

Qualidade de vida de mulheres rurais e fatores associados: estudo transversal

Quality of Life of Rural Women and Associated Factors: A Cross-Sectional Study

Calidad de vida de mujeres rurales y factores asociados: estudio transversal

 Bruno Neves da Silva¹

 Valéria Gomes Fernandes da Silva²

 Gledja Akythiara de Araújo Ferreira²

 Maisa Galdino Pereira³

 Nilba Lima de Souza²

 Erika Simone Galvão Pinto²

¹ Prefeitura Municipal do Natal

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte

³ Universidade Federal de Campina Grande

Recebido: 20/08/2025

Aceito: 03/03/2026

Correspondência:

Bruno Neves da Silva
enfbneves@gmail.com

Como citar:

Silva BN da, Silva VGF da, Ferreira GA de A, Pereira MG, Souza NL de, Pinto ESG. Qualidade de vida de mulheres rurais e fatores associados: estudo transversal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2026;15(1):e4801. doi: 10.22235/ech.v15i1.4801

Financiamento: Este estudo não recebeu nenhum financiamento externo ou apoio financeiro.

Disponibilidade de dados:

O conjunto de dados que embasa os resultados deste estudo não está disponível.

Conflito de interesse: Os autores declaram não ter conflito de interesse.



Resumo: Introdução: Mulheres rurais vivenciam vulnerabilidades relacionadas às condições de trabalho, desigualdades de gênero e barreiras de acesso aos serviços de saúde, fatores que podem impactar negativamente sua qualidade de vida. A compreensão dos determinantes associados à qualidade de vida nesse contexto é essencial para subsidiar ações na Atenção Primária à Saúde (APS). Objetivo: Analisar a associação entre qualidade de vida e fatores sociodemográficos, laborais e de saúde de mulheres rurais. Método: Estudo transversal analítico realizado junto a 87 mulheres rurais do município paraibano de Nazarezinho, Brasil. A partir de amostragem por conveniência, os dados foram coletados no período de julho a novembro de 2020 por meio de entrevistas. Foram aplicados um formulário sociodemográfico e o instrumento de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). A análise dos dados se deu por estatística descritiva e inferencial. Resultados: Os menores escores de qualidade de vida foram observados nos domínios estado geral de saúde e aspectos físicos. Idade mais avançada, menor escolaridade, maior tempo de trabalho rural, adoecimento relacionado ao trabalho, presença de doenças crônicas e ausência de atividades de lazer apresentaram associação estatisticamente significativa com piores escores em múltiplos domínios. Conclusão: Os achados evidenciam vulnerabilidades específicas das mulheres rurais e reforçam a necessidade de ações de promoção da saúde no âmbito da enfermagem rural, com foco na prevenção de adoecimentos ocupacionais, no manejo de condições crônicas e no fortalecimento do lazer e do autocuidado na APS.

Palavras-chave: qualidade de vida; mulheres trabalhadoras; saúde da população rural; promoção da saúde.

Abstract: Introduction: Rural women experience vulnerabilities related to working conditions, gender inequalities, and limited access to health services, factors that may negatively affect their quality of life. Understanding the determinants associated with quality of life in this context is essential to inform Primary Health Care (PHC) actions. Objective: To analyze the association between quality of life and sociodemographic, occupational, and health factors among rural women. Method: An analytical cross-sectional study was conducted with 87 rural women from the municipality of Nazarezinho, in the state of Paraíba, Brazil. Using convenience sampling, data were collected between July and November 2020 through interviews. A sociodemographic questionnaire and the quality-of-life assessment instrument, the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), were applied. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics. Results: The lowest quality of life scores were observed in the domains of general health status and physical aspects. Older age, lower educational level, longer duration of rural work, work-related illness, presence of chronic diseases, and lack of leisure activities showed statistically significant associations with poorer scores across multiple domains. Conclusion: The findings highlight specific vulnerabilities among rural women and reinforce the need for health promotion actions within community nursing, focusing on the prevention of occupational illnesses, management of chronic conditions, and strengthening of leisure activities and self-care in PHC.

Keywords: quality of life; working women; rural health; health promotion.

Resumen: Introducción: Las mujeres rurales enfrentan vulnerabilidades relacionadas con condiciones laborales precarias, desigualdades de género y barreras en el acceso a los servicios de salud, factores que pueden afectar negativamente su calidad de vida. Comprender los determinantes asociados a la calidad de vida en este contexto es fundamental para orientar acciones en la Atención Primaria de Salud (APS). Objetivo: Analizar la asociación entre calidad de vida y factores sociodemográficos, laborales y de salud de mujeres rurales. Método: Estudio transversal analítico realizado con 87 mujeres rurales del municipio de Nazareinho, en el estado de Paraíba, Brasil. Mediante muestreo por conveniencia, los datos fueron recolectados entre julio y noviembre de 2020 a través de entrevistas. Se aplicaron un formulario sociodemográfico y el instrumento de evaluación de la calidad de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial. Resultados: Las puntuaciones más bajas en calidad de vida se observaron en los dominios del estado general de salud y aspectos físicos. La mayor edad, el menor nivel educativo, el mayor tiempo de trabajo rural, la enfermedad relacionada con el trabajo, la presencia de enfermedades crónicas y la ausencia de actividades de ocio mostraron asociaciones estadísticamente significativas con peores puntajes en múltiples dominios. Conclusión: Los hallazgos evidencian vulnerabilidades específicas de las mujeres rurales y refuerzan la necesidad de acciones de promoción de la salud en el ámbito de la enfermería comunitaria, con énfasis en la prevención de enfermedades ocupacionales, el manejo de condiciones crónicas y el fortalecimiento del ocio y del autocuidado en la APS.

Palabras clave: calidad de vida; mujeres trabajadoras; salud rural; promoción de la salud.

Introdução

O Brasil rural se constitui em um espaço no qual se exteriorizam as piores mazelas sociais, em que as condições de trabalho, saúde e de vida foram e continuam sendo precárias e contraditórias. ⁽¹⁾ Nesse meio, investimentos em infraestrutura, saneamento básico, abastecimento hídrico e coleta de resíduos sólidos são escassos, sendo esses serviços, muitas vezes, muito precários. Esses indicadores, no entanto, possuem relação direta com a qualidade de vida (QV) das populações do campo. ⁽²⁾ Outros estudos ao redor do mundo também destacam menores índices de QV em meio rural, quando comparada ao meio urbano. ^(3,4) A Organização Mundial da Saúde corrobora esses resultados, ressaltando que a população rural tende a ser mais pobre e menos saudável, o que é agravado pelo menor acesso aos serviços de saúde. ⁽⁵⁾ A Organização Pan-americana de Saúde, por seu turno, reforça que, no contexto latino-americano, tais desigualdades se expressam de forma ainda mais intensa entre as mulheres, em função da divisão sexual do trabalho, da informalidade laboral e da sobrecarga de atividades produtivas e reprodutivas. ⁽⁶⁾

Nesse cenário de desigualdades estruturais, a QV aparece como um constructo central para a compreensão das condições de saúde e bem-estar, especialmente em populações historicamente vulnerabilizadas. Surgido na década de 1960, foi impulsionado por transformações sociais e pela adoção de novos modelos epidemiológicos do processo saúde-doença, que demandaram sua avaliação sistemática. Desde então, múltiplas definições foram propostas, evidenciando a polissemia e a ausência de consenso conceitual. Historicamente vinculado à satisfação individual com a vida e às concepções aristotélicas de felicidade e virtude, o termo evoluiu para um constructo multidimensional que integra domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais. A QV articula condições objetivas e percepções subjetivas de bem-estar, variando conforme necessidades humanas e etapas do ciclo vital. Essa complexidade reforça seu papel como parâmetro analítico na mensuração de intervenções, no direcionamento de políticas públicas e na organização de modelos de atenção à saúde. ⁽⁷⁾

O conhecimento acerca da QV é imprescindível para entender as consequências de doenças e tratamentos, bem como para a tomada de decisões médicas em diferentes faixas etárias e culturas. Ademais, informações sobre a QV são essenciais para ajudar os indivíduos a antecipar consequências de problemas de saúde e de seus tratamentos, constituindo, portanto, um desfecho importante nas pesquisas em saúde. ⁽⁸⁾

Quando comparadas às pessoas que habitam em zona urbana, os indivíduos que residem em meio rural são, geralmente, mais pobres, possuem piores condições de moradia e saneamento, maiores dificuldades em acessar serviços de saúde e meios de comunicação, têm menor nível de escolaridade e maiores riscos de lesões relacionadas ao ambiente e à condição socioeconômica, e estudos têm constatado menores índices de QV em meio rural, seja no aspecto geral ou em domínios específicos. ⁽⁹⁾

Estudos demonstram que a questão de gênero é um fator interveniente em condições mais negativas de QV nas mulheres rurais. ^(10,11) Dado que o trabalho é um dos aspectos que caracterizam a

QV, seus menores valores em mulheres rurais podem estar associados ao fato delas serem as mais afetadas pela exploração e pela dominação no meio rural, decorrentes de sua condição de classe e de gênero, assinaladas historicamente pelo patriarcado. ⁽¹²⁾ Tal fato permeia os modos de vida das mulheres rurais, e repercute em suas trajetórias pessoais e familiares, de vida e de trabalho, assim como em suas perspectivas de futuro, ação política e no seu processo saúde e doença. ⁽⁴⁾

Do ponto de vista do gênero, estudos clássicos ⁽¹³⁾ e contemporâneos ⁽¹⁴⁾ apontam que as desigualdades em saúde não decorrem apenas de diferenças biológicas, mas são produzidas socialmente a partir de relações assimétricas de poder, normas culturais e condições estruturais que afetam de maneira diferenciada homens e mulheres. No campo da saúde, tais desigualdades se refletem em maior exposição feminina a condições de trabalho precárias, menor reconhecimento social do trabalho realizado e acesso desigual a recursos de cuidado e proteção.

Especificamente no que se refere à articulação entre gênero e ruralidade, estudos indicam que mulheres rurais vivenciam formas particulares de vulnerabilidade, marcadas pela invisibilidade do trabalho agrícola feminino, pela dupla jornada e pela limitação de políticas públicas sensíveis às especificidades do meio rural. ⁽¹⁵⁾ Essas condições impactam diretamente a QV e reforçam a necessidade de análises que considerem simultaneamente os marcadores de gênero, território e trabalho.

Tais condições de vida e de trabalho para as mulheres rurais não são exclusivas do Brasil, mas constituem problemas estruturais compartilhados por amplas regiões da América Latina. Em muitos países latino-americanos, populações rurais enfrentam barreiras semelhantes no acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), ⁽¹⁶⁾ condições laborais precárias ⁽¹⁷⁾ e normas socioculturais que ampliam a dupla jornada e a vulnerabilidade feminina. ⁽¹⁰⁾

A avaliação da QV possibilita transformar o conhecimento, e contribui para apoiar e aperfeiçoar métodos para a modificação de situações que necessitam ser transformadas, e engloba maior reflexão sobre os condicionantes de saúde e doença. ⁽¹⁸⁾ Destarte, o presente estudo, embora realizado em um município específico do Nordeste brasileiro, oferece evidências locais que podem subsidiar a formulação de políticas e intervenções de caráter regional: o entendimento de que fatores se encontram diretamente associados com a QV das mulheres rurais permite que eles sejam considerados para o desenho de políticas e ações intersectoriais e para a adaptação de estratégias de APS rural com foco em equidade de gênero, prevenção de adoecimento ocupacional e promoção do lazer e autocuidado, com vistas a elevar esse construto no meio rural, dado que ele impacta a vida das mulheres de forma transversal. Isso posto, o objetivo deste estudo é analisar a associação entre qualidade de vida e fatores sociodemográficos, laborais e de saúde de mulheres rurais.

Método

Trata-se de um transversal analítico realizado no município de Nazarezinho, Paraíba, Brasil, classificado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como um município predominantemente rural. O delineamento transversal permite a observação simultânea das variáveis em um ponto específico do tempo, não possibilitando inferências causais, mas sendo adequado para identificar padrões e associações entre variáveis em contextos populacionais específicos. ⁽¹⁹⁾

A coleta de dados ocorreu no período de julho a novembro de 2020 por meio de entrevistas, nas quais foram aplicados um formulário sociodemográfico e o instrumento de avaliação de QV Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), um instrumento amplamente utilizado, cuja estrutura se encontra dividida em três componentes: itens, que correspondem às perguntas; escalas, que correspondem a cada domínio relacionado à QV; e medidas sumário, que se tratam do resumo dos componentes físico e mental. Os 36 itens estão divididos em oito domínios. Cada domínio apresenta um escore final que varia de 0 a 100, cujos valores, quanto mais altos, indicam melhor índice de QV. ⁽²⁰⁾

O SF-36 foi validado no Brasil por Ciconelli, ⁽²¹⁾ e, quanto aos domínios, foram denominados de capacidade funcional (CF), que avalia a presença de limitações relacionadas à capacidade física e suas extensões; aspectos físicos (AF), que avalia as limitações que envolvem o tipo e a quantidade de trabalho e como elas dificultam esse trabalho e as atividades de vida diária; dor, que avalia a presença e intensidade da dor e sua interferência nas atividades diárias; estado geral de saúde (EGS), que avalia a

percepção do indivíduo em relação à sua saúde global; vitalidade, que avalia o nível de energia e de fadiga do indivíduo; aspectos sociais (AS), que avalia como o indivíduo se integra em atividades sociais; aspectos emocionais (AE), que avalia as repercussões de aspectos psicológicos sobre o bem-estar do indivíduo e saúde mental (SM), que avalia questões relacionadas a alterações no comportamento emocional ou descontrole emocional, depressão, ansiedade e bem-estar psicológico. ⁽²¹⁾

Esleu-se o SF-36 devido sua longa trajetória como instrumento abrangente de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, permitindo a comparação entre populações e estudos. Em termos de forças e limitações, o SF-36 oferece um perfil dimensional mais rico que instrumentos mais curtos (por exemplo, EQ-5D), o que facilita a identificação de domínios específicos de déficit. Em contrapartida, a sua extensão e linguagem podem reduzir a validade em populações com baixo letramento ou com estilos de vida muito distintos do contexto urbano-industrial. ⁽²²⁾

A população do estudo foi constituída por 112 mulheres rurais cadastradas em uma microárea e acompanhadas por uma equipe rural da Estratégia de Saúde da Família. O acesso às participantes ocorreu por intermédio da equipe de saúde local, mais especificamente a partir do direcionamento da agente comunitária de saúde que realizava a cobertura da microárea, a qual auxiliou na identificação das participantes elegíveis.

