



CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE TRABALHO E SAÚDE DE HOMENS E MULHERES DEFICIENTES RESIDENTES EM CONTEXTO RURAL

Ethel Bastos da Silva*
Leonardo Bigolin Jantsch**
Marta Cocco da Costa***
Alice do Carmo Jahn****

RESUMO

Objetivo: Comparar as características sociodemográficas, de saúde e de trabalho de homens e mulheres com deficiência que residem em contexto rural. **Método:** Estudo transversal analítico, com 276 pessoas com deficiência residentes em cenário rural de oito municípios da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados por meio de um questionário fechado, com variáveis sociodemográficas, de trabalho e saúde, aplicado na residência dos participantes nos meses de setembro de 2018 a julho de 2019. Esses foram digitados e analisados no programa estatístico software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 18.0 por meio de estatística analítica descritiva (comparação de frequência). Para comparar os dois grupos (homens e mulheres) empregou-se o teste Qui-Quadrado. **Resultados:** Dos homens, 27,8% apresentaram deficiência física e a deficiência múltipla foi mais frequente na mulher ($p < 0,001$). O trabalho na agricultura e do lar eram mais frequentes no sexo feminino e as atividades autônomas e empregatícias, no sexo masculino. Ambos recebiam BPC, ainda que 18% não tivessem nenhum tipo de benefício. Homens tinham duas vezes mais chance de serem tabagistas e quase três vezes maior risco de etilismo que as mulheres ($p < 0,001$). **Conclusão:** As características de pessoas com deficiência que residem em contexto rural se diferenciam entre os sexos, no que se refere à deficiência, trabalho e hábitos que vulnerabilizam a saúde.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. População rural. Políticas públicas. Saúde da pessoa com deficiência. Saúde da população rural.

INTRODUÇÃO

A literatura brasileira tem-se debruçado sobre o tema pessoas com deficiência (PcDs) no contexto rural nos últimos anos, apontando a necessidade de reforçar o protagonismo dessa população no acesso, na obtenção e na manutenção de direitos^(1,2), especialmente, no campo da assistência social, como é o caso do benefício de prestação continuada (BPC)⁽²⁾. Este benefício faz parte de uma política pública da assistência social em que pessoas recebem auxílio econômico mediante comprovação da deficiência.

Outras políticas públicas inclusivas sociais como as de educação e de trabalho são também essenciais para o desenvolvimento das PcDs⁽³⁾. Em muitos casos, esses serviços são raros no contexto rural

A deficiência, independente de sua natureza,

se congênita ou adquirida, é concebida com base na classificação da perspectiva da funcionalidade, ou seja, da existência de uma relação entre as estruturas do corpo e fatores ambientais que possam vir a causar baixa participação social do indivíduo⁽⁴⁾. Essa acepção sinaliza a necessidade do fortalecimento de políticas sociais inclusivas⁽³⁾ articuladas a uma rede de cuidados que inclui a área da saúde e da reabilitação. Nesta, a Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), é o local de acesso e de referência das populações ao Sistema Único de Saúde (SUS) que pode garantir a integralidade da atenção⁽⁵⁾.

As PcDs residentes no contexto rural apresentam dificuldades de acesso, principalmente, à saúde, o que pode interferir no seu bem-estar social. Essas populações são impermeáveis à sociedade⁽¹⁾.

*Enfermeira, Doutora em Ciências, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Docente do Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: ethelbastos@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6880-7463>

**Enfermeiro, Doutor em enfermagem, UFSM, Docente do Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil, E-mail: leo_jantsch@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4571-183X>

***Enfermeira, Doutora em Enfermagem, UFSM, Docente do Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: marta.c.c@ufsm.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9204-3213>

****Enfermeira, Doutora em Ciências, UFSM, Docente do Departamento de Ciências da Saúde, Palmeira das Missões, RS, Brasil. E-mail: jahnalice@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7672-4721>

No âmbito internacional, em áreas rurais da África do Sul as PcDs de baixa renda possuem piores condições de acesso aos serviços de saúde, em comparação àquelas pessoas sem deficiência⁽⁶⁾. Na Austrália, as pessoas com deficiência estão entre as mais adoecidas, isto porque não conseguem acessar os serviços de saúde na área rural⁽⁷⁾. Quando PcDs acessam a educação, sentem-se incluídas e motivadas a superar as limitações⁽⁸⁾, o que acarreta maior entusiasmo para sua reabilitação. A disposição da PcD e o apoio de alguns profissionais da saúde para o uso da rede de atenção tensionam o poder público municipal para promover o acesso aos serviços especializados existentes, ainda que de forma incipiente⁽⁹⁾. Além disso, a PcD desenvolve maior perspectiva de participação em outros ambientes sociais⁽⁸⁾.

No Brasil, as populações rurais são carentes de serviços de saúde e de educação de qualidade e acessíveis⁽⁹⁾. Quando isso se associa à pessoa com deficiência, a Lei de Inclusão, que vigora desde 2015, recomenda a existência de uma rede intersetorial de serviços com vistas ao desenvolvimento social do PcD no âmbito rural⁽¹⁰⁾. E, no que se refere à promoção da saúde para pessoas que vivem no campo e na rede de cuidados à pessoa com deficiência, essas políticas são pouco evidenciadas⁽⁹⁾. Nesse sentido, sob o olhar do modelo social da deficiência, o ambiente, as relações sociais relacionadas à saúde e as questões biológicas interconectadas podem potencializar ou limitar a participação social. Identificar e analisar as características sociodemográficas, de trabalho e de saúde de homens e mulheres com deficiência vivendo em contexto rural promovem o debate e a reflexão sobre políticas públicas de saúde e sociais indutoras de inclusão.

Os estudos sobre PcDs que vivem em contexto rural em nível nacional se referem a tipos de deficiência e a barreiras evidenciadas ao acesso à saúde, escola e trabalho, desvantagens que produzem desigualdades sociais maiores no contexto rural, mostrando diferenças entre homens e mulheres^(9,11). Há poucos estudos sobre esta questão, tornando-se uma lacuna na produção científica.

Dito isso, este estudo tem como questão de pesquisa: Como se apresentam as características sociodemográficas, de trabalho e saúde de

homens e mulheres com deficiência residentes em contexto rural? E, como objetivo, comparar as características sociodemográficas, de trabalho e de saúde de homens e mulheres deficientes que residem em contexto rural.

MÉTODO

O presente trabalho é um estudo transversal analítico, o qual possui base na epidemiologia, busca identificar hipóteses de fatores que possam ocorrer ou não em determinados grupos amostrais em certo período de tempo, sem que haja a necessidade de continuidade. O projeto teve a participação de PcDs residentes em oito municípios, com características/contextos de ruralidade, na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Os participantes eram moradores de oito municípios dos 16 municípios com população rural, pertencentes à 15ª e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), sendo o critério de escolha ter mais que 70% de população rural.

Participaram do estudo 276 pessoas com deficiência que residiam em contexto rural. Como critérios de inclusão, adotou-se ter algum tipo de deficiência (adquirida, congênita, intelectual, visual congênita, múltipla e auditiva congênita), ter capacidade cognitiva para responder ao questionário e/ou familiar que aceitasse responder pela PcD, segundo a percepção do familiar cuidador. Os participantes foram selecionados por meio dos registros disponíveis nos serviços municipais de saúde, com contato prévio e agendamento das entrevistas junto às suas famílias. Os agentes comunitários de saúde foram contatados por meio de telefone para agendar a entrevistas, em dia e horário da semana conforme a disponibilidade das famílias. Estes acompanharam os pesquisadores aos domicