

ASPECTOS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE RESIDENTES EM COMUNIDADES RURAISPaulo Junior Paz de Lima^aHelenice Bosco de Oliveira^b**Resumo**

Estado de saúde e qualidade de vida (QV) estão relacionados a fatores educacionais, saneamento, renda e serviços de saúde e incluem aspectos físicos, cognitivos, emocionais, culturais e socioeconômicos, além da saúde mental, vitalidade e capacidade funcional. Objetivos: avaliar a qualidade de vida relacionada a aspectos do estado de saúde em comunidades rurais e verificar a associação entre estado de saúde e variáveis demográficas, socioeconômicas e de trabalho. Métodos: Estudo transversal com 355 residentes rurais, com idade acima de 18 anos. Foram aplicados questionário sócio-demográfico e o SF-36. Foram realizadas análises descritivas e de regressão linear múltipla para identificar variáveis que influenciam nos aspectos de saúde. O nível de significância foi de 5% e IC de 95%. Resultados: A idade média foi 38,3 anos e 64,5% eram mulheres. A escolaridade média foi de 5,8 anos de estudos. 31% eram trabalhadores rurais. A prevalência de tabagismo foi 20,3% e de alcoolismo, 19,1%. 40,1% relataram problema de saúde e 40,9% usavam medicamentos. Idade, sexo, cor, estado civil, tabagismo, renda, horas de trabalho semanal, problema de saúde e uso de medicamento apresentaram associação estatística com domínios do SF-36. Conclusão: Variáveis demográficas e socioeconômicas indicaram contribuir para melhores aspectos de saúde e qualidade de vida da população rural.

Palavras-chave: Saúde rural. Qualidade de vida. População rural.

^aFaculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Paulo Junior Paz de Lima – Largo do Arouche, 418, apto. 23 – República – CEP: 01219-010 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: pjuniorpl@usp.br

ASPECTS OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF RESIDENTS IN RURAL COMMUNITIES

Abstract

The health status and quality of life (QOL) factors are related to education, sanitation, income, and health services. Health status and quality of life include physical, cognitive, emotional, cultural and socioeconomic factors, in addition to mental health, vitality, and physical functioning. Objectives: To assess quality of life issues related to aspects of health status in rural communities and the association between health status and demographic, socioeconomic and working variables. Methods: Cross-sectional study with 355 rural residents, over 18. We applied a sociodemographic questionnaire, and the SF-36. Descriptive and multiple linear regression analysis were carried out to identify variables that influence health aspects. The significance level was 5% and the confidence interval was 95%. Results: The mean age was 38.3 years, and 64.5% of these individuals were women. The average schooling was 5.8 years 30.4% of these were rural workers. The prevalence of tobacco use was 20.3%, and alcohol use was 19.1%. 40.1% of the participants reported to suffer from health problems; and drug use represented 40.9%. Age, gender, race, marital status, tobacco use, income, weekly working hours, health problems and medication use presented a significant association with the SF-36. Conclusion: Demographic and socioeconomic variables indicated to contribute to a better health and quality of life of the rural population.

Keywords: Rural health. Quality of Life. Rural Population.

ASPECTOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS HABITANTES DE LAS COMUNIDADES RURALES

Resumen

Estado de salud y calidad de vida están relacionados con factores educacionales, saneamiento, renta y servicios de salud. Incluye aspectos físicos, cognitivos, emocionales, culturales y socioeconómicas, además de salud mental, vitalidad y capacidad funcional. Objetivos: Evaluar la calidad de vida relacionada con el aspectos de salud en comunidades rurales y verificar la asociación entre el estado de salud y variables demográficas, socioeconómicas y trabajo. Métodos: Estudio transversal con 355 residentes rurales, mayores de 18 años. Fueron aplicados un cuestionario sociodemográfico y el SF-36. Se realizaron análisis descriptivos y de regresión lineal múltiple para identificar variables que influenciam los aspectos de salud. El significación (5%) y el IC (95%). Resultados: La edad media fue 38,3 años

y el 64,5% eram mujeres. El promedio de escolaridad fue 5,8 años de estudio. 31% eram trabajadores rurales. La prevalencia de tabaquismo fue del 20,3% y alcoholismo, el 19,1%. 40,1% reportó problemas de salud y el 40,9% consume drogas. La edad, sexo, raza, estado civil, tabaquismo, renta, horas semanales de trabajo, problemas de salud y uso de fármacos se asoció estadísticamente con el SF-36. Conclusión: Las variables demográficas y socioeconómicas demostraron contribuir para mejores aspectos de salud y calidad de vida de la población rural.

Palabras clave: Salud rural. Calidad de vida. Población rural.