Após a aplicação dos critérios de seleção, que incluíram mulheres acima de 18 anos de idade que aceitassem fazer parte do estudo, residentes na zona rural e que realizam ou realizaram durante a vida atividades relacionadas à agropecuária e/ou ao extrativismo. Foram excluídas mulheres que residiam há menos de seis meses na zona rural, ou aquelas que, apesar de residirem nessas áreas, não possuíam modos de vida relacionados com elas. A amostra foi obtida, por conveniência, a partir da fórmula de Barbetta para estabelecimento de amostra em pesquisas com populações finitas, considerando que n_0 corresponde à primeira aproximação do tamanho amostral, E_0 ao erro amostral tolerável, N ao tamanho da população e n ao tamanho da amostra, levando-se em consideração um erro amostral de 5 %, com nível de confiança de 95 %:

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2} n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$
$$n_0 = \frac{1}{0,0025} = 400n = \frac{112 \cdot 400}{112 + 400} = 87,5$$

Destarte, obteve-se uma amostra final de 87 mulheres rurais, não havendo recusas formais à participação entre as mulheres abordadas. A amostra foi definida por conveniência, considerando as limitações impostas pela pandemia de COVID-19, que prolongou o período de coleta de dados.

As variáveis utilizadas no estudo foram: escores dos oito domínios de QV do SF-36, assim como suas medidas-sumário. As variáveis sociodemográficas, laborais e de saúde não contempladas no SF-36 foram coletadas por meio de formulário estruturado elaborado pelos autores, contendo questões fechadas previamente definidas, referentes a: faixa etária, raça/cor, escolaridade, estado civil, renda mensal, possuir filhos, tempo de atividade rural, tipos de tarefas rurais desempenhadas, presença de renda própria relacionada ao trabalho rural, adoecimento relacionado ao trabalho rural, presença de doença crônica, tipo de doença crônica, prática de atividade física e de atividade de lazer, uso de álcool e tabagismo.

Após coletados, os dados foram digitados em planilhas que foram exportadas para análise estatística através do *software* SPSS versão 25.0®, considerando o caráter analítico do estudo. Inicialmente, realizou-se análise descritiva das variáveis, com cálculo de frequências, médias, desvios-padrão, valores mínimos e máximos e intervalos de confiança.

A normalidade da distribuição das variáveis foi avaliada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou distribuição não normal das variáveis utilizadas. Dessa forma, optou-se pela utilização de testes não paramétricos. O teste U de Mann-Whitney foi empregado para analisar associações entre os domínios da qualidade de vida e variáveis categóricas, enquanto o teste de correlação de Spearman foi utilizada para avaliar associações entre os domínios do SF-36. O nível de significância adotado foi de 5 % ($p < 0,05$). Não houve dados faltantes nos bancos de dados, contribuindo para não o comprometimento a consistência dos resultados.

Este estudo seguiu as recomendações do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE), bem como obedeceu a todos os critérios dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo parecer substanciado de número 3.950.023. Todas as participantes assinaram duas vias de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa, permanecendo uma via com o pesquisador e outra com a participante.

Ressalta-se que foi calculado o alfa de Cronbach (métrica estatística que estima a confiabilidade de determinado questionário, escala etc.) para verificar a consistência do SF-36, sendo constatada baixa confiabilidade ($\alpha = 0,33$). Tal resultado pode estar relacionado a dificuldades de compreensão dos itens por parte das participantes, especialmente em um contexto de baixo letramento, bem como a especificidades socioculturais do meio rural, que podem interferir na interpretação de determinados construtos originalmente desenvolvidos em contextos urbanos.

Resultados

A amostra foi constituída por 87 mulheres rurais. Conforme apresentado na Tabela 1, os menores escores médios de QV foram observados nos domínios AF ($\bar{x} = 55,46$; $DP = 37,63$) e EGS ($\bar{x} = 53,74$; $DP = 16,05$), enquanto os maiores escores ocorreram em CF ($\bar{x} = 77,36$; $DP = 17,16$) e SM ($\bar{x} = 72,97$; $DP = 12,88$), indicando maior comprometimento das dimensões físicas da QV.

Tabela 1

Valores mínimos e máximos, média e desvio padrão dos domínios de qualidade de vida obtidos. Nazarezinho, Paraíba, Brasil, 2020

Variable	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	IC95%
CF	30	100	77,36	17,16	73,7 – 81,02
AF	0	100	55,46	37,63	47,43 – 63,4
Dor	0	100	62,64	23,42	57,64 – 67,64
EGS	10	95	53,74	16,05	50,32 – 57,16
Componente físico	12,50	93,7	62,29	18,90	58,27 – 66,31
Vitalidade	25	95	68,28	13,99	65,30 – 71,26
AS	25	100	73,22	20,84	68,77 – 77,67
AE	0	100	61,68	37,60	53,66 – 69,70
SM	28	100	72,97	12,88	70,22 – 75,72
Componente mental	33	95	69,03	14,92	65,84 – 72,22

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

Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra, as mulheres eram, em sua maioria, casadas (60,9 %), autodeclaradas de raça/cor branca (48,3 %), e com ensino fundamental incompleto (64,4 %). Quanto à faixa etária, o valor médio foi de cerca de 50,15 anos. Cerca de 90,9% ($n = 79$) possuía filhos, e declararam renda mensal de até um salário mínimo (salário mínimo vigente em 2020: R\$ 1.045,00). De modo geral, mulheres em faixas etárias mais elevadas e com menor escolaridade apresentaram piores escores de QV, especialmente nos domínios relacionados ao componente físico. Associações estatisticamente significativas foram constatadas entre os domínios de QV e as variáveis faixa etária, estado civil e escolaridade, conforme representado na Tabela 2.

Tabela 2

Variáveis sociodemográficas e escores médios dos domínios de qualidade de vida do SF-36 e respectivas associações. Nazarezinho, Paraíba, Brasil, 2020

