	1						
Dor	0,131	-0,047	0,459**	0,413**	1					
EGS	-0,326*	-0,088	0,477**	0,448**	0,382*	1				
V	-0,130	0,158	0,432**	0,425**	0,573**	0,622**	1			
AS	-0,097	0,178	0,271	0,294	0,254	0,355*	0,494**	1		
LAE	-0,171	0,267	0,330*	0,472**	0,310*	0,211	0,490**	0,606**	1	
SM	0,093	0,200	0,370*	0,416**	0,497**	0,524**	0,781**	0,571**	0,518**	1

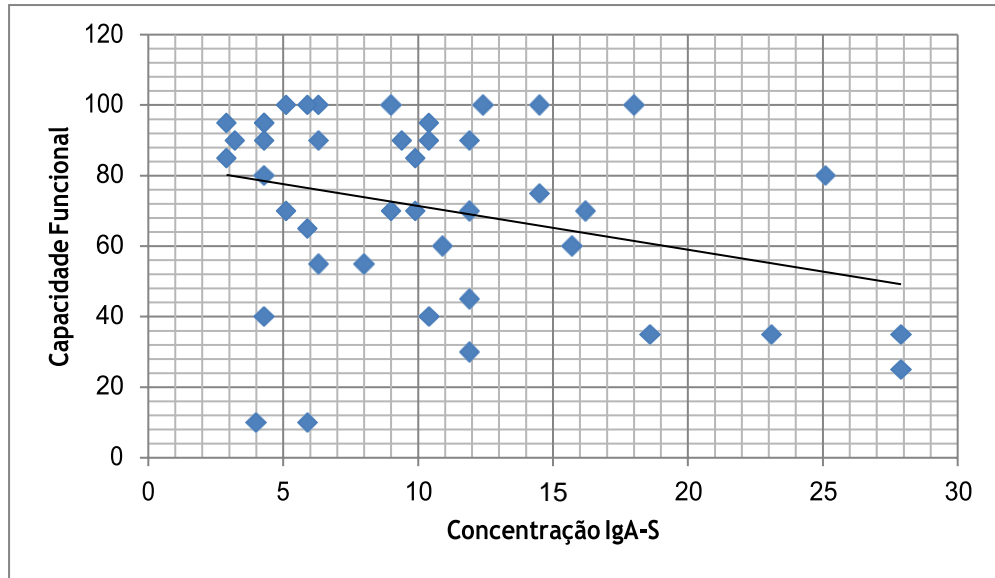
\*p<0,05

\*\*p<0,01

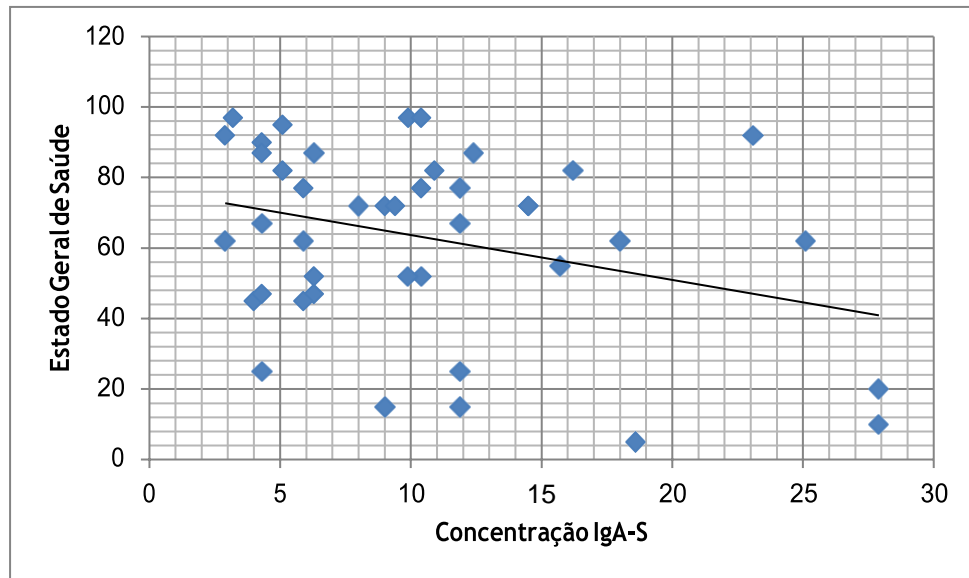
CF: capacidade funcional; LAF: limitações aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; V: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitações aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Foi vista correlação negativa entre a concentração de IgA-S e os componentes “capacidade funcional” (Figura 1) e “estado geral de saúde” (Figura 2), valor de  $p < 0,05$  (Tabela 5). Portanto, quanto menor a concentração de IgA-S, melhor é o desempenho das atividades diárias, como capacidade de se cuidar, vestir-se, tomar banho e subir escadas, bem como melhor é a percepção subjetiva do estado geral de saúde. Também se mostrou significativa a correlação negativa existente entre idade e “capacidade funcional” (Figura 3), valor de  $p < 0,05$  (Tabela 5). Na população adulta, quanto menor a idade, melhor é a capacidade funcional dos moradores da Comunidade São Pedro.