INTRODUÇÃO

A crítica à desigualdade social, a partir da década de 1960, deu origem aos movimentos sociais e iniciativas de políticas públicas com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população.^{1,2} A partir de 1970, os conceitos de qualidade de vida, bem-estar e estado de saúde passaram a ter importância entre os estudos acadêmicos.³⁻⁵

Estado de saúde, bem-estar e qualidade de vida do indivíduo estão atrelados a fatores como o acesso à educação, saneamento básico, saúde e segurança no trabalho, renda *per capita* e serviços de saúde, entre outros. A definição de estado de saúde inclui aspectos físicos, cognitivos, emocionais, culturais, socioeconômicos e a saúde.⁶ O conceito pessoal de saúde se relaciona com a percepção que cada indivíduo tem do seu estado de saúde, sendo este definido pela Organização Mundial de Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.^{3,7,8}

O estado de saúde de um indivíduo pode estar diretamente associado à sua qualidade de vida (QV) e seu bem-estar, avaliado por percepções subjetivas, incluindo sensações desagradáveis ou agradáveis e avaliações globais de saúde ou de estado subjetivo. Desta forma, pessoas com limitações funcionais podem desfrutar de alta qualidade de vida a partir de suporte do ambiente, da perspectiva de vida e avaliação de suas necessidades e desejos.^{4,9}

Os conceitos de estado de saúde, estado funcional, bem-estar, qualidade de vida (QV) e qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), segundo Patrick,⁹ costumam ser empregados sem exatidão e de forma alterada. Não há consenso em relação à definição do uso do termo qualidade de vida entre os pesquisadores, sendo o termo utilizado em diferentes contextos. A saúde, no entanto, é tão somente um domínio dos instrumentos de avaliação de QV. Os conceitos de estado de saúde e de QVRS envolvem sintomas físicos e psicológicos, estado funcional, percepções de saúde e de bem-estar global, além de oportunidade.

O estado de saúde é diferente de categorias diagnósticas usadas para nomear e caracterizar a condição de saúde subjacente: doença, distúrbio ou lesão. Por ser este um fenômeno multidimensional, o estado de saúde deve ser um atributo intrínseco do corpo humano, descrito e medido conforme os níveis de funcionalidade em diferentes domínios.¹⁰ Sentir-se doente não se refere exclusivamente a sentimentos de dor física, desconforto, mas também às consequências psicológicas e sociais de se ter um problema.^{7,11,12}

A preocupação com questões relacionadas às temáticas sobre estado de saúde e qualidade de vida da população tem sido objeto de investigação em todo o mundo. Embora as temáticas sejam recorrentes entre os pesquisadores, quando analisado sob a ótica da população de área rural, a literatura, principalmente a brasileira não tem explorado o assunto, embora seja este de extrema importância para o contexto atual.

As políticas de saúde para a população rural no Brasil sempre estiveram atreladas a interesses econômicos, com finalidade de potencializar a exploração dos recursos naturais, o que por sua vez, necessitava de mão de obra saudável.¹³ A política econômica neoliberal vigente restringe o papel do Estado e contribui para que a população do campo continue sem acesso aos serviços básicos como saúde, saneamento, transporte coletivo etc. Para Carneiro et al.,¹⁴ a modernização da agricultura brasileira contribuiu para precariedade das relações de trabalho, além da elevação dos riscos socioambientais. A modernização da agricultura foi responsável ainda, pela expulsão das famílias da terra, que por sua vez, migraram para as cidades em busca de trabalho e melhores condições de acesso à saúde e de outros serviços.

O *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey (SF-36)* é um instrumento genérico que tem sido utilizado para a avaliação da qualidade de vida de médias e grandes populações, além de avaliar o estado de saúde de pacientes crônicos, serviços de saúde, testes clínicos, condições crônicas da população em geral e tratamentos clínicos de várias condições de saúde, abordando aspectos físicos e mentais, do estado de saúde e da qualidade de vida do indivíduo.^{6,15,16}

O SF-36 contém oito dimensões, sendo quatro associadas à saúde física (funções físicas, postura de vida, dor corporal e saúde geral) e quatro à saúde mental (vitalidade, funções sociais, postura emocional e saúde mental). O SF-36 tem sido traduzido e adaptado a cultural e psicometricamente em vários países, inclusive no Brasil.^{16,17}

JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

A preocupação com questões relacionadas às temáticas sobre estado de saúde e qualidade de vida relacionada à saúde da população tem sido objeto de investigação em todo

o mundo. Embora as temáticas sejam recorrentes entre os pesquisadores, quando analisado sob a ótica da população de área rural, a literatura, principalmente a brasileira, não tem explorado o assunto, embora seja este de extrema importância para o contexto atual.

OBJETIVOS

Avaliar a qualidade de vida relacionada a aspectos do estado de saúde de residentes em comunidades rurais e verificar a associação entre estado de saúde de residentes rurais e variáveis demográficas, socioeconômicas e de trabalho, de residentes rurais.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com residentes em áreas rurais, com idade acima de 18 anos, dos bairros de Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, no município de Atibaia/São Paulo/Brasil. Atibaia conta com uma população de 126.603 habitantes, sendo 11.374 residindo em áreas rurais.¹⁸ Os bairros estudados possuem uma população de aproximadamente 2.100 residentes.¹⁹

A pesquisa contou com a participação de 355 residentes das áreas de estudo, com idade acima de 18 anos. Foi realizado cálculo amostral, considerando um poder de teste de 80%, com um erro alfa de 5% e possível perda de informação em 20% dos indivíduos amostrados.