Variável	n (87)	%	Domínios de QV $\bar{x}$									
			CF	AF	Dor	EGS	Comp. Físico	Vit.	AS	AE	SM	Comp. mental
Faixa etária												
18 a 30 anos	11	12,6	87,27*	72,73	77,36*	69,09*	76,71*	73,74	82,45	69,82	82,18*	72,02
31 a 40 anos	12	13,8	89,58*	75,00*	71,17	61,25	74,25*	75,00*	74,00	83,33*	78,67*	77,75*
41 a 50 anos	17	19,5	73,24	45,59	56,71	50,29	56,45	69,41	75,94	60,71	72,47	69,63
51 a 60 anos	24	27,6	70,24*	47,92	58,58	47,92*	56,20*	65,42	7475	54,13	68,67	65,64
61 anos e mais	23	26,4	76,52	52,17	59,78	51,09	59,89	64,35	64,78*	55,09	70,43	63,66*
Raça/cor												
Branca	42	48,3	76,43	55,36	59,43	51,43	60,66	67,74	71,43	67,45	71,14	69,44
Preta	34	39,1	83,18	56,82	68,91	55,45	66,09	67,73	75,18	54,55	74,18	67,91
Parda	11	12,6	76,72	55,15	64,59	56,03	63,09	69,12	74,79	56,85	74,82	68,90
Estado civil												
Solteira	8	9,2	74,38	56,25	64,63	60,00	63,81	63,13	72,00	54,25	76,50	66,47
Casada	53	60,9	74,72*	53,70	60,98	50,37*	59,94	67,69	75,67	58,57	71,63	68,39
União estável	15	17,2	89,33*	65,00	65,87	62,67*	70,71	73,67*	67,13	71,20	76,53	72,13
Viúva	10	11,5	81,50	52,50	69,70	57,50	65,30	68,50	73,70	60,10	73,60	69,03
Divorciada	1	1,1	30,00	0,0	0,0	20,00	12,50	55,00	25,00	100,00	60,00	60,00
Escolaridade												
Analfabeta	11	12,6	77,27	52,27	65,45	51,82	61,70	63,18	75,09	60,64	77,82	69,18
Fundamental	56	64,4	76,43	52,23	60,18	52,23	60,26	67,95	71,48	61,29	71,00	67,93
incompleto												
Fundamental completo	3	3,4	56,67	25,00	36,67	48,33	41,66	63,33	62,67	55,67	69,33	62,75
Médio incompleto	7	8,0	85,71	82,14	79,14*	53,57	75,14	76,43	85,86	76,29	78,29	79,21
Médio completo	9	10,3	81,88	59,38	67,50	65,00	68,43	69,38	72,13	45,75	77,50	66,19
Superior	1	1,1	85,00	100,00	68,00	55,00	77,00	95,00	75,00	100,00	80,00	87,50
incompleto												
Renda mensal												
Até 1 salário mínimo	74	85,1	77,84	53,38	62,16	54,05	61,85	68,78	73,73	61,70	73,08	69,32
Até 2 salário mínimo	9	10,3	74,62	67,31	65,38	51,92	64,80	65,38	70,31	61,54	72,31	67,38
>2 salários mínimos	4	4,6	81,67	66,67	63,67	48,33	65,08	65,00	75,00	66,67	80,00	71,67
Possui filhos												
Sim	79	90,9	76,82	54,55	62,64	53,12	61,77	68,83	73,62	61,03	72,94	69,10
Não	7	8,1	81,11	61,11	64,67	61,11	67,00	64,44	69,56	63,00	72,44	67,36

*p-valor < 0,05; Mann-Whitney

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

Em relação aos aspectos laborais, a maior parte (70,1 %) das mulheres realizou trabalho rural por tempo superior a dez anos, sendo o plantio e a colheita as principais atividades realizadas. A maioria das mulheres não possuía renda relacionada ao trabalho rural (97,7 %). Associações estatisticamente significativas foram identificadas entre os escores médios dos domínios de QV e o tempo de trabalho rural, as atividades realizadas no trabalho rural e o adoecimento devido ao trabalho, conforme sumarizado na Tabela 3.

Tabela 3

Variáveis relacionadas ao trabalho e escores médios dos domínios de qualidade de vida do SF-36 e respectivas associações. Nazarezinho, Paraíba, Brasil, 2020

Variável	n (87)	%	CF	AF	Dor	EGS	Domínios de QV ($\bar{x}$)					
							Comp. Físico	Vit.	AS	AE	SM	Comp. mental
Durante quanto tempo realiza/realizou trabalho rural												
2 a 5 anos	3	3,4	75,00	50,00	66,00	71,67	65,66	75,00	79,33	44,33	80,00	69,67
5 a 10 anos	23	26,4	86,52*	76,09*	68,96	56,30	71,96	71,30	79,70	76,83*	75,83*	75,91*
Mais de 10 anos	61	70,1	74,02*	47,95*	60,10	51,89	58,48*	66,80	70,48	56,82	71,54*	66,41*
Atividades realizadas												
Plantio	83	95,4	77,11	55,12	62,90	54,16	62,32	68,43	72,67	61,04	73,54	68,92
Colheita	80	92,0	77,62	54,69	61,54	53,31	61,79	67,88	72,26	61,66	72,45	68,56
Capinagem	42	48,3	57,00	45,00	42,20	46,00	47,55	56,00	70,40*	46,60	64,80	59,45
Cuidado de animais	12	13,8	68,33	41,47	46,08*	45,83	50,47*	64,58	61,67	52,83	59,67*	59,69*
Horticultura	6	6,9	59,17*	29,17	46,00	34,17*	42,12*	60,83	48,00*	50,00	61,33*	55,04*
Preparo do solo	5	5,7	57,00*	45,00	42,20	46,00	47,55	56,00*	70,40	46,60	64,80	59,45
Possui renda própria do trabalho rural												
Sim	2	2,3	80,00	37,50	56,50	57,50	57,87	85,00	81,50	83,50	70,00	80,00
Não	85	97,7	79,41	58,33	67,04	55,98	65,19	71,37	76,98	64,69	76,39	72,36
Já adoeceu por razão associada ao trabalho rural												
Sim	21	24,1	68,33*	41,67	49,81*	44,76*	51,14*	63,57*	68,05	61,90	68,00	65,38
Não	66	75,9	80,23*	59,85	66,73*	56,59*	65,84*	69,77*	74,86	61,61	74,55	74,20

*p-valor < 0,05; Mann-Whitney

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

Quanto às variáveis de saúde e doença, equiparou-se o número de mulheres que autorrelataram alguma doença crônica com as que negaram a presença dessas doenças, cuja prevalência maior foi de hipertensão arterial sistêmica (29,9 %). A prática de atividades físicas foi relatada por um baixo número de mulheres (19,5 %). A utilização de álcool não representou um índice altamente expressivo (4,6 %). A prática de atividades de lazer foi referida por quase metade das participantes do estudo (42,5 %). O fato de possuir doença crônica, o tipo de doença, ter atividades de lazer, e o uso de álcool e cigarro apresentaram associações estatisticamente significativas com os escores de QV, conforme destacado na Tabela 4.

Tabela 4

Variáveis de saúde-doença e escores médios dos domínios de qualidade de vida do SF-36 e respectivas associações. Nazarezinho, Paraíba, Brasil, 2020

Variável	n (87)	%	CF	AF	Dor	EGS	Domínios de QV $\bar{x}$					
							Comp. Físico	Vit.	AS	AE	SM	Comp. mental
Possui doença crônica												
Sim	41	47,1	70,33*	48,17	56,59*	48,54*	56,00*	64,02*	68,20*	55,24	68,98*	64,11*
Não	46	52,9	83,26*	61,96	68,04*	58,37*	67,90*	72,07*	77,70*	67,41	76,52*	73,42*
Tipo de doença crônica (quando aplicável)												
Hipertensão arterial sistêmica	26	29,9	76,35	47,12	61,65	53,65	59,69	67,50	68,00	49,96*	72,46	64,48*
Diabetes mellitus	11	12,6	73,18	52,27	47,91*	47,27	55,15	64,09	68,36	63,64	72,36	67,11
Cardiopatias	3	3,4	68,33	33,33	52,67	48,33	50,66	56,67	79,33	44,33	76,00	64,08
Doenças respiratórias	2	2,3	77,71	55,59	63,44	53,82	62,63	68,24	74,06	60,78	73,04	69,03
Doenças articulares	7	8,0	50,00*	42,86	43,00	40,71*	44,14*	58,57*	59,14	57,14	61,14*	59,00
Prática de atividades físicas												
Sim	17	19,5	79,71	39,71	58,24	53,82	57,86	72,06	72,82	66,65	72,51	70,56
Não	70	80,5	76,79	59,29	63,71	53,71	63,37	67,36	73,80	60,47	73,03	68,66
Prática de atividades de lazer												
Sim	37	42,5	79,05	61,49	62,84	54,05	64,35	72,16*	77,57	70,27	74,92*	73,73*
Não	50	57,5	76,10	51,00	62,50	53,50	60,77	65,40*	70,00	55,32	71,52*	65,56*
Uso de álcool												
Sim	4	4,6	91,25*	81,25	78,25	63,75	78,62	72,50	81,25	75,00	80,00	77,19
Não	83	95,4	76,79*	54,22	61,89	53,25	61,51	68,07	72,83	61,04	72,63	68,64
Fumante												
Sim	12	13,8	77,08	79,17*	63,42	50,00	67,41	68,75	75,17	77,83	68,67	72,60
Não	75	86,2	77,40	51,67*	62,52	54,33	61,48	68,20	72,91	59,09	73,65	68,46