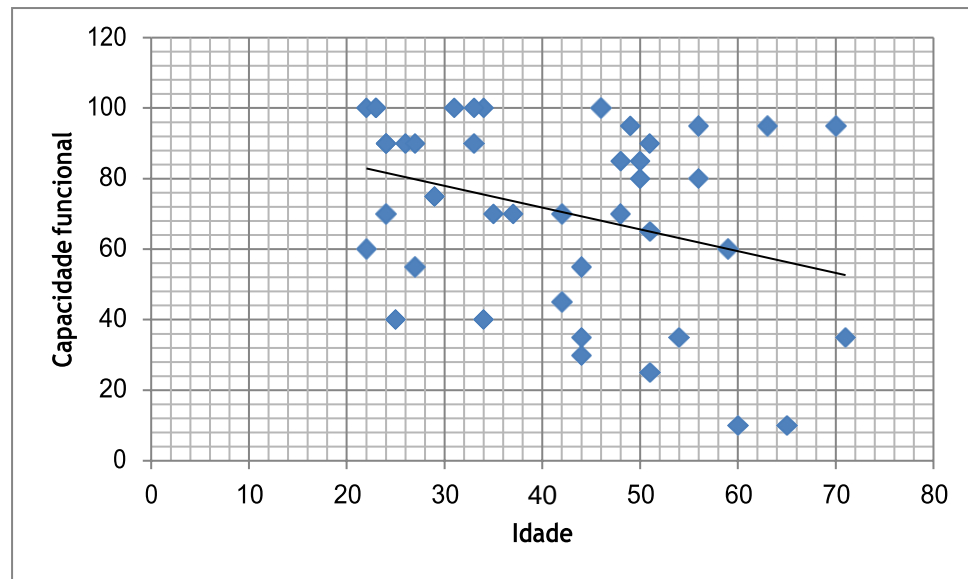
**Figura 1 – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “capacidade funcional” do questionário SF-36 com a concentração de IgA-S ( $r= -0,307$ ,  $p<0,05$ )**



**Figura 2 – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “estado geral de saúde” do questionário SF-36 com a concentração de IgA-S ( $r= -0,326$ ,  $p<0,05$ )**



**Figura 3 – Diagrama de dispersão relacionando valores correspondentes ao componente “capacidade funcional” do questionário SF-36 com a idade ( $r = -0,330$ ,  $p < 0,05$ )**



Nos domínios “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental”, a variável sexo mostrou contribuição significativa. Dessa forma, realizou-se o teste t de Student para comparar as médias dos escores dos domínios da qualidade de vida entre os sexos feminino e masculino (Tabela 6).