A coleta dos dados ocorreu entre abril e dezembro de 2011. Os participantes foram selecionados, por conveniência, dentro da região de estudo e de acordo com o interesse dos residentes em participar do estudo voluntariamente. Os entrevistados foram abordados pelos entrevistadores a partir de visitas domiciliares. Estes eram informados dos objetivos da pesquisa e convidados a participar, respondendo os questionários, caso estivessem de acordo.

As entrevistas foram realizadas pelos(as) agentes e ex-agentes de saúde do Programa de Saúde da Família de Rio Abaixo (PSF Rural de Rio Abaixo), em Atibaia, após receberem treinamento de 8 horas para aplicação dos questionários. Os dados das entrevistas, questionários sócio-demográficos e do SF-36 foram digitados em planilhas do Excel 2010.

Foram aplicados o SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* para avaliar o estado de saúde da população de estudo e um questionário sócio-demográfico (semiestruturado) com questões em sua maioria fechadas.

Foram consideradas como variáveis dependentes os oito domínios do SF-36 (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais,

emocionais e saúde mental). Como independentes foram consideradas as variáveis demográficas, socioeconômicas, uso de agrotóxico no processo de trabalho, contato com agrotóxico, intoxicação por agrotóxico, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, uso de medicamento, problema de saúde.

Foram realizadas análises descritivas e de regressão linear múltipla das variáveis demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e dos domínios do SF-36. Os modelos de análises de regressão linear múltipla foram construídos para verificar a influência destas variáveis nos domínios do SF-36. Foi realizado ajuste para as variáveis idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda.

Foi utilizado o *stepwise forward* como modelo de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, com intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados foram analisados a partir do programa computacional SAS 9.2 e do SSPS 17.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado, com parecer CEP 1154/2010, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). A participação foi voluntária. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam um Termo de Responsabilidade do Pesquisador. Todos foram informados dos objetivos da pesquisa e que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem que houvesse prejuízo para eles.

RESULTADOS

A maioria dos participantes (61,7%) tem entre 18 e 40 anos de idade, com idade média de 38,3 anos (DP=14,9). Da amostra, 64,5% são mulheres, 70,3% são casados/amasiados, 57,5% pertencentes à cor/etnia branca e 39,1% à preta/parda. A maioria (64,5%) possui entre 1 e 8 anos (Tabela 1). A escolaridade média é de 5,8 anos de estudos (DP=3,6) (Tabela 2).

Quanto à renda e situação ocupacional dos entrevistados, 87,2% têm rendimentos mensais de até dois salários mínimos, sendo que 66,5% estão empregados com ou sem registros e 33,5% desempregados (Tabela 1). A média salarial é de R\$ 619,20 (DP=483,5) (Tabela 2). Entre participantes, 69% desempenham atividades não agrícolas, 14% fazem de uso de agrotóxicos no processo de trabalho e 13,3% referem ter sofrido intoxicação por agrotóxicos (Tabela 1).

As prevalências de tabagismo e de alcoolismo, entre os residentes rurais, foram de 20,8% e 19,5%, respectivamente; 40,1% mencionaram queixas de problemas de saúde e 40,9% fazem uso de algum tipo de medicamento (Tabela 1).

Em relação às médias dos escores do SF-36, os domínios de “aspecto físico”, “emocional”, “social” e “capacidade funcional” (81,3 a 87,7) apresentaram melhores escores, sendo o domínio estado de saúde geral o que obteve o menor (73,1) (Tabela 3).

No modelo de regressão linear múltipla (Tabela 4), as variáveis idade, sexo, estado civil, cor/etnia, tabagismo, renda, carga horária de trabalho semanal, queixas de problemas de saúde e uso de medicamento apontaram associações estatísticas significativas com os domínios do SF-36. Os resultados indicaram associações entre menor idade, maior

Tabela 1 – Características demográficas, socioeconômicas e de condições de saúde dos residentes dos bairros rurais: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011

Variáveis	n=355	%
Idade (anos)		
18–30	128	36,1
31–40	91	25,6
41–50	57	16,1
51–60	49	13,8
61–81	30	8,4
Sexo		
Masculino	126	35,5
Feminino	229	64,5
Cor/Etnia		
Branca	204	57,5
Preta/Parda	139	39,1
Amarelo	12	3,4
Estado Civil		
Casado/amasiado	249	70,3
Solteiro/Separado/divorciado/viúvo	105	29,7
Escolaridade (anos concluídos)		
Não estudou	28	7,9
1–4	137	38,6
5–8	92	25,9
9–10	27	7,6
≥11	71	20,0
Renda mensal (em R\$)		
≤1SM	162	47,4
>1≤2SM	136	39,8
<2≤3SM	33	9,6
>3≤5,5SM	11	3,2
Ocupação		
Desempregado	119	33,5
Empregado com registro	148	41,7
Empregado sem registro	88	24,8
Trabalhador rural	108	31,0
Trabalhou na agricultura	255	72,2
Usa agrotóxico no processo de trabalho	48	14,0
Refere intoxicação por agrotóxico	44	13,3
Alcoolismo	68	19,5
Tabagismo	72	20,8
Tem problema de saúde	142	40,1
Faz uso de medicamento	143	40,9