*p-valor < 0,05; Mann-Whitney

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

Entre os domínios do SF-36, as análises de correlação de Spearman identificou diversas correlações significativas estatisticamente, com destaque para correlações fortes entre CF e componente físico ($r = 0,782$) e entre AE e CM ($r = 0,825$), conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5

Correlações existentes entre os domínios de qualidade de vida do SF-36. Nazarezinho, Paraíba, Brasil, 2020

	CF	AF	Dor	EGS	Comp. Físico	Vit.	AS	AE	SM	Comp. Mental
CF	1	0,571*	0,541*	0,550*	0,782*	0,587*	0,182	0,450*	0,361*	0,554*
AF		1	0,621*	0,237*	0,871*	0,369*	0,243*	0,701*	0,133	0,640*
Dor			1	0,467*	0,833*	0,483*	0,386*	0,314*	0,235*	0,504*
EGS				1	0,579*	0,475*	0,141	0,055	0,325*	0,265*
Comp. Físico					1					0,658*
Vit.					0,561*	1	0,295*	0,400*	0,419*	0,686*
AS					0,292*		1	0,249*	0,232*	0,607*
AE					0,572*			1	0,177	0,825*
SM					0,282*				1	0,484*
Comp. Mental					0,658*					1

* p-valor < 0,05; correlação de Spearman.

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

As correlações observadas entre os domínios do SF-36 reforçam a coerência estrutural do instrumento no contexto estudado. As correlações fortes entre CF e componente físico, bem como entre AE e componente mental, indicam que os domínios se organizam de forma consistente com o modelo teórico do instrumento. Por outro lado, a presença de correlações fracas e moderadas entre domínios distintos sugere adequada discriminação entre as diferentes dimensões da qualidade de vida, reforçando seu caráter multidimensional. Tais achados atenuam parcialmente o impacto da baixa confiabilidade interna global indicada pelo alfa de Cronbach e sustentam a interpretação dos resultados com base em padrões e associações estatísticas, desde que considerados com cautela.

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam baixa QV entre mulheres rurais, com maior comprometimento nos domínios EGS e AF. A associação desses domínios com fatores sociodemográficos, laborais e de saúde reforça a compreensão da QV como um construto multidimensional, atravessado por determinantes estruturais e contextuais.

Estudo apontam que a população rural apresenta piores médias de QV,⁽⁹⁾ o que ressalta a invisibilização histórica dessa população por parte das políticas públicas, haja vista sua descontinuidade, assim como a de modelos assistenciais, que não se consolidam em meio rural, o que interfere diretamente na saúde e QV desse segmento populacional.⁽²³⁾

Nesse sentido, as condições de vida e trabalho das mulheres rurais, caracterizadas pelo acesso limitado a serviços de saúde e educação, desigualdade de gênero persistente e elevada informalidade e precariedade laboral configuram problemas comuns a muitos países da América Latina. Esses fatores, somados à fragmentação dos sistemas de saúde e às lacunas na cobertura e na qualidade dos serviços, reforçam os achados do presente estudo. Pesquisas regionais recentes documentam tais falhas sistêmicas e a sua associação com piores desfechos de saúde, indicando que os achados locais reportados no presente estudo ecoam padrões regionais⁽²⁴⁾ e internacionais.⁽²⁵⁾

Uma revisão sistemática recente evidencia como os determinantes sociais da saúde impactam a QV das populações rurais e ressalta que a insegurança e a pobreza foram frequentemente eclipsadas pelo “urbanocentrismo” do discurso dominante. Tal invisibilidade decorre, por um lado, da dispersão territorial e, por outro, de uma visão idealizada do mundo rural. Ambos os fatores ofuscam não apenas a existência de problemas, mas também de ameaças à sustentabilidade social dessas áreas, como a carência de serviços, o isolamento residencial e a escassez de moradias.⁽²⁶⁾

Os escores específicos obtidos pelo SF-36 mostraram-se inferiores aos evidenciados em estudo transversal com 355 trabalhadores rurais do Estrado de São Paulo, Brasil, que constatou variáveis demográficas e socioeconômicas como relacionadas a piores índices de QV, sem, no entanto, realizar recorte de gênero, o que dificulta a realização de comparações com o estudo em tela.⁽²⁷⁾

Apesar disso, observou-se que no estudo em tela e na pesquisa supracitada que o domínio EGS apresentou os menores escores. Ademais, foi constatada associação entre melhores resultados nesse domínio e faixas etárias mais jovens.⁽²⁸⁾ Assim, a prevalência de mulheres rurais com maior faixa etária no presente estudo pode explicar, em parte, os baixos escores encontrados no domínio EGS.

As condições socioeconômicas e de trabalho também ajudam a compreender os baixos escores no domínio EGS. A informalidade e a insegurança laboral aumentam a carga psicossocial e a prevalência de sintomas depressivos, enquanto interrupções e barreiras no acesso à APS prejudicam o manejo de doenças crônicas. Esses fatores, relatados na literatura latino-americana, explicam a pior QV observada em mulheres do campo e confirmam a relação entre precariedade econômica, dificuldades de acesso a serviços e resultados negativos em saúde.⁽¹⁷⁾

Acrescenta-se, nessa perspectiva, que a presença das mulheres na economia rural é fortemente demarcada pela divisão sexual do trabalho, e as tarefas que desempenham, ainda que semelhantes às do gênero oposto, envolvem poucos fins lucrativos, o que pode contribuir para as que as mulheres apresentem piores índices de QV na maioria dos domínios avaliados.⁽²⁹⁾

Quanto aos demais domínios do SF-36, estudo realizado com 133 mulheres agricultoras na Índia identificou médias semelhantes nos escores de vitalidade e SM. Tais resultados estavam associados a maior escolaridade, melhor autoconceito e estratégias de enfrentamento mais eficazes, o que evidencia

uma relação recíproca entre AF, AS e SM, que compõem elementos de ordem superior da QV. ⁽³⁰⁾ No estudo em tela esses domínios encontraram-se associados entre si, conforme evidenciado no teste de correlação de Spearman.