**Tabela 6 – Valores obtidos para as variáveis relacionadas ao Questionário SF-36 e a concentração de IgA-S em relação ao sexo; e valor de p associado ao Teste t de Student ( $p < 0,05$ )**

Variáveis	Mulheres		Homens		Teste t Valor p
	N	X ± S	n	X ± S	
IgA-S	34	10,16±1,12	8	11,91±2,61	0,510
Capacidade Funcional	34	71,03±4,40	8	70,00±11,76	0,924
Aspectos Físicos	34	58,09±7,59	8	50,00±14,17	0,639
Dor	34	51,26±4,55	8	66,75±11,53	0,162
Estado Geral de Saúde	34	63,53±4,27	8	61,25±11,46	0,827
Vitalidade	34	53,09±4,14	8	70,63±8,31	0,071
Aspectos Sociais	34	63,60±4,85	8	87,50±4,72	0,002
Aspectos Emocionais	34	40,19±7,81	8	70,83±11,68	0,047
Saúde Mental	34	54,00±4,30	8	77,50±8,35	0,021

Legenda: X=média; S=média-.

Observa-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” para os grupos

feminino e masculino, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens.

Pesquisas já demonstraram que há uma maior prevalência de distúrbios psiquiátricos entre pessoas de baixo status socioeconômico do que no restante da população<sup>39</sup>. Quando se trata da condição feminina os riscos aumentam. As mulheres pobres, além das demandas relacionadas ao papel feminino, sofrem com a múltipla jornada laboral e a condição de chefe da família. São mais mal remuneradas no mercado de trabalho e ainda mais vulneráveis no âmbito da saúde. Tantas demandas e precariedades colocam as mulheres pobres diante de conflitos e dilemas que comprometem todas as suas relações, e também sua saúde mental e por consequência emocional<sup>40</sup>.

Estudos da OMS constataram relação entre baixo status sócio-econômico e prevalência de distúrbios psiquiátricos, como distúrbio de personalidade anti-social, depressão maior, esquizofrenia e abuso de substâncias psicoativas<sup>41,42</sup>. O contexto de pobreza social associada à baixa escolaridade, às dificuldades nas relações familiares e maritais, à baixa renda, à necessidade de prover para a família, as colocam em situação de extrema vulnerabilidade, sobretudo entre mulheres pobres<sup>43, 44</sup>. A pesada responsabilidade pela provisão familiar associada à sobrecarga de trabalho influencia diretamente na saúde mental das mulheres pobres, bem como o fato de estarem expostas a eventos de vida ameaçadores e que estão fora de seu controle com maior frequência do que entre a população geral, isso explica os sintomas que frequentemente experienciam<sup>45,46,47,43</sup>.

De acordo com um estudo realizado por Mary Mendes<sup>48</sup>, com mulheres chefes de família e moradoras de uma comunidade pobre de Recife, a pesquisadora constatou que as responsabilidades com a manutenção familiar e os baixos salários as impediam de ter tipos diversificados de lazer.

## REFERÊNCIAS

- [1] LIPP, Marilda E. Novaes; COSTA, Keila Regina da Silva Nunes & NUNES, Vaneska de Oliveira. In: Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. Estresse, qualidade de vida e estressores ocupacionais de policiais: Sintomas mais frequentes. 17(1), 2017, 46-53.
- [2] Silva JJ. Estresse: o impulso da vida. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora; 2005.
- [3] Filgueira Martins Rodrigues, Cláudia Cristiane, Pereira Santos, Viviane Euzébia, Tourinho, Francis, Estresse: normal ou patológico?. Saúde & Transformação Social / Health & Social Change [en linea] 2016, 7 [Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2017] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265346076002>> ISSN
- [4] LAZARUS,RS; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. 1984.
- [5] Dohrenwend, B. P. (2006). Inventorying stressful life events as risk factors for psychopathology: Toward resolution of the problem of intracategory variability. *Psychological Bulletin*, 132, 477–495. doi:org/10.1037/0033-2909.132.3.477
- [6] Monroe, S.M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 33-52. doi:org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207
- [7] Schnittker, J., & McLeod, J. D. (2005). The social psychology of health disparities. *Annual Review of Sociology*, 31,75-103. doi:10.1146/annurev.soc.30.012703.110622
- [8] Schwartz, S., & Meyer, I. H. (2010). Mental health disparities research: The impact of within and between group analyses on tests of social stress hypotheses. *Social Science & Medicine*, 70,1111-1118. doi:10.1016/j.socscimed.2009.11.032
- [9] Sapolsky, Robert. *Sick of Poverty*. Scientific American. 293. 6 (December 2005): pg. 92-99.
- [10] DRAUZIO. **Estresse e Hierarquia Social**. 2011. Disponível em: <https://drauzioarella.com.br/drauzio/estresse-e-hierarquia-social/>. Acesso em: 28 nov.2017.