SM: Salário mínimo (R\$ 545,00, em 2011)

renda, maior carga horária de trabalho semanal e estado civil sem união estável (sem companheiro em relação ao com companheiro) e melhores desempenhos em alguns aspectos de saúde e qualidade de vida nos domínios do SF-36.

O domínio relacionado à “capacidade funcional” apontou associação estatística com idade ($p < 0,001$), cor/etnia branca ($p = 0,003$) e amarela ($p = 0,026$) em relação à preta e parda, carga horária de trabalho semanal ($p = 0,002$), queixas de problemas de saúde ($p < 0,001$) e uso de medicamento ($p = 0,012$). O domínio referente ao “aspecto físico” apresentou associação com cor/etnia branca ($p = 0,001$) e amarela ($p = 0,026$) em relação à preta e parda e queixas de problemas de saúde ($p < 0,001$).

Em relação ao domínio “aspecto social”, cor/etnia branca ($p = 0,007$) em relação à preta/parda e queixas de problemas de saúde ($p = 0,005$) mostraram associações estatisticamente significativas. As variáveis cor/etnia branca ($p = 0,000$), tabagismo ($p = 0,043$) e queixas de problemas de saúde ($p < 0,001$) evidenciaram associações com o domínio “emocional”. Referências à queixa de problemas de saúde ($p = 0,014$) e uso de medicamento ($p = 0,024$) também estiveram associadas ao domínio “dor”.

Quanto ao domínio estado geral de saúde, as associações foram em relação à idade ($p = 0,039$), ao estado civil ($p = 0,027$) e a renda ($p = 0,022$). No domínio “saúde

Tabela 2 – Estatística descritiva de características demográficas e socioeconômicas dos residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP – Brasil, 2011

VARIÁVEIS	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máxima
Idade	38,3	35,0	14,9	18	81
Escolaridade (anos concluídos)	5,8	5,0	3,6	0	13
Renda mensal (R\$)	619,20	560,00	483,5	0,00	3.000,00
Carga horária de trabalho semanal	40,6	44,0	13,8	0	90
Quanto tempo tem problema (anos)	10,3	6,0	10,8	0	69
Quanto tempo usa medicamento (anos)	6,8	5,0	7,6	0	40

Tabela 3 – Estatística descritiva dos domínios do SF-36 entre os residentes rurais dos bairros: Laranjal, Pedreira, Ponte Alta e Rio Abaixo, em Atibaia/SP, 2011 (n=355)

Domínios SF-36	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Aspecto físico	81,3	100,0	32,1	0,0	100,0
Aspecto emocional	83,8	100,0	31,8	0,0	100,0
Aspecto social	87,7	100,0	18,7	12,5	100,0
Capacidade funcional	84,4	95,0	22,5	0,0	100,0
Dor	75,3	74,0	23,6	0,0	100,0
Estado de saúde geral	73,1	77,0	19,7	12,0	100,0
Saúde mental	76,2	80,0	21,0	4,0	100,0
Vitalidade	73,6	75,0	20,7	0,0	100,0

Tabela 4 – Regressão linear múltipla de variáveis que influenciam nos aspectos do estado de saúde e na qualidade de vida avaliada pelo SF-36

Variáveis	SF-36																
	CF				AF				AS				AE				
	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	
Idade	-1,5	0,0001	0,05	0,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sexo (masculino x feminino)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Estado Civil (c/comp x s/comp)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cor/etnia			0,03	0,27			0,04	0,16			0,03	0,06			0,03	0,12	
Branca x Preta/Parda	30,7	0,0037			31,2	0,0015			29,7	0,0074			0,06	31,8	0,0007		
Amarela x Preta/Parda	61,1	0,0266			55,5	0,0265			0,4	0,9886			0,06	40,3	0,0887		
Tabagismo (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-22,4	0,0430	0,02	0,12
Renda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Carga horária trabalho semana	0,7	0,0027	0,03	0,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Problema saúde (sim x não)	-42,0	0,0008	0,15	0,27	-62,0	<0,0001	0,12	0,16	-30,4	0,0053	0,03	0,06	-42,0	<0,0001	0,07	0,12	
Uso medicamento (sim x não)	-29,9	0,0129	0,01	0,27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Variáveis	SF-36															
	DOR				EGS				SM				VI			
	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2
Idade	-	-	-	-	-0,8	0,0397	0,02	0,06	-	-	-	-	-1,2	0,0036	0,02	0,08
Sexo (masculino x feminino)	-	-	-	-	-	-	-	-	45,2	0,0003	0,04	0,08	41,0	0,0008	0,04	0,08
Estado Civil (c/comp x s/comp)	-	-	-	-	-29,2	0,0277	0,02	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-
Cor/etnia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02	0,08
Branca x Preta/Parda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28,9	0,0175	-	0,09
Amarela x Preta/Parda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26,6	0,3952	-	0,09
Tabagismo (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Renda	-	-	-	-	15,6	0,0229	0,02	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-
Carga horária trabalho semana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problema saúde (sim x não)	-32,8	0,0144	0,05	0,07	-	-	-	-	-42,3	0,0006	0,04	0,08	-	-	-	-
Uso medicamento (sim x não)	-30,4	0,0248	0,02	0,07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Domínios do SF-36: Capacidade Funcional = CF, Aspecto Físico = AF, Aspecto Social = AS, Aspecto Emocional = AE, Estado Geral de Saúde = EGS, Saúde Mental = SM, Vitalidade = VI.