Outras características associadas a piores médias em QV incluem baixa escolaridade e menores níveis socioeconômicos. Nesse sentido, os resultados identificados no presente estudo podem estar relacionados a esses fatores, corroborando achados prévios que apontam os mais pobres e menos escolarizados como os mais vulneráveis. ⁽²⁸⁾

Ainda que alguns achados sejam convergentes com a literatura, o presente estudo evidenciou índices consistentemente baixos de QV entre mulheres rurais. Elementos como inserção precoce no trabalho agrícola, dupla jornada decorrente da condição de gênero e ausência de serviços e profissionais de saúde reforçam esse cenário de vulnerabilidade. ^(28, 30)

Em revisão sistemática, autores ⁽³¹⁾ destacam que populações rurais tendem a perceber sua QV de forma mais negativa quando comparadas às urbanas. No caso das mulheres, o marcador de gênero influencia fortemente essa percepção. Desde a adolescência, observa-se que os homens têm maiores oportunidades de escolarização e de herança das posses rurais, enquanto as mulheres permanecem associadas ao papel de cuidadoras. ⁽²⁹⁾ Tal processo de invisibilização leva à desvalorização do trabalho feminino, mesmo quando realizam atividades idênticas às dos homens, além das tarefas domésticas. Assim, mesmo quando remuneradas, raramente decidem sobre o uso de seus rendimentos, ⁽³²⁾ o que reforça a natureza estrutural dessas desigualdades.

No presente estudo, o maior escore médio foi observado no domínio CF, associado a menores perfis etários e em consonância com resultados da literatura. ⁽²⁷⁾ Em mulheres rurais iranianas, a CF também foi associada à ruralidade. ⁽³³⁾ Contudo, pesquisa com 241 famílias do Rio Grande do Sul, Brasil, mostrou que o trabalho rural pode produzir adoecimentos capazes de gerar incapacidades. ⁽³⁴⁾

Em relação aos fatores associados, estudo transversal com indivíduos rurais realizado no mesmo estado brasileiro supracitado identificou associação entre idade avançada e piores índices de QV, devido à dependência de terceiros, desenvolvimento de doenças e limitações em atividades de lazer e trabalho. ⁽²⁸⁾ Esses mesmos fatores também se relacionaram a piores escores no presente estudo.

Observou-se ainda que mulheres casadas apresentaram médias mais baixas de QV, sobretudo nos domínios físicos, possivelmente devido à sobrecarga da dupla jornada. Já aquelas em união estável tiveram médias mais altas nos domínios CF, EGS e vitalidade, sem diferenças estatisticamente significativas no componente mental, ainda que as médias tenham sido superiores, exceto no domínio AS. Em contraste, outros estudos apontam que o convívio conjugal se associa a melhores índices de QV em domínios psicológicos, em razão da atividade sexual e do suporte social. ⁽²⁸⁾

No tocante à escolaridade, observaram-se divergências: menores anos de estudo se associaram ora a melhores, ora a piores médias de QV. Contudo, apenas entre mulheres com ensino médio incompleto houve associação significativa, no domínio dor. Em geral, estudos apontam que baixa escolaridade compromete o aprendizado sobre autocuidado, limita ganhos de produtividade e de salários e perpetua problemas relacionados à pobreza, afetando negativamente a QV. ⁽³⁵⁻³⁷⁾

Em relação aos aspectos laborais, constatou-se melhores índices de QV entre mulheres rurais com tempo de realização de trabalho rural entre 5 a 10 anos, enquanto que aquelas que realizaram atividade agrícola por um tempo superior a 10 anos apresentaram piores índices nos domínios do componente físico. Quanto às atividades rurais realizadas, obtiveram significância estatística o preparo do solo, cuidado de animais, capinagem e horticultura, com menores escores de QV.

Ressalta-se que o trabalho agrícola é uma atividade que demanda de grande esforço físico e requer alto consumo de energia, sendo, muitas vezes, inadequado ao ser humano. A organização das mulheres rurais em torno deste leva-as a adoecer de tanto trabalhar, o que impacta nos seus índices de QV, e explica os maiores escores obtidos pelas mulheres rurais que declararam não ter adoecido por motivos relacionados ao trabalho rural, e os menores índices observados entre as mulheres que realizaram as atividades rurais mencionadas anteriormente. ⁽³⁸⁾

No tocante às variáveis de saúde e doença, a presença de doenças crônicas foi determinante para a redução dos escores de QV. Hipertensão arterial associou-se à queda nos domínios AE e no componente mental; diabetes mellitus reduziu o domínio dor; e doenças articulares impactaram múltiplos domínios, tanto físicos quanto mentais. Tais condições limitam atividades diárias, reduzem a

capacidade funcional e afetam a saúde mental, além de dificultarem o trabalho e o lazer, fatores que também se mostraram significativos neste estudo.

Sabe-se que a presença de doenças crônicas geralmente limita as atividades diárias em razão dos sintomas físicos, como desconforto e dor, que podem reduzir a capacidade funcional da pessoa e contribuir negativamente para sua QV, sobretudo em relação aos domínios físicos, mas, também, nos domínios psicológicos, uma vez que as limitações ocasionadas pela doença refletem na saúde mental e na percepção sobre a autoimagem e sobre os sentimentos dos indivíduos, e ocasionam, ainda, obstáculos às atividades de trabalho e de lazer, sendo esse último um fator interveniente em piores escores de QV no presente estudo, com significância estatística para os domínios do componente mental. ^(9,28)

Escore reduzido em EGS e AF, associados a maior idade, menor escolaridade e doenças crônicas, são consistentes com investigações latino-americanas recentes que evidenciam vulnerabilidades sanitárias em populações rurais andinas e barreiras ao acesso das mulheres à saúde em contextos de baixa renda. ⁽³⁹⁾ Essas pesquisas indicam que a fragmentação dos sistemas de saúde e barreiras geográficas e econômicas intensificam o manejo inadequado de condições crônicas, resultando em piores escores físicos e de saúde percebida. ⁽²⁴⁾ Em síntese, o presente estudo converge com essas evidências regionais e reforça a necessidade de intervenções que considerem simultaneamente determinantes estruturais (acesso, cobertura, qualidade dos serviços) e sociais (educação, trabalho, gênero) para melhorar de forma sustentada a QV das mulheres do campo. ^(2, 39, 40)

O consumo de álcool também merece atenção. Embora esteja associado a inúmeros prejuízos para a saúde, ⁽⁴¹⁾ no presente estudo, relacionou-se a maiores escores no domínio CF. Tal resultado pode estar relacionado à ausência de especificação entre consumo ocasional e abusivo. Um estudo realizado na APS do Rio de Janeiro, Brasil, mostrou associação positiva entre consumo de álcool e QV, atribuída ao lazer e interação social. ⁽⁴²⁾ Em contrapartida, pesquisa com trabalhadores rurais brasileiros da Bahia encontrou associação inversa, destacando os efeitos deletérios do álcool e seu impacto socioeconômico negativo na saúde pública. ⁽⁴³⁾

No que diz respeito à utilização de tabaco, supõe-se que a explicação para a melhor média no domínio AE com associação estatisticamente significativa seja semelhante, tendo-se em vista os prejuízos para a saúde e QV acarretados pelo tabagismo, já evidenciados em estudos com populações rurais. ⁽⁴⁴⁾

No que concerne à identificação de correlações entre determinados domínios do SF-36, estas reforçam a coerência estrutural do instrumento no contexto estudado. As correlações fortes entre CF e componente físico, bem como entre AE e componente mental, indicam que os domínios se organizam de forma consistente com o modelo teórico do instrumento. Por outro lado, a presença de correlações fracas e moderadas entre domínios distintos sugere adequada discriminação entre as diferentes dimensões da QV, reforçando seu caráter multidimensional. Esses achados atenuam parcialmente o impacto da baixa confiabilidade interna global observada e sustentam a interpretação dos resultados com base em padrões e associações estatísticas.