[11] Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".[tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.

[12] Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)".[tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP;1997.

[13] Comissão Técnica de Biossegurança. Fundação Oswaldo Cruz. Procedimentos para a manipulação de microorganismos patogênicos e/ou recombinantes na FIOCRUZ. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

[14] NARAYANAN,S.;**Clin chem**, v.128, p. 1528-1531,1982.

[15] PRICE, C.P.; et al. **Ann Clin Biochem**. v.20, p.1-14,1983.

[16] DATI,F. et al; **Eur J clin Chem Clin Biochem**. v.34, p.517-520,1996.

[17] TIEZ, **Textbook of Clinical Chemistry**. 3ed. Burtis CA, Ashwood ER. WB Saunders Co, 1999.

[18] YOUNG,D.S. **Effects of drugs on clinical laboratory tests**, 3ed. AACC Press, 1997.

[19] FRIEDMAN AND YOUNG, **Effects of the disease on clinical laboratory tests**, 3ed.,AACC Press, 1997.

[20] WESTGARD, J.O. et al. A multi-rule shewhart chart quality control in clinical chemistry. *Clin. Chem*. v.27, p.493-501,1981.

[21] IBGE, Censos Demográficos, 1991 e 2000.**Brasil 1991-2000, esperança de vida ao nascer segundo sexo (em anos)**.



[22] Mehra, Rekha (2000) et all. “Fulfilling the Beijing Commitment: Reducing Poverty, Enhancing Women Economic Options”. International Center for Research on Women, US, [http://www.icrw.org/docs/ Beijingbook.pdf](http://www.icrw.org/docs/Beijingbook.pdf)

[23] MELO, Hildete Pereira de; BANDEIRA, Lourdes. **A pobreza e as políticas de gênero no Brasil**. Santiago de Chile, jun.2005.

[24] MELO, Hildete Pereira de. **Gênero e Pobreza no Brasil**. In: Relatório final do projeto “Governabilidad democrática de gênero en América Latina y El Caribe”. Brasília, 2004.

[25] BACKES, Marília. Programa de habilitação e qualificação dos espaços públicos da vila São Pedro. 2016. Trabalho de conclusão de curso (graduação em arquitetura)- Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

[26] Mehra, Rekha (2000) et all. “Fulfilling the Beijing Commitment: Reducing Poverty, Enhancing Women Economic Options”. International Center for Research on Women, US, [http://www.icrw.org/docs/ Beijingbook.pdf](http://www.icrw.org/docs/Beijingbook.pdf)

[27] LAGUARDIA, Josué et al . Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 16, n. 4, p. 889-897, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000400889&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000400889&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>.

[28] GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica**. In: Caderneta de Saúde Pública do Rio de Janeiro. 22(5):901-911. 2006.

[29] Berhame Y, Högberg U, Byass P, Wall S. Gender, literacy, and survival among Ethiopian adults. Bull World Health Organ 2002; 80:714-20.

[30] COSTA, Gilberto. **Invisibilidade social é desafio para erradicar extrema pobreza**. 2012. Disponível em: <<http://www.fetecpr.org.br/invisibilidade-social-e-desafio-para-erradicar-extrema-pobreza/>>. Acesso em: 23 out. 2017.