R²1 = R² parcial – proporção da variabilidade da resposta explicada exclusivamente pelo preditor em questão.

R²2 = R² modelo – proporção de explicação da variável dependente pela variação das variáveis independentes que ficaram no modelo.

mental”, sexo ($p < 0,001$) e queixas de problemas de saúde ($p < 0,001$) apresentaram associações estatísticas. O domínio relacionado à “vitalidade” indicou associação com idade ($p = 0,003$), sexo ($p < 0,001$) e cor/etnia branca ($p = 0,017$) em relação à preta/parda (Tabela 4).

Na estratificação por sexo (Tabela 5), além das variáveis relacionadas na Tabela 4, a escolaridade ($p = 0,001$) apresentou associação com “capacidade funcional” e cor/etnia com “aspectos físico” ($p = 0,026$) e “emocional” ($p = 0,002$). Trabalho rural ($p = 0,034$) esteve associado com o domínio “dor” entre as mulheres.

Tabela 5 – Regressão linear múltipla de variáveis que influenciam nos aspectos do estado de saúde e qualidade de vida avaliada pelo SF-36, por sexo

Variáveis	SF-36															
	CF				AF				AS				AE			
	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2
Feminino																
Idade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cor/etnia (branca x não branca)	-	-	-	-	17,7	0,0267	0,03	0,13	-	-	-	-	22,9	0,0028	0,05	0,14
Escolaridade (ano concluído)	3,9	0,0015	0,04	0,23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado civil (c/ comp x s/ comp)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhador rural (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Renda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-13,5	0,0234	0,03	0,14
Problema de saúde (sim x não)	-37,2	0,0002	0,16	0,23	-34,7	<0,0001	0,10	0,13	-	-	-	-	-27,0	0,0004	0,07	0,14
Uso medicamento (sim x não)	-22,5	0,0194	0,03	0,23	-	-	-	-	-21,9	0,0152	-	0,04	-	-	-	-
Masculino																
Idade	-0,7	<0,0001	0,22	0,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cor/etnia (branca x não branca)	15,8	0,0048	0,6	0,40	-	-	-	-	12,8	0,0385	0,04	0,11	-	-	-	-
Alcoolismo (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhador rural (sim x não)	16,7	0,0028	0,7	0,40	-	-	-	-	-	-	-	-	14,8	0,0063	0,07	0,15
Trabalhou agricultura (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Renda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Carga horária trabalho semana	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,0171	0,07	0,11	-	-	-	-
Propriedade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Própria x Alugada/ arrendada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cedida x Alugada/ arrendada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problema de saúde (sim x não)	-17,3	0,0034	0,5	0,40	-24,6	<0,0001	0,17	0,17	-	-	-	-	-15,5	0,0033	0,08	0,15

Tabela 5 – Continuação

Variáveis	SF-36															
	DOR				EGS				SM				VI			
	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2	β	Valor p	R ² 1	R ² 2
Feminino																
Idade	-	-	-	-	-0,8	0,0266	0,03	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-
Cor/etnia (branca x não branca)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Escolaridade (ano concluído)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado civil (c/ comp x s/com)	-	-	-	-	-25,1	0,0271	0,03	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhador rural (sim x não)	-22,3	0,0346	0,03	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Renda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Problema de saúde (sim x não)	-24,7	0,0232	0,06	0,11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uso medicamento (sim x não)	-22,1	0,0385	0,02	0,11	-	-	-	-	-35,3	0,0005	-	0,07	-29,5	0,0027	-	0,05
Masculino																
Idade	-0,5	0,0150	-	0,06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cor/etnia (branca x não branca)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14,4	0,0295	0,04	0,22
Alcoolismo (sim x não)	-	-	-	-	-14,5	0,0418	0,04	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhador rural (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabalhou agricultura (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-22,1	0,0119	0,06	0,13	-20,9	0,0051	0,06	0,22
Renda	-	-	-	-	7,3	0,0372	0,04	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-
Carga horária trabalho semana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Propriedade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07	0,13	-	-	-	-
Própria x Alugada/ arrendada	-	-	-	-	-	-	-	-	2,7	0,7816	-	0,13	-	-	-	-
Cedida x Alugada/ arrendada	-	-	-	-	-	-	-	-	27,0	0,0082	-	0,13	-	-	-	-
Problema de saúde (sim x não)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-24,0	0,0003	0,12	0,22

Domínios do SF-36: Capacidade Funcional = CF, Aspecto Físico = AF, Aspecto Social = AS, Aspecto Emocional = AE, Estado Geral de Saúde = EGS, Saúde Mental = SM, Vitalidade = VI.

