

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI
GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

ANA LETÍCIA DE SOUZA PEREIRA

**Influência da educação em saúde na qualidade de vida das
mulheres ribeirinhas**

**SANTA CRUZ-RN
2015**

ANA LETÍCIA DE SOUZA PEREIRA

**Influência da educação em saúde na qualidade de vida das mulheres
ribeirinhas**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentação ao Curso de Fisioterapia da
Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi
da Universidade Federal do Rio Grande
do Norte, como requisito complementar
para obtenção do título de Graduação em
Fisioterapia.

Orientador(a): Prof^o Me. Fernanda Diniz
de Sá

Coorientador: Prof. Dr. José Jaílson de
Almeida Júnior

Santa Cruz/RN

2015

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI

Pereira, Ana Leticia de Souza.

Influência da educação em saúde na qualidade de vida das mulheres ribeirinhas / Ana Leticia de Souza Pereira. - Santa Cruz, 2015.

17 f: il.

Coorientador: José Jailson de Almeida Júnior.

Orientadora : Fernanda Diniz de Sá.

Artigo Científico (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Educação em saúde. 2. Mulheres. 3. Qualidade de vida.
I. Almeida Júnior, José Jailson de. II. Sá, Fernanda Diniz de.
III. Título.

ANA LETÍCIA DE SOUZA PEREIRA

**Influência da educação em saúde na qualidade de vida das mulheres
ribeirinhas**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentação ao Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito complementar para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientador(a): Prof^o Me. Fernanda Diniz de Sá

Coorientador: Prof. Dr. José Jailson de Almeida Júnior.

Aprovado em: 27 de Novembro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Msc. Fernanda Diniz de Sá – Orientadora
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Nota: _____

Prof. Dr. José Jailson de Almeida Júnior – Co-orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Nota: _____

Prof. Msc. Adriana Magalhães Gomes – Membro da banca
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Nota: _____

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus por todas as graças concedidas durante toda essa caminhada, a minha família que não mediu esforços para que essa jornada fosse cumprida, aos meus colegas e amigos de curso que sempre me apoiaram e se fizeram presente, seja na alegria ou nos momentos de dificuldades me passado toda a força necessária, e por todo companheirismo desses cinco anos, vocês foram essenciais. Agradeço imensamente aos meus orientadores Fernanda e Jailson, que entraram na minha vida acadêmica no segundo ano do curso e que foram os responsáveis pelo meu crescimento pessoal e profissional, agradeço por cada trabalho confiado, muito obrigada por todos os ensinamentos.

A gente quer se informar melhor sobre tudo, aprender outras coisas. O importante é a pessoa ser curiosa. Não é um interesse de um intelectual, é um interesse de um sujeito normal que sente a vida, que é solidário, que acha que o mundo pode ser melhor, que um dia o homem possa ter prazer em ajudar o outro, é isso que é a generosidade num certo sentido.

Oscar Niemeyer

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

SEBRAE - Serviço Brasileira de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACISA - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi

IMC - Índice de Massa Corporal

SPSS - Software Statistical Package for Social Science

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

QV - Qualidade de Vida

SUMÁRIO

Introdução	08
Metodologia	10
Apresentação e discussão dos resultados	11
Conclusão	15
Referências	15

Influência da educação em saúde na qualidade de vida das mulheres ribeirinhas

Effects of health education in the quality of life of riverside women

Ana Letícia de Souza Pereira¹

Clara Janyelle Gomes de Carvalho¹

Fernanda Diniz de Sá²

Adriana Gomes Magalhães²

José Jailson de Almeida Júnior³

RESUMO: O objetivo desse estudo foi conhecer os efeitos das atividades de promoção da saúde na qualidade de vida de mulheres de uma associação agrícola do município de Santa Cruz-RN. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado com 26 mulheres de uma cooperativa agrícola, utilizando o questionário de qualidade de vida SF36, sendo aplicado em dois momentos, antes e após as intervenções de educação em saúde. Após as intervenções, observou-se um crescimento na qualidade de vida e melhora na saúde, com uma média geral de 69,44. Assim, conclui-se que as mulheres agricultoras ainda precisam de uma melhor assistência não só em saúde, mas no trabalho, e lazer, proporcionando melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Educação em saúde; mulheres; qualidade de vida.