[31] ELLISON, Ralph. **O homem invisível**. 1952.

- [32] BOOTH, Christine K.; DWYER, Ban B.; PACQUE, Paul F.; BALL, Madeleine J. **Measurement of immunoglobulin A in saliva by particle-enhanced.** In: *Annals of Clinical Biochemistry*. 46:401-406. 2009.
- [33] Miletic ID, Schiffman SS, Miletic VD, Sattely-Miller EA. Salivary IgA secretion rate in Young and elderly persons. *Physiol Behav* 1996; 60(1):243-8.
- [34] Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 1993; 55(4):364-79.
- [35] Burns VE, Ring C, Harrison LK, Carrol D, Drayson M. Reductions in secretory immunoglobulin A to cold pressor stress are not influenced by timing of saliva sampling. *Biol Psychol* 2004; 66(1): 91-8.
- [36] Tsujita S, Morimoto K. Secretory IgA in saliva can be a useful stress marker. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 1999;4(1):1-8. doi:10.1007/BF02931243.
- [37] VIENA, Tatiana D. et al. Differential effects of mild chronic stress on cortisol and S-IgA responses to na acute stressor. In: *Biological Psychology*. Volume 91, Issue 2, October 2012, Pages 307-311.
- [38] MOREIRA, Cristina Marisa. **Efeito do exercício físico sobre a concentração e taxa de IgA salivar em idosos.** 2004/2005.
- [39] SPARKS, Elizabeth (2002). Depression and schizophrenia in women: the intersection of gender, race/ethnicity, and class. Em Ballou, M; Brown, L.S. (Eds.). *Rethinking mental health and disorder: feminist perspectives*. New York: The Guilford Press.
- [40] COUTO-OLIVEIRA, Verusca. **Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência.** 2007. 284 f. Dissertação (Mestrado acadêmico em psicologia clínica e cultura)- Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- [41] World Health Organization/ Organização Mundial da Saúde – WHO/OMS (2000). *Women’s mental health: na evidence based review*. Geneva:Autor.

[42] World Health Organization/ Organização Mundial da Saúde – WHO/OMS (2002). Gender and mental health. Retirado em 07/11/2017 de <http://www.who.int/gender>

[43] AVOTRI, Joyce Y.; WALTERS, Vivienne (1999). “You just look a tour work and see IF you have any freedom on earth”: Ghanaian women’s accounts of their work and their health. *Social Science & Medicina*, 48, 1123-1133.

[44] World Health Organization/ Organização Mundial da Saúde – WHO/OMS (2000b). Women and mental health. Retirado em 07/11/2017 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs248/en>

[45] BELLE, Deborah (1990). Poverty and Women’s Mental Health. *American Psychologist*, vol. 45(3), 385-389.

[46] DENNERSTEIN, Lorraine (1995). Gender, health, and ill-health. *Women’s Health Issues*, 5, 53-59.

[47] POPAY, Jennie (1999). Being a woman is hard work: the policy implications of poor health among lone mothers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 749.

[48] MENDES, Mary A., (2004, setembro). Mulheres chefes de domicílio em camadas pobres: trajetória familiar, trabalho e relações de gênero. Trabalho apresentado no XIC Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP, Caxambu.

## 5 CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Concluimos com este trabalho, que a Comunidade São Pedro têm rosto e é feminino.

A partir da aplicação do questionário SF-36, notou-se que os homens apresentam melhor estado de saúde se comparado com as mulheres desta comunidade.

A maioria das medidas dos escores das oito escalas do SF-36 da população da amostra segundo faixa etária encontraram-se abaixo daqueles observados para a população brasileira em geral, demonstrando um pior estado de saúde da Comunidade São Pedro, se comparado com o restante do Brasil.

Os piores escores de qualidade de vida foram observados quanto aos componentes “aspectos emocionais”, “dor”, “vitalidade” e “aspectos físicos”.