R²1 = R² parcial – proporção da variabilidade da resposta explicada exclusivamente pelo preditor em questão.

R²2 = R² modelo – proporção de explicação da variável dependente pela variação das variáveis independentes que ficaram no modelo.

Entre os homens, as associações foram entre alcoolismo e “estado geral de saúde” (p=0,041); ser trabalhador rural e “capacidade funcional” (p=0,002) e “aspecto emocional” (p=0,006); ter trabalhado na agricultura mostrou-se associado à “saúde mental” (p=0,011) e “vitalidade” (p=0,005); e residir em propriedade cedida (p=0,008) com domínio “saúde mental”.

DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho são de uma população relativamente jovem, a maioria do sexo feminino. A natureza do trabalho doméstico feminino e/ou a proximidade das lavouras em relação às residências podem ter contribuído para maior participação das mulheres na pesquisa. Nas visitas às residências, foi mais comum encontrá-las em casa.

O estudo apontou baixo nível de escolaridade entre os residentes rurais. A maioria não concluiu oito anos de estudos. Carneiro¹³ também verificou baixa escolaridade, em 2005, entre residentes de comunidade rural em Unai (MG), sendo a média de 3,4 anos de estudo entre os homens e 4,3 entre as mulheres.

É comum filhos de residentes rurais, desde muito cedo, assumirem a responsabilidade de ajudar seus pais no trabalho do campo, como uma forma de complementar a renda da família. Entre outros fatores que contribuem para a baixa escolaridade da população rural estão à evasão escolar; a falta de escolar rural, principalmente de ensino médio; a distância entre as residências e a escola mais próxima e ausência de transporte público; a ausência de creche e escola em tempo integral em área rural, que obriga os pais a levar os filhos para o trabalho (lavoura), porque não tem com quem e/ou onde deixá-los. Marangon et al.²⁰ atribuem a falta de emprego e de meio de transporte público, no campo, e a participação dos filhos nas atividades agrícolas, como forma de complementação de renda familiar, como os responsáveis por incentivar a desvalorização da educação formal e desestimular a regularidade dos estudos.

Fatores como maior nível de renda e satisfação com a vida geralmente estão associados a melhores níveis de educação. Famílias de baixa renda e famílias rurais são, especialmente, vulneráveis à pobreza, mudanças de emprego e menor renda, doenças e mudanças de estado civil.²¹ Alexandre et al.²² verificam que melhor situação financeira amplia a autonomia das pessoas com relação às suas escolhas de lazer, acesso a bens e serviços, relacionamentos e arranjos familiares, o que contribui para melhor qualidade de vida. O baixo nível de escolaridade da população rural também poder ser entendido como um entrave para o ingresso no novo mercado de trabalho e oportunidades que vem surgindo no campo nos últimos anos. Mercado de trabalho este, que exigem cada vez mais mão de obra qualificada e preparada para o uso de novas tecnologias.

Em relação às taxas de morbidade e uso de medicamento, o estudo verificou uma taxa de morbidade relativamente alta na população investigada, bem como de uso de medicamento. Fatores como o trabalho braçal e pesado e a carga horária de trabalho no campo, avaliado aqui pela quantidade de hora de trabalho

dos participantes; a baixa escolaridade e renda, atrelados a outras variáveis como a precariedade das condições e do ambiente de trabalho, assim como das condições sanitárias inadequadas, advindas da ausência de sistema público de saneamento básico, de rede de esgoto e de coleta de lixo, além da ausência de sistema de rede de água tratada; a precariedade do funcionamento do sistema público de saúde local (que não funciona em período integral. Atende os usuários das 7h às 16h, com agendamentos prévios) e da distribuição gratuita de medicamentos para residentes rurais com doenças crônicas e a ausência de políticas e de campanhas de prevenção de doenças, podem ser entendidos, entre outros, como fatores que justifiquem e contribuam para estes achados. Barcellos et al.²³ consideram a doença uma manifestação do indivíduo. A situação de saúde é uma manifestação do lugar, resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças.