ABSTRACT: The aim of this study was to determine the effects of health promotion activities in the quality of life of women from an agricultural association in the city of Santa Cruz –RN. It is a quantitative study conducted with 26 women of an agricultural cooperative, using the questionnaire SF-36 quality of life, being applied in two stages, before and after the health education interventions. After the intervention, there was an increase in quality of life and improved health with a global average of 69,44. Thus, it is concluded that women farmers still need better assistance not only in health, but in work and leisure, providing better quality of life.

KEYWORDS: Health education; Women; Quality of life.

¹Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz/RN;

²Docente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz/RN.

³Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, campus FACISA – Santa Cruz/RN.

Introdução

As mulheres rurais tem papel importante como agentes econômicos que contribuem para a renda de sua família e para o desenvolvimento de suas comunidades. Elas trabalham como empreendedoras na agricultura e em negócios familiares são ainda responsáveis por uma parcela do trabalho doméstico. Essas mulheres trabalharam no espaço público, mas nunca sendo reconhecidas pela sociedade, especialmente na produção de alimentos, uma vez que as mulheres não só descobriram o trabalho rural, mas também promoveram a primeira revolução técnica ao criarem o moinho para triturar os grãos (Reis et al, 2015 e Brumer Anita, 2004).

As associações agrícolas no Brasil funcionam como uma cooperativa de propriedade conjunta e em sua maioria possui gestão democraticamente controlada. Segundo a Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO, 2013) sendo a agricultura a principal fonte de renda e emprego nas áreas rurais, onde a maior parte da população é pobre e vive em situação de insegurança alimentar, essas cooperativas desempenham um papel essencial no apoio aos pequenos produtores homens e mulheres e grupos marginalizados, pois geram emprego e renda, oferecem oportunidades de mercado ao pequeno produtor, formação na gestão de recursos naturais, acesso à informação, tecnologia, inovação e serviços de extensão agrária.

As comunidades carentes, sobretudo mulheres de comunidades ribeirinhas que vivem da agricultura familiar, vivenciam barreiras de acesso à atenção à saúde. A informação acerca dos seus direitos sociais é escassa, sobretudo no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que somado ao difícil acesso, o tempo no trabalho e o cuidar do lar e dos familiares, que muitas vezes não são possíveis de serem conciliados com os horários de funcionamento das unidades básicas de saúde. Tudo isso colabora para uma assistência precária da saúde, fazendo com que essa população procure o sistema na atenção terciária.

A vida da mulher atualmente tem passado por diversas mudanças, seja no espaço político, social, cultural e principalmente econômica, nos quais foram observados que a mulher deixou seu espaço só apenas como dona do lar para buscar espaço também no mercado de trabalho, e se obteve grandes ganhos principalmente na saúde com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL apud BRASIL, 2004).

Seguindo com a Política Nacional de Promoção de Saúde que trás ações como palestras, rodas de conversas e formações de grupos, que buscam a melhoria da qualidade de vida dos usuários, como também a qualidade das assistências prestadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL apud BRASIL, 2006).

Nessa mesma linha de cuidados, comprova-se a necessidade de valorizar a saúde no meio rural, com diferentes condições de vida, trabalho e saúde da população, incrementando a própria capacidade da pessoa realizar o autocuidado, buscando-se associar estas ações às políticas nacionais que auxilia esse enfoque na saúde e o trabalho executado pelos profissionais (THUM, 2011).

Assim, a Promoção da saúde pode ser compreendida como uma forma de instruir os indivíduos, familiares e a comunidade para aumentar o domínio sobre os determinantes de saúde e assim gerar uma melhoria da qualidade de vida e saúde em si (Heidemann, et.al., 2012).