Cumprir-se dizer que a compreensão dos fatores associados à QV das mulheres rurais implica no reconhecimento de situações que impactam negativamente em suas condições físicas, psicossociais e ambientais, e possibilita desenvolver políticas públicas capazes de contribuir para melhoria da sua QV e melhorar seu estado de saúde. ⁽²⁷⁾

Sob a perspectiva da enfermagem rural, os achados deste estudo reforçam a centralidade do cuidado territorializado e sensível às especificidades de gênero e ruralidade. A associação entre condições de vida, trabalho e saúde e os escores de QV evidencia que o cuidado em saúde de mulheres rurais não pode restringir-se à abordagem biomédica, demandando intervenções que considerem os determinantes sociais, ocupacionais e psicossociais do processo saúde-doença. Nesse prisma, a enfermagem rural se destaca e figura como uma peça central na promoção da QV das mulheres, dada a sua inserção contínua no território e sua atuação no acompanhamento longitudinal das famílias, ocupando uma posição estratégica na identificação de vulnerabilidades, no monitoramento de condições crônicas e no desenvolvimento de ações educativas voltadas à promoção da saúde, à prevenção de adoecimentos relacionados ao trabalho rural e ao fortalecimento do autocuidado e do lazer.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a baixa confiabilidade interna do SF-36, possivelmente relacionada a dificuldades de compreensão do instrumento em um contexto de baixo letramento e a especificidades socioculturais do meio rural, o que exige cautela na interpretação dos escores observados. Ademais, o delineamento transversal impede inferências causais, e a realização do estudo em um único município limita a generalização dos achados para outros contextos rurais.

Apesar dessas limitações, o estudo contribui ao dar visibilidade a vulnerabilidades frequentemente invisibilizadas (sobretudo em medidas agregadas) ao oferecer evidências empíricas que podem subsidiar práticas e políticas voltadas à melhoria da QV de mulheres rurais, especialmente no âmbito da saúde pública e da enfermagem rural. Ademais, contribui ainda para preencher lacunas do conhecimento e indicar prioridades de intervenção no campo da saúde rural. Apesar do caráter local, os achados oferecem um modelo metodológico e evidências replicáveis que podem subsidiar estudos multicêntricos, fortalecendo a base empírica para ações que reconheçam as especificidades de gênero e ruralidade e a importância da promoção da saúde no cenário rural.

Conclusão

O presente estudo evidenciou que mulheres rurais apresentam baixos escores de QV, especialmente nos domínios relacionados à saúde física e à percepção do estado geral de saúde. Fatores sociodemográficos, laborais e de saúde, como idade, escolaridade, tempo e tipo de atividade rural, adoecimento relacionado ao trabalho, presença de doenças crônicas, prática de atividades de lazer e consumo de álcool e tabaco, mostraram-se estatisticamente associados aos escores de qualidade de vida.

Esses achados reforçam que a QV das mulheres rurais é atravessada por múltiplas vulnerabilidades, relacionadas às condições de trabalho, às desigualdades de gênero e às barreiras de acesso aos serviços de saúde. No contexto da Atenção Primária à Saúde, tais evidências destacam a importância de ações de promoção da saúde, com foco na prevenção de adoecimentos ocupacionais, no manejo adequado de condições crônicas e no estímulo ao lazer e ao autocuidado.

No âmbito da enfermagem, categoria profissional inserida diretamente no cenário rural e, muitas vezes, a única disponível para atender à população, os resultados oferecem subsídios para o planejamento de intervenções territorializadas e sensíveis às especificidades do meio rural, contribuindo para a qualificação do cuidado prestado às mulheres do campo e para a promoção da sua saúde. Recomenda-se que políticas públicas e estratégias assistenciais incorporem indicadores de QV no monitoramento das ações em áreas rurais, bem como invistam na capacitação das equipes de saúde para o enfrentamento das desigualdades de gênero e sociais nesse contexto.

Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros com delineamentos multicêntricos, amostras mais amplas e instrumentos culturalmente adaptados, de modo a aprofundar a compreensão dos fatores associados à QV de mulheres rurais e a fortalecer a base de evidências para a formulação de políticas e práticas mais equitativas.

Referências

1. Córdova TAB, Ribas CEDC, Wosny AM. A assistência à saúde dos Sem-Terra: o caso do assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil. *Saúde & Transformação Social*. 2011;1(2):67-78. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/520>
2. Kolling Neto A, Anjos GM, Brandolff RS, Goés TP, Silva JF. Fatores relacionados à saúde pública e ao saneamento básico em comunidade rural de Barreiras, Bahia, Brasil. *Rev baiana de saúde pública*. 2018;41(3). doi: 10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2079
3. Chantakeeree C, Sormunen M, Estola M, Jullamate P, Turunen H. Factors affecting quality of life among older adults with hypertension in urban and rural areas in Thailand: a cross-sectional study. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2021;95(2):222-244. doi: 10.1177/00914150211050880
4. Petrovič F, Maturkanič P. Urban-rural dichotomy of quality of life. *Sustainability*. 2022;14(14):8658. doi: 10.3390/su14148658

5. World Health Organization. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote áreas [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/70210010-a0e0-4386-970c-11f342d6e01c/content>
6. Organização Pan-Americana da Saúde. Equidade de gênero em saúde [Internet]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>
7. Ruidiaz-Gómez KS, Cacante-Caballero JV. Desenvolvimento histórico do conceito de qualidade de vida: uma revisão da literatura. *Rev cienc cuidad.* 2021;18(3):86-99. doi: 10.22463/17949831.2539
8. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Qual Life Res.* 2019;28(10):2641-2650. doi: 10.1007/s11136-019-02214-9
9. Llanea-Suarez C, Garcia-Portilla P, Rodriguez-Vijande B, Carriles J, Sánchez-Prieto M, Coronado Martín PJ, Llanea Coto ÁP, et al. Rural residence and health-related quality of life in a sample of Spain perimenopausal women. *Gynecol Endocrinol.* 2024;40(1):2336335. doi: 10.1080/09513590.2024.2336335
10. Zheng E, Xu J, Xu J, Zeng X, Tan WJ, Li J, et al. Health-related quality of life and its influencing factors for elderly patients with hypertension: evidence from Heilongjiang Province, China. *Front Public Health.* 2021;9:654822. doi: 10.3389/fpubh.2021.654822
11. Leal DU, Lopes IS. Mulheres rurais, interseccionalidade e saúde. *Saúde e Sociedade.* 2025;34(1):e240042pt. doi: 10.1590/S0104-12902025240042pt
12. Bringel FCM, Godoi EL, Ferreira NCM, Isidoro JLE. A dominação masculina no campo: um estudo da exclusão da mulher rural no acesso à terra e sua participação na economia rural. *Rev Contemp.* 2024;4(5):e4552. doi: 10.56083/RCV4N5-242
13. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ Real.* 2017;20(2). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>
14. Connell R. Gender, health and theory: conceptualizing the issue, in local and world perspective. *Soc Sci Med.* 2012;74(11):1675-83. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.006
15. Paulilo MI. Mulheres rurais: quatro décadas de diálogo. Santa Catarina: Editora da UFSC; 2016.
16. Pazmiño-Verdezoto AV, Vasco SGF, Quintana TEA. Limitaciones en el acceso equitativo a la atención primaria de salud en poblaciones vulnerables en Latinoamérica. *Pol Con.* 2025;10(2):511-529. doi: 10.23857/pc.v10i2.8887
17. Huynh TB, Oddo VM, Trejo B, Moore K, Quistberg DA, Kim JJ, et al. Association between informal employment and depressive symptoms in 11 cities in Latin America. *SSM Popul Health.* 2022;18:101101. doi: 10.1016/j.ssmph.2022.101101
18. Favacho VBC, Cárdenas AMC, Pena FPS, Pena JLC, Sena CF, Oliveira MAF. Qualidade de vida e uso abusivo de álcool: relação em moradores da comunidade quilombola Lagoa dos Índios. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2019;15(1):14-22. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.000378
19. Polit DF. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
20. Campolina AG, Ciconelli RM. O SF-36 e o desenvolvimento de novas medidas de avaliação de qualidade de vida. *Acta reumatológica portuguesa.* 2008;33(2):127-133. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18604180/>
21. 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: Universidade Federal de São Paulo; 1997.