Neste estudo, também foi possível apontar uma distinção entre homens e mulheres e a idade em relação aos aspectos de qualidade de vida e de saúde. Os homens, por exemplo, apresentaram melhor desempenho em relação às mulheres, principalmente nos aspectos de “saúde mental” e “vitalidade” do SF-36. Ser mais jovem foi associado estatisticamente com os domínios “capacidade funcional”, “estado geral de saúde” e “vitalidade”. Além das variáveis idade e sexo, as categorias não ter união estável, ser branco, não tabagista, maior renda e carga horária de trabalho, não ter problemas de saúde e não fazer uso de medicamento indicaram associações com melhores aspectos relacionados à qualidade de vida e de saúde da população rural.

Muitos dos achados deste trabalho, também, já haviam sido identificados e associados a piores indicadores de saúde e de qualidade de vida em outros estudos. Idade mais avançada, problemas de saúde e menor carga horária podem ser indicativos de limitações físicas e psicológicas que impeçam o indivíduo de trabalhar por mais tempo e, portanto, associadas a piores indicadores de saúde, bem como menor nível de escolaridade e de renda, tabagismo e sexo feminino. Contudo, o caráter deste estudo, não nos permite determinar estas associações como sendo de causa-e-efeito.

Faker²⁴ apontou idades entre 20 e 29 anos como tendo melhor avaliação nos domínios “estado geral de saúde” e “aspecto social”, entre cortadores de cana em Nova Andradinha (MS), em 2008. O autor destacou ainda, os tabagistas como tendo pior avaliação nos domínios “vitalidade”, “aspecto social”, “emocional” e “saúde mental” em relação aos que não fumam. Para Faker,²⁴ pessoas que trabalhavam no corte de cana há um ano

apresentaram pior desempenho nos domínios “aspecto físico”, “social”, “dor”, “vitalidade” e “saúde mental” quando comparadas com as que trabalhavam há mais de quatro anos.

Embora fosse uma hipótese, apontar piores desempenhos nos domínios de qualidade de vida entre os participantes da pesquisa expostos e que sofreram intoxicação por agrotóxico, esta não foi verificada, neste trabalho. Contudo, entre a população feminina, ser trabalhadora rural apresentou associação estatisticamente significativa com domínio *dor*. O estudo também identificou associação estatística entre trabalho rural e os domínios de *capacidade funcional* e *aspecto* emocional e os domínios *saúde mental* e *vitalidade* entre os homens que mencionaram ter trabalhado na agricultura.

Sena et al.²⁵ apontaram associação entre trabalhadores expostos a agrotóxicos e menores escores dos domínios “*dor*” e “*vitalidade*”. Sena et al.²⁵ identificaram associação entre uso de agrotóxico e maior dificuldade nas “*relações sociais*”. Para estes autores, trabalhadores expostos a agrotóxicos apresentaram associação significativamente inferior a todos os domínios de QV em relação aos não expostos, com exceção da “*capacidade funcional*”.

Os estudos de Sabbah et al.,²⁶ com população urbana e rural no Líbano, em 2000, apontaram associação entre os domínios do SF-36 e as variáveis idade, sexo feminino, estado civil (casado), menor renda, morbidade, bem como satisfação com o trabalho. Para estes autores, as mulheres apresentaram piores desempenhos em relação à “*capacidade funcional*”, “*aspecto físico*”, “*dor*”, “*estado geral de saúde*” e “*vitalidade*” em relação aos homens.

Para Lebrão e Laurenti,²⁷ o estado de saúde de um indivíduo está diretamente relacionado à baixa qualidade de vida, influenciados pelo gênero, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidade, além das doenças crônicas, principalmente nas mulheres.

Szwarcwald et al.¹¹ destacam que os indicadores de saúde variam de acordo com fatores sociais desfavoráveis aos grupos de níveis socioeconômicos mais baixos: renda, escolaridade, ocupação ou classe social. Dachs²⁸ acrescenta entre as características socioeconômicas a região geográfica, áreas urbanas e rurais, cor/etnia e sexo como variáveis de determinação de estado de saúde.

Avaliar qualidade de vida em comunidade rural a partir de questões baseadas em população urbana pode levar a confundimento, no resultado, em relação aos que vivem em áreas rurais. É difícil determinar como as características de nível de educação e circunstâncias de vida afetam as propriedades psicométricas. Por outro lado, o

estado de saúde relacionado à qualidade de vida mede a saúde percebida e diferentes valores de autoavaliação têm sido frequentemente encontrados entre o urbano e o rural.²⁹

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontaram as contribuições e influências de variáveis demográficas e socioeconômicas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, cor/etnia, renda e trabalho rural), alcoolismo, tabagismo, condições de saúde e de trabalho no desempenho da qualidade de vida e, conseqüentemente, sobre o estado de saúde da população rural.

Estes resultados identificaram ainda a necessidade de políticas públicas que garantam aos residentes de comunidades rurais o acesso a serviços de saúde, à promoção de saúde e à prevenção de doenças (alcoolismo, tabagismo e outras morbidades), além de melhor nível de escolaridade, melhores condições de trabalho e de renda, no intuito de contribuir para melhoria da qualidade de vida e estado de saúde da população no campo.