O grande impasse da promoção à saúde é a mudança de panorama, onde se tem ainda uma prevalência enorme da desigualdade social com desgastes das condições de vida de grande parte da população, em conjunto com o crescente risco para a saúde e queda dos recursos para enfrentá-los. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde (HEIDMANN, et.al., 2006).

A educação em saúde é um comportamento do processo saúde que visa à alteração do comportamento do indivíduo. Aborda dialogar com pessoas em vez de só educá-las. A forma educativa varia de acordo com a comunidade e população específica. A relação frequente entre os membros da equipe de saúde e os indivíduos e sua comunidade é o modo mais eficiente de se alcançar o sucesso em educação em saúde (BRASIL apud BRASIL, 2007).

O referente estudo tem como objetivo conhecer os efeitos das atividades de promoção da saúde na qualidade de vida de mulheres de uma associação agrícola do município de Santa Cruz-RN.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo transversal. Realizado no município de Santa Cruz, no bairro Paraíso, localizado na região do Trairi do Estado do Rio Grande do Norte, na cooperativa agrícola de horteiras. Tendo como população do estudo mulheres residentes no bairro Paraíso que fazem parte da cooperativa de horteiras.

A amostra foi composta por 26 mulheres de uma associação agrícola do município de Santa Cruz-RN, que participaram assiduamente das reuniões na ocasião da coleta de dados e que concordaram em participar desse estudo, voluntariamente. Os critérios de inclusão do estudo foram ser do sexo feminino e participar da associação agrícola de horteiras. E o de

exclusão foi não ser associada na cooperativa, ter mais que cinco faltas nos encontros ocorridos de agosto a outubro de 2015.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade pública do nordeste, com CAE 42925215.3.0000.5568, todas as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01), estando de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados necessários à realização da pesquisa foram coletados durante o desenvolvimento de intervenções de educação em saúde realizadas na associação agrícola, com a participação das mulheres ribeirinhas. As intervenções compreenderam por atividades de orientação em saúde com duração de 90 min, uma vez por semana, através de um cronograma elaborado previamente em conjunto com a equipe de intervenção e pesquisa em conjunto com as associadas, tendo assim uma abordagem variada de temas e estratégias para a promoção e prevenção de saúde nesta comunidade como: Direitos dos usuários do SUS, com apresentação da carta dos usuários, incontinência urinária, mostrando exercícios que podiam ser realizados em casa que evitava e melhorava a incontinência, constipação intestinal, reeducação postural com posturas corretas a serem adotadas no campo de trabalho e no trabalho doméstico, ação intersetorial em conjunto com a secretaria de saúde onde teve a presença da unidade de saúde nível, realizando avaliação bucal e realização de preventivos, e de agricultura e Serviço Brasileira de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (SEBRAE) permitindo que as ações envolvessem financiamento agrícola e agroecológico com a participação de um agrônomo onde palestrou sobre o uso de agrotóxicos, saúde bucal, riscos cardiovasculares.

As intervenções foram divididas em dois momentos, momento dialógico e desenvolvimento de dinâmicas onde todas participavam e eram associadas a assuntos do seu cotidiano. O presente estudo foi composto por mulheres da referida associação agrícola, convidadas a participar como voluntárias da pesquisa, e as intervenções foram desenvolvidas por estudantes do curso de fisioterapia, nutrição e enfermagem.

Para reconhecer os efeitos das atividades de promoção da saúde na qualidade de vida das mulheres foi utilizado a versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 para avaliação da qualidade de vida. O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil aplicabilidade e compreensão, multidimensional com 36 itens, abordando 8 componentes: Capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresentando escore final de 0 a 100, no qual 0 é o pior estado geral de saúde e 100 o melhor

estado de saúde (CICONELLI, et.al.,1999). A aplicação do questionário foi realizado pelos estudantes, onde os mesmos perguntavam e as participantes respondiam para facilitar a aplicação a compreensão do questionário.