A concentração média de Imunoglobulina A secretora salivar produzida pelos moradores da Comunidade São Pedro ficou em torno de 10,49 mg/dL, valor que está dentro dos padrões de normalidade, embora na porção inferior do intervalo que é de 1,59 a 41,45 mg/dL.

Foi vista correlação negativa entre a concentração de IgA-S e os componentes “capacidade funcional” e “estado geral de saúde”. Também se mostrou significativa a correlação negativa existente entre idade e “capacidade funcional”.

Observou-se que houve diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios “aspectos sociais”, “aspectos emocionais” e “saúde mental” para os grupos feminino e masculino, sendo os escores médios de qualidade de vida desses domínios maiores entre os homens.

Mesmo apresentando um pior estado de saúde se comparado com a população brasileira em geral, a população da Comunidade São Pedro não apresenta correlação significativa entre qualidade de vida e expressão de IgA-S, um importante componente do sistema imune adaptativo de mucosas. Quando se parte de uma investigação, o investigador leva consigo expectativas relativamente às questões e hipóteses inicialmente refutadas. O mesmo aconteceu conosco. A pesquisadora supôs que essa correlação existiria, porém não pensou nos possíveis mecanismos de adaptação do organismo, bem como estratégias de enfrentamento cognitivos, comportamentais e afetivos existentes, que seriam um artifício de enfrentamento à pobreza. Neste aspecto, essa comunidade pode ter desenvolvido o processo

de resiliência, adaptando-se positivamente as condições de vida estressantes a qual estão submetidos diariamente.

Como perspectiva, espera-se promover o uso destas evidências científicas nas tomadas de decisão para saúde da Comunidade São Pedro, dentre elas as intervenções do Projeto de extensão ao qual estamos vinculados e onde já é possível, a partir dos dados desta pesquisa, retomar intervenções no que se refere à promoção da saúde das mulheres por meio de grupo e oficinas semanais. Também se pretende levar essas evidências à Unidade Básica de Saúde Bananeiras e ao Distrito Gerencial Partenon, responsáveis pelo território da comunidade, a fim de que possamos pensar ações de saúde, principalmente na perspectiva de prevenção e promoção, para essa população específica.

Este trabalho de conclusão de curso apresentado foi o primeiro passo nas investigações de saúde dentro da Comunidade São Pedro. São necessários mais estudos, em todas as áreas do saber, na perspectiva de compreender e intervir, junto a esta comunidade.

## REFERÊNCIAS

- [1] DICIONÁRIO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE. **Atenção à saúde**. Disponível em: < <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 20 de out. 2017.
- [2] ANDRADE, A., PINTO, SC., and OLIVEIRA, RS., orgs. *Animais de Laboratório: criação e experimentação* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 388 p. ISBN: 85-7541-015-6. Available from SciELO Books .
- [3] BRASIL, Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. 1990. Disponível em: . Acesso em: 03 maio 2017.
- [4] BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.
- [5] COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. Carta aberta aos candidatos à Presidência. *Radis: comunicação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 49, p.1-1, set. 2006.
- [6] AZAMBUJA, Maria Inês Reinert et al. Urban health, environment, and inequalities Salud urbana, ambiente y desigualdades. *Ver. Bras. Med. Fam. Comunidade*, Florianópolis v. 6, n. 19, p. 110-5, 2011 Abr-Jun.
- [7] SACCO, Patrine Roman; FERREIRA, Grazielle Cristina Garcia Bernardino; SILVA, Ana Claudia Calazans da. Aromatherapy that assists in stress management: well-being and quality of life. **Revista Científica da FHOU**, Uniararas, v.3, n.1, 2015.
- [8] Selye, Hans. (1965) *Stress: a tensão da vida*. (2 ed) Tradução de Frederico Branco. IBRASA: São Paulo.
- [9] MCgrath, J. E. (1970). A conceptual formulation for research on stress. In J. E. McGrath (Ed.), **Social and psychological factors in stress** (pp. 10-21). New York: Holt, Rinehart and Winston.