-
22. Wu Q, Chen Y, Zhou Y, Zhang X, Huang Y, Liu R. Reliability, validity, and sensitivity of short-form 36 health survey (SF-36) in patients with sick sinus syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(24):e33979. doi: 10.1097/MD.00000000000033979
 23. Caldart RS, Pereira IB, Alentejano P, Frigotto G. *Dicionário da educação do campo*. São Paulo: Expressão Popular; 2012.
 24. Roberti J, Leslie HH, Doubova SV, Ranilla JM, Mazzoni A, Espinoza L, et al. Inequalities in health system coverage and quality: a cross-sectional survey of four Latin American countries. *Lancet Glob Health*. 2024;(1):e145-e155. doi: 10.1016/S2214-109X(23)00488-6
 25. Singh A, Palaniyandi S, Palaniyandi A, Gupta V. Health related quality of life among rural elderly using WHOQOL-BREF in the most backward district of India. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(3):1162-1168. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1073_21
 26. Rodríguez HG. El Trabajo Social en el medio rural: una revisión sistemática de la literatura. *Alternativas*. 2024;31(1):75-102. doi: 10.14198/ALTERN.24224
 27. Lima PJP, Oliveira HB. Aspectos de saúde e qualidade de vida de residentes em comunidades rurais. *Rev baiana de saúde pública*. 2014;38(4):913-930. doi: 10.22278/2318-2660.2014.v38.n4.a849
 28. Bortolotto CC, Mola CL, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil. *Rev saúde pública*. 2018;52:4s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000261
 29. Baronio FC, Geiger LA. The construction of being a woman in family farming: a logotherapeutic perspective. *Rev Abordagem Gestált*. 2018;24(1):91-97. doi: 10.18065/RAG.2018v24n1.10
 30. D'Souza MS, Karkada SN, Somayaji G. Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:9. doi: 10.1186/1477-7525-11-9
 31. Sosa ATA, Paucar PAZ, Vivas NMS, Troya BBB, Jaramillo AE, Rivera SYA. Comorbilidad, adherencia y calidad de vida en personas con diabetes tipo 2: estudio comparativo en población urbana y rural. *Revista Científica y Académica*. 2025;5(2):1262-83. doi: 10.61384/r.c.a.v5i2.1205
 32. Silva MR. Gender and inequalities: reflections on women in family agricultural activity. *Braz J Develop*. 2019;5(3):2095-105. doi: 10.34117/bjdv5n3-1227
 33. Esmaeilzadeh S, Delavar MA, Delavar MHA. Assess quality of life among Iranian married women residing in rural places. *Glob J Health Sci*. 2013;5(4):182-188. doi: 10.5539/gjhs.v5n4p182
 34. Riquinho DL. A outra face dos determinantes sociais de saúde: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/16566>
 35. Tavares DM dos S, Gomes NC, Dias FA, Santos NM de F. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. *Esc Anna Nery*. 2012;16(2):371-378. doi: 10.1590/S1414-81452012000200023
 36. Souza-Esquerdo VF, Bergamasco SMPP, Oliveira JTA, Souza EO. Segurança alimentar e nutricional e qualidade de vida em assentamentos rurais. *Segurança Alimentar e Nutricional*. 2013;20(1):13-23. doi: 10.20396/san.v20i1.8634619
 37. Bastos RC, Bifano ACS. "Estado da arte" sobre as publicações científicas envolvendo o trabalho agrícola familiar no Brasil sob o ponto de vista ergonômico. *Revista Engenharia na Agricultura*. 2017;25(1):27-37. doi: 10.13083/reveng.v25i1.736
 38. Casaes AC, Menezes CA, Santos RA, Souza BOL, Cunha Silva BRB, Tabajara Y, et al. Nutritional status and quality of life: urban-rural disparities and the impact of obesity. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21:1455. doi: 10.3390/ijerph21111455
-

39. Moya-Salazar J, Jaime-Quispe A, Cañari B, Moya-Espinoza JG, Contreras-Pulache H. A systematic review of mental health in rural Andean populations in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2023;14:1136328. doi: 10.3389/fpsy.2023.1136328
 40. Terefe B, Workneh BS, Zeleke GA, Mekonen EG, Zegeye AF, Aemro A, et al. Uncovering women's healthcare access challenges in low- and middle-income countries using mixed effects modelling approach: insights for achieving the Sustainable Development Goals. *PLoS One*. 2025;20(1):e0314309. doi: 10.1371/journal.pone.0314309
 41. Sarich P, Gao S, Zhu Y, Canfell K, Weber MF. The association between alcohol consumption and all-cause mortality: an umbrella review of systematic reviews using lifetime abstainers or low-volume drinkers as a reference group. *Addiction*. 2024;119(6):998-1012. doi: 10.1111/add.16446
 42. Santos MVF, Campos MR, Fortes SLCL. Relação do uso de álcool e transtornos mentais comuns com a qualidade de vida de pacientes na atenção primária em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(3):1051-1063. doi: 10.1590/1413-81232018243.01232017
 43. Beck Filho JA, Amorim AM, Fraga-Maia H. Consumo de álcool entre os trabalhadores do corte da cana-de-açúcar: prevalência e fatores associados. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2016;6(3):306-316. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v6i3.952
 44. Hilts KE, Hudmon KS, Benson AF, Elkhadragy N. Rural-urban disparities in tobacco use and the role of pharmacists in closing the gap. *J Rural Health*. 2022;38(2):355-359. doi: 10.1111/jrh.12607
-

Contribuição de autores (Taxonomia CRediT): 1. Conceitualização; 2. Curadoria de dados; 3. Análise formal; 4. Aquisição de financiamento; 5. Pesquisa; 6. Metodologia; 7. Administração do projeto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisão; 11. Validação; 12. Visualização; 13. Redação: esboço original; 14. Redação: revisão e edição.

B. N. da S. contribuiu em 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13; V. G. F. da S. em 11, 12, 13, 14; G. A. de A. F. em 11, 12, 14; M. G. P. em 11, 12, 14; N. L. de S. em 10, 12, 14; E. S. G. P. em 7, 10, 11, 12, 14.

Editora científica responsável: Dra. Natalie Figueredo.