Além desse instrumento, foi utilizado um formulário de entrevista, que buscava coletar dados sócio-demográficos e perfil de saúde das participantes, tais quais: idade, escolaridade, estado civil, situação de trabalho, dor, morbidade referida, uso de medicamentos, prática de atividade física, horas de sono, etilismo, tabagismo, IMC (índice de Massa Corporal), número de refeições ao dia, etc.

Os instrumentos foram aplicados no primeiro dia das atividades, que ocorreu no mês de agosto de 2015 e ao final em outubro do mesmo ano.

Os dados foram analisados usando o *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) para cálculo das análises descritivas, e análise pelo teste *t* para amostras verificando se os resultados foram estatisticamente significativos ($p < 0,05$) ou 5%. O teste *t* pareado foi utilizado para comparação entre as médias dos escores e para determinar a significância na mudança dos escores (antes e após as ações educativas). A confiabilidade da medida de Qualidade de Vida e foi analisada pela consistência interna dos itens e domínios, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach (valores $> 0,70$ foram considerados aceitáveis).

Apresentação e discussão dos resultados

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2009), dentre as mulheres residentes na zona rural no Brasil 53,3% não conseguem completar o ensino fundamental e dentre as que se declaram não brancas a situação é ainda mais precária, pois 10,4% são analfabetas entre 30 e 39 anos. Essas mulheres começam a trabalhar muito precocemente, 51,8% entram na vida ativa entre 10 e 14 anos de idade e é extremamente mal remunerado na região Nordeste, onde ganham em média 205 reais, sendo que 91,8% ganham até 1 salário mínimo. Além disso, um percentual significativo das mulheres residentes na zona rural do Brasil, 30,7%, não tem remuneração ou produzem apenas para o autoconsumo, 46,7% (DIEESE, 2011). Esses dados são compatíveis com o perfil traçado no presente estudo entre as 26 associadas à cooperativa rural dessa amostra, demonstrando uma realidade de vida e trabalho com forte potencial de produzir efeitos deletérios no estado de saúde geral e ocupacional nessa população.

A média de idade entre as agricultoras foi de 43,2 anos e 52% viviam em arranjos conjugais. Ao serem questionadas sobre a presença de situações fora do trabalho, incluindo algum tipo de comportamento ou agravo que oferecesse prejuízo em seu trabalho, as 57,7 das

agricultoras referiram sedentarismo, auto referida, enquanto que 34,6 afirmaram praticar exercícios 3 ou mais vezes por semana, com duração de 60 min. A maioria das trabalhadoras afirmou nunca ter consumido de bebidas alcoólicas (88,5%) ou tabaco (84,6%) e não possuir nenhuma doença crônica. Por outro lado, 88,5% das mulheres apresentaram queixas dolorosas, sobretudo na região da coluna vertebral e membros inferiores (42,3%). A qualidade da assistência de saúde prestada nessa comunidade, por diversas vezes foi alvo de reclamações por parte dessas trabalhadoras.

Na primeira avaliação as mulheres agricultoras apresentaram baixa média geral de escore, com média de 56,76, sendo a melhor pontuação obtida no domínio “capacidade funcional” (média=73,46). Os domínios “estados geral de saúde” e “aspecto emocional” apresentaram os piores escores, obtendo-se com médias 45 e 44, respectivamente, conforme mostra a tabela 1.

Após as ações de educação em saúde, podemos observar um crescimento na qualidade de vida e melhora na saúde das mesmas, com uma média geral de escore, com média de 69,44, permanecendo com uma melhor pontuação no domínio de capacidade funcional 0,021. Os domínios que apresentaram melhorias estatisticamente significativas após as intervenções foram capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais e emocionais. Os domínios “aspectos físicos, dor, vitalidade e saúde mental” não foram observados ganhos significativos, seguindo com os piores escores no domínio relativo à dor, estado geral de saúde e vitalidade, conforme mostra a tabela 1.