Baixa renda pode significar dificuldades econômicas, que por sua vez, pode ser entendida como um obstáculo para aquisição de conhecimentos e melhor nível de escolaridade. Neste sentido, a baixa escolaridade da população rural também pode ser entendida como um grande entrave a melhor renda e ao ingresso no mercado de trabalho, que vem surgindo no campo e que exigem mão de obra qualificada e especializada. Além do mais, a ausência de políticas públicas de incentivos à permanência das famílias rurais no campo, a baixa remuneração, a ausência de escolas públicas e de qualidade e a crescente expansão de monocultura têm sido, entre outros fatores, responsáveis pela expulsão e emigração da população do campo para os grandes centros urbanos, em busca de melhores oportunidades de trabalho, de condições financeiras e de qualidade de vida.

Deve-se, portanto, considerar as limitações desta pesquisa. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível determinar e apontar as relações de causas e efeitos em relação aos resultados apontados. Ainda, por se tratar de um estudo local, é importante salientar que os resultados não podem ser generalizados para população rural brasileira. No entanto, os resultados deste estudo podem contribuir para formulação de políticas públicas de saúde e de educação voltadas à população rural, além de servir de base para novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21(1):19-28.
2. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J. Clin. Epidemiol.* 1999;52(44):5-63.
3. Zubaran C, Persch K, Tarso T, Ioppi A, Mezzich J. The correlation between health status and quality of life in southern Brazil. *São Paulo Med J.* 2008;126(5):257-61.
4. Fleck MPA. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: Fleck MPA e cols. *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissional da saúde.* Porto Alegre: Artemed; 2008. p. 19-28.
5. Galinha I, Pais Ribeiro JL. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2005; 6(2):203-14.
6. Sturgis P, Thomas R, Purdon S, Bridgwood A, Dodd T. Comparative review and assessment of key health state measures of the general population. London: Department of Health; 2001.
7. Sen A. Health: perception versus observation: self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ.* 2002;324(7342):860-61.
8. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W (editors). *Quality of life assessment: international perspectives.* Heidelberg: Springer-Verlag; 1994. p. 41-60.
9. Patrick DL. Patient-Reported Outcomes (PROs): An organizing tool for concepts, measures, and Applications. *Mapi Research Institute Newsletter.* 2003;31:1-5.
10. Chatterji S, Bickenbach J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: Fleck MPA e cols. *Avaliação de qualidade de vida: guia para profissional da saúde.* Porto Alegre: Artemed; 2008. p. 40-47.
11. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. Saúde Pública.* 2005;21(1):S54-S64.
12. Blank N, Diderichsen F. The prediction of different experiences of long-term illness: a longitudinal approach in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 1996;50:156-61.

13. Carneiro FF. A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005 [Tese]. Belo Horizonte (MG): Escola de Veterinária Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
14. Carneiro FF, Sá WR, Búrigo AC, Viana FC, Bertolini VA, Tambellini AT, et al. Trabalho rural e condições de saúde das famílias do MST e dos bóias-frias: o caso de Unaí-MG. *Tempus. Actas em Saúde Coletiva*. 2009;4(4):38-52.
15. Zanei SV. Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 2006.
16. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. Brás Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
17. Morimoto T, Oguma Y, Yamazaki S, Sokejima S, Nakayama T, Fukuhara S. Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization. *Quality of Life Research*. 2006;15:537-46.
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Município de Atibaia. Extraído de [<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>], acesso em [11 de dezembro de 2012].
20. Marangon M, Presznuk R, Sordi RF, Agudelo LPP. Indicadores de sustentabilidade como instrumento para avaliação de comunidades em crise: aplicação à comunidade de Serra Negra. *Revista Educação e Tecnologia*. 2004; 8.
21. Mammen S, Bauer JW, Lass D. Life satisfaction among rural low-income mothers: the Influence of health, human, personal, and social capital. *Applied Research Quality of Life*. 2009;4(4):365-86.
22. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):613-21.
23. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de Situações de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS – IESUS*. 2002;11(3):129-38.
24. Faker JN. A cana nossa de cada dia: saúde mental e qualidade de vida em trabalhadores rurais de uma usina de álcool e açúcar de Mato Grosso do Sul [Dissertação]. Campo Grande (MS): Universidade Católica Dom Bosco; 2009.

25. Sena TRR, Vargas MM, Oliveira CCC. Saúde auditiva e qualidade de vida em trabalhadores expostos a agrotóxicos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1753-61.
26. Sabbah I, Drouby N, Sabbah S, Retel-Rude N, Mercier M. Quality of life in rural and urban populations in Lebanon using SF-36 Health Survey. *Health Quality Life Outcomes*. 2003;1(1):30-8.
27. Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML; Duarte YAO (Org.). *SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
28. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002;7(4):641-57.
29. Liu C, Li N, Ren X, Liu D. Is traditional rural lifestyle a barrier for quality of life assessment? A case study using the Short Form 36 in a rural Chinese population. *Qual Life Res*. 2010;19:31-6.

Recebido: 10.01.2014. Aprovado: 11.06.2015