[10] Cordova Martinez, Alfredo and Alvarez-mon, Melchor. O sistema imunológico (I): conceitos gerais, adaptação ao exercício físico e implicações clínicas. Ver Bras Med Esporte [online]. 1999, vol.5, n.3, pp. 120-125. ISSN 1517-8692

[11] Ferreira Clínton Krauss de Oliveira, Influência do exercício físico agudo sobre a resposta inata de macrófagos e neutrófilos de ratos sedentários. Universidade Metodista. Piracicaba, 2006.

[12] Reiche, Edna Maria Vissoci; Nunes, Sandra Odebrecht Vargas; Morimoto, Helena Kaminami. Disfunções no sistema imune induzidas pelo estresse e depressão: implicações no desenvolvimento e progressão do câncer. Rev. Bras. Oncologia Clínica, Belo Horizonte, v. 1, n.5, p.19-28,2005.

[13] REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos; Fernandes, Sônia Regina Pereira and Gomes, Almiralva Ferraz. Estresse e fatores psicossociais. Psicol. Cienc. Prof. [online]. 2010, vol.30,n.4,pp. 712-725. ISSN 1414-9893.

[14] Schmidl, Denise Rodrigues Costa; Dantas, Rosana Aparecida Spadoti; Marziale, Maria Helena Palucci e LAUS, Ana Maria. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Texto contexto-enferm. [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 330-337. ISSN 0104-0707.

[15] Trigo, Tema Raposo; Teng, Chei Tung; Hallak, Jaime Eduardo Cecílio. Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. Revista de psiquiatria Clínica, v.34, n.5, p. 223-233, 2007.

[16] FONSECA, Neura Cirqueira. Influência do estresse sobre o sistema imunológico. 8f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Biomedicina)-Faculdades Promove de Brasília.

[17] Filgeiras, J. C. & Hippert, M.I. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e profissão*, 40-51.

[18] FRANÇA, A. C. L., RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho: guia básico com abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 1997.

[19] World Health Organization. The world Health Organization Quality of life assesment (WHOQOL): Position Paper From The Word Health Organization. Soc. Sci. Med. 1995; 41:10:1403-1409.

[20] Testa Ma, Simonson DC. Assssment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334:13:835-9.

[21] Auquier, P, Simeoni MC, Mendizabal. H. Approches Théoriques et méthodologiques de La qualité de vie liée à La santé. Revue Prevenir. 1977; 33:77-86.

[22] Lipp, M. E. N. (Org.). (2001). Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus Editora.

[23] Cohen, Tyrell & Smith, Negative life events, perceived stress, negative a Vect, and susceptibility to the common cold. 1993.

[24] Bosch, J.A. et al. Stress and secretory immunity. In: International Review of Neurobiology. 2002. v.52. p.213-253.

[25] Tsujita S, Morimoto K. Secretory IgA in saliva can be a useful stress marker. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 1999;4(1):1-8. doi:10.1007/BF02931243.

[26] Miletic ID, Schiffman SS, Miletic VD, Sattely-Miller EA. Salivary IgA secretion rate in Young and elderly persons. *Physiol Behav* 1996; 60(1):243-8

[27] Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 1993; 55(4):364-79.

[28] Burns VE, Ring C, Harrison LK, Carrol D, Drayson M. Reductions in secretory immunoglobulin A to cold pressor stress are not influenced by timing of saliva sampling. *Biol Psychol* 2004; 66(1): 91-8.