Na avaliação da qualidade de vida mensurada no questionário de qualidade de vida SF-36, pôde-se observar ganhos significativos no que se refere à percepção das mulheres acerca de sua capacidade funcional 0,021, sendo observada uma média final de 85,07 que denota uma boa avaliação para esse domínio. As mulheres, em sua maioria, relataram boa disposição, por outro lado com referência a algumas dores no corpo, em decorrência das condições de trabalho.

Esses relatos mostraram a importância da promoção da saúde, que segundo Fernandes e Maia (2014), podem representar oportunidades as pessoas reconhecerem seu corpo como espaço de convivência com o outro e com o cotidiano através do sentir e da disposição, que são aspectos que despertam um olhar para saúde e a percepção da qualidade de vida.

Quando se trata do “estado geral de saúde”, foi encontrado um escore final médio de 55,88 antes das intervenções, considerado uma auto-avaliação como mediana a precária, relacionada à vitalidade para realizar e cumprir os compromissos no trabalho. Nesse âmbito, a dor foi referida como uma situação limitante, uma vez que 90% das trabalhadoras

referiram queixas nesse sentido, mais prevalentes nos membros inferiores, superiores e coluna, sendo que essa dor relacionada aos fatores de trabalho pelas mulheres.

Segundo Lima (2014), o estado de saúde de um indivíduo pode estar diretamente associado à sua qualidade de vida (QV) e seu bem-estar, analisado por percepções subjetivas, incluindo efeitos desagradáveis ou agradáveis e estimativas globais de saúde ou de estado subjetivo. Sendo assim, indivíduos com limitações funcionais podem desfrutar de melhor qualidade de vida a partir de outros fatores como ambiente em que vivem da perspectiva de vida e avaliação de suas necessidades e desejos.

No que diz respeito aos “aspectos sociais” as mulheres apresentaram um escore final de 79,26 com uma sensível melhoria comparada à avaliação inicial, que era de 62,69. Isso demonstra que algumas vezes as relações de saúde interferiam nas socializações, tais como visitar familiares, amigos ou participar de grupos. O que pôde-se observar em relação a esse grupo, foi que os encontros para realização das atividades educativas de promoção da saúde empreendido naquela comunidade funcionavam como espécie de lazer, uma vez que possibilitava a coesão social das participantes, a partir das rodas de conversa. Considerando ainda o fato de que as mesmas sempre iam ao grupo acompanhadas de familiares ou amigos, já que era uma forma de sair de casa, conversar e de se distrair durante o percurso de casa até o grupo. Esses fatores contribuem para uma ampliação do capital social, se refere à coesão social que resulta de uma comunidade participativa, relevante fator dentre os determinantes sociais da saúde (DSS) (BUSS; FILHO, 2007). Vários estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade determinam impacto positivo na saúde de grupos sociais (SOUZA; GRUNDY, 2004; BAUM et al, 2003; SKRABSKI, 2003).

Ressalta-se também que as mulheres da associação não se dedicam exclusivamente ao trabalho rural, como trabalho em casas de família, e vendem seus produtos na feira livre, acumulando outras responsabilidades no cotidiano. Muitas dentre elas começaram a trabalhar precocemente entre os 10 e 14 anos, além de disso adicionaram-se a formação de uma família, o trabalho doméstico, o cuidado com os filhos, além da atribuição de contribuir com a renda familiar. Sendo assim, os momentos de autocuidado são escassos e os ganhos relevantes observados nos “aspectos sociais” da QV, podem ser atribuídos à dinâmica de elaboração e contexto do grupo.

Cargnin, Miotto e Germani (2011), evidenciam que o momento de lazer dos agricultores é uma pausa no trabalho, a qual existe apenas para distrair a vida exclusivamente dedicada ao labor. E aí o trabalho sendo encarado como o responsável pelo estresse, pelas

pressões cotidianas, enquanto o lazer é uma válvula de escape, um tempo para esquecer o serviço e os problemas, um passatempo para se aliviar, assim resultando a promoção da saúde.

Na avaliação envolvendo os “aspectos emocionais”, o escore médio obtido após as ações foi de 73,3. A maioria das entrevistas relatou estar satisfeita com a vida, por mais que a realidade aonde vive seja permeada por dificuldades com o clima e as barreiras encontradas no trabalho. Entretanto, esse domínio apresentou melhorias na segunda avaliação, o que pode estar associado às relações e convívio sociais promovidos pelos encontros no grupo.

Neste sentido Cargnin e Miotto (2011) ressalta que a qualidade de vida influencia nas perspectivas de vida de cada pessoa, na autoestima, na vida emocional satisfatória, no orgulho pelo trabalho realizado, na renda capaz de satisfazer as expectativas pessoais e sociais.

Assim podemos ver que as atividades de educação em saúde contribuíram significativos nos aspectos gerais de saúde. Entretanto, diversos aspectos dos DSS, tais quais moradia e vizinhança, relações socioeconômicas, entre outras coisas, não podem ser alteradas por meio das ações. Nesse caso, pode-se atribuir os ganhos ao capital social incrementado pelos momentos de encontro e interações grupais entre as mulheres trabalhadoras, que permitimos trazer ganhos para os aspectos social e emocional, por meio das rodas de conversa. Portanto, recomenda-se o desenvolvimento de ações dessa natureza, buscando a promoção da saúde, não somente desse grupo de mulheres que trabalha na agricultura familiar, como de todos os outros usuários do SUS.

Considerações finais

Podemos observar que as mulheres que trabalham com agricultura familiar da referida associação agrícola apresentaram ganhos na QV relacionados às intervenções de educação em saúde. Não foram referidos comportamentos de risco ou prevalência de condições crônicas não relacionadas ao trabalho, que justifica semprejuízo na QV, por outro lado, a percepção de dor musculoesquelética foi um agravo frequente, sendo reconhecidamente um agravo comnexo-causal relacionado às condições laborais do trabalho no campo.

Visto que essas mulheres são provenientes de uma comunidade carente do interior do Nordeste brasileiro, que enfrenta um crescente índice de violência e drogas, por se tratar também de um período de seca e as associadas ficam impossibilitadas de tirar o seu sustento das terras, gerando assim, prejuízos à percepção de qualidade de vida e possibilidades para alcançar uma melhora na saúde, agravada pela precária avaliação dos serviços assistenciais.

Sendo assim percebermos que as agricultoras ainda precisam de uma melhor assistência não só em saúde, como no trabalho, e lazer, na tentativa de melhorar a qualidade de vida e saúde geral dessas mulheres que vivem no campo.

Referencias

ALVES, G.G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.1,319-325, 2011.

BAUM, F.E, ZIERSCH, A.M. Glossary social capital. *J Epidemiol Community Health*. p.57:320-3. 2013.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de Educação em Saúde visando à promoção da saúde: Documento Base – Documento I/Fundação Nacional de Saúde – Brasília: FUNASA.,p. 70. 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto promoção de saúde: Carta de Ottawa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília (DF), 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF), 2006.

BRUMER, A. 2004.Gênero e agricultura: a situação da mulher na agriculturado Rio Grande do Sul. *Rev. Estud. Fem.* [online], vol.12, n.1, pp. 205-227.ISSN 1805-9584.

BUSS, P.M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. *Eco cidadania & Meio Ambiente*..2010.Disponível em: <http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>. Acesso em: 15 de setembro. 2014.

BUSS, P.M; FILHO, A.P.A Saúde e seusDeterminantesSociaisPHYSIS: *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93. 2007.

CARGNIN,M.C.S; MIOTTO, G.A; GERMANI, A.R.M. Qualidade de vida de trabalhadores rurais do município de Taquaruçu do Sul- RS. *Revista de Enfermagem, Frederico Westphalen*. V.6, n.7, p.171-190. 2010/21011.