- [29] ROBIN, Mariana Espíndola. **A concepção de saúde ampliada e as possibilidades de fazer nutrição a partir da vivência na extensão universitária.** 2017. 59 f. Trabalho de conclusão de curso (graduação em nutrição)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
- [30] BACKES, Marília. **Programa de habilitação e qualificação dos espaços públicos da vila São Pedro.** 2016. Trabalho de conclusão de curso (graduação em arquitetura)- Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.
- [31] BARROS, A. J. S. e LEHFELD, N. A. S. Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica. 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.
- [32] COUTO-OLIVEIRA, Verusca. Vida de Mulher: Gênero, Pobreza, Saúde Mental e Resiliência.2007.
- [33] BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades fazem mal à saúde.** Fiocruz, 2016.
- [34] VIENA, Tatiana D. et al. Differential effects of mild chronic stress on cortisol and S-IgA responses to an acute stressor. In: Biological Psychology. Volume 91, Issue 2, October 2012, Pages 307-311.
- [35] MOREIRA, Cristina Marisa. **Efeito do exercício físico sobre a concentração e taxa de IgA salivar em idosos.** 2004/2005.

## **ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DO CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA/REPORTS IN PUBLIC HEALTH (CSP)**

### **1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTESE SEÇÕES**

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospéro/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

## 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

#### 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos

(p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## PASSO A PASSO PARA SUBMISSÃO

### 1. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

1.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

1.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

1.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

1.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

### 2. ENVIO DO ARTIGO

2.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

2.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

2.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

2.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

2.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

2.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

2.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou

Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

2.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

2.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

2.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor (es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

2.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

2.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

2.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

2.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor (es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

2.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

2.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

2.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

2.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17 cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

2.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

2.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

2.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

2.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

2.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

2.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

2.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

2.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

2.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-



mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 3. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

3.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

3.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 4. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

4.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

### 5. PROVA DE PRELO

5.1 – A prova de prelo será acessada pelo (a) autor (a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site:

<http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

5.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

5.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

5.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.3 – Cada autor (a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

5.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor (a);

5.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

5.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

5.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

5.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

5.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

**ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nº do projeto \_\_\_\_\_

Título do Projeto: Influência de estressores sociais sobre a expressão de marcadores da resposta imune e inflamatória em moradores da Vila São Pedro: Um projeto piloto de cunho investigativo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a Proteína C Reativa e a secreção de IgA (marcadores inflamatório e de resposta imune, respectivamente), através da coleta de amostras de saliva, nos moradores da Vila São Pedro. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia do Instituto de Ciências Básicas da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Aplicação de um questionário sobre a sua qualidade de vida, composta por 36 perguntas, o tempo de preenchimento varia de 5 a 10 minutos e coleta da sua saliva que consiste em depositar em um frasco toda a saliva que é secretada durante um período de cinco minutos.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Todas as pesquisas oferecem riscos, mesmo que mínimos, portanto, os possíveis riscos decorrentes da participação na pesquisa são: A possibilidade de perda da confidencialidade durante a coleta de dados e possível cansaço e incômodo ao longo do preenchimento do questionário. Salienta-se que tomaremos todas as medidas necessárias para minimizar os possíveis riscos da pesquisa, bem como cuidados para que não se gere desconforto ou constrangimento nos voluntários.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: O aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, sendo este benefício indireto para os participantes. Além de o conhecimento científico poder servir como instrumento para direcionar o desenvolvimento de políticas públicas, principalmente nas áreas da saúde, para a comunidade São Pedro.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável João Henrique Corrêa Kanan, pelo telefone (51) 33084545, com a aluna de graduação do curso de Biomedicina, Vitória Brum da Silva Nunes, pelo telefone (51) 983573112 ou pelo endereço de e-mail [yivibsn@hotmail.com](mailto:yivibsn@hotmail.com) ou com o Comitê de ética em pesquisa da UFRGS pelo telefone (51) 33084085.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO C – VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36



DEPARTAMENTO DE MICROBIOLOGIA, IMUNOLOGIA E PARASITOLOGIA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-UFRGS  
 ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

IDADE:	SEXO
--------	------

### Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

Função exercida no trabalho: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo exerce essa função: \_\_\_\_\_

**Instruções:** Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6

e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

**PONTUAÇÃO:** \_\_\_\_\_/100

Ass. do Pesquisador que aplicou a escala: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