CARVALHO, A.I; WESTPHAL, M.F; LIMA, V.L.G.P. Health promotion in Brazil.*Promot Educ*. v.14,n.4,p.12.2007.

CASTRO,D.F.A; FRACOLLI, A.L. Qualidade de vida e promoção da saúde: em foco as gestantes. *O mundo da saúde*, São Paulo,v.37, n.2, p.159-165. 2013.

CICONELLI, R.M. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *RevBrasReumato*. V.39, n.3. 1999.

DE SOUZA, E.M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública Health promotion, social epidemiology, and social capital: associations and. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

FAO. World Food and Agriculture statistical yearbook. Rome, 2013.

FERNANDES, A.L.O; MAIA, U.M.C; KNACKFUSS, M.I. Políticas públicas de promoção à saúde: uma análise da qualidade de vida e saúde de pessoas envolvidas em práticas corporais. Redfoco. Vol. 1, n.1, 2014.

FERNANDES, A.L.O; MAIA, U.M.C; KNACKFUSS, M.I. Políticas públicas de promoção à saúde: uma análise da qualidade de vida e saúde de pessoas envolvidas em práticas corporais. V.1, n.1. 2014.

GUILHOTO, J.J.M. A importância da agricultura familiar no Brasil e em seus Estados. Disponível em: <<http://www.anpec.org.br/encontro2007/artigos/A07A089.pdf>>. Acesso em: 20 de setembro. 2014.

HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm. V.15, n.2, p.352-8. 2006.

HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. Cienc Cuid Saude, v.11, n.3, p.613-619.2012.

PEDROSA, I.I. *É preciso repensar a educação em saúde sob a perspectiva da participação social*. Disponível em: <www.gices-sc.org>. Acesso em: 17 setembro. 2014. Entrevista cedida a Radis, 2003.

Reis et al. 2015. Agricultura Familiar e Economia Solidária: a experiência da Associação MUTIRÃO, na região do Baixo Tocantins, Amazônia Paraense. Revista Tecnologia e Sociedade, Curitiba, v. 11, n. 22.

RIBEIRO, E.M. Qualidade de vida na estratégia de Saúde da Família: refletindo sobre os significados. Fam Saúde Desenv. v.3, n.2, p.109-15. 2001.

ROSA, M.S. Educação em saúde nos serviços de saúde: falácia, realidade ou utopia? (Dissertação). Faculdade de Educação, UFRGS, 1989.

SCHUTTINGA, J.A. Quality of life from a federal regulatory perspective. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. p. 31-42. 1995.

SILVA, T. C. et al. Educação em saúde em uma cooperativa de catadores de materiais recicláveis do distrito federal. p. 26-33. 2011.

SKRABSKI A. Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. J Community Health ; v.57, n.53, p.114-25. 2003

TAKEDA, S; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. Ciên Saúde Colet.. V.11, n.3, p.564-76. 2006.

THUM, M.A; CEOLIN, T; BORGES, A.M; HECK, R.M. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do sul do Brasil. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), v.32, n.3, p.576-82 Set. 2011.

Tabela 1. Distribuição dos escores de cada domínio avaliado com o *The 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*.

SF-36 DOMÍNIOS	Pré-intervenção		Pós-intervenção		Valor de P
	Média	DP	Média	DP	
Capacidade funcional	73,46	24,15	85,07	14,97	0,021*
Aspectos físicos	50	45,27	67,30	37,53	0,076
Dor	50	28,71	60,73	23,41	0,09
Estado geral de saúde	45,11	23,31	55,88	18,69	0,024*
Vitalidade	60,96	21,44	64,03	15,16	0,29
Aspectos sociais	62,69	31,57	79,26	21,10	0,028*
Aspectos emocionais	43,53	47,85	73,30	37,45	0,016*
Saúde mental	67,69	23,99	69,96	18,89	0,368
Escore geral	56,76	19,36	69,44	11,13	0,010*

* Resultados estatisticamente significativos ($p < 0,05$)

Fonte: Dados da pesquisa (2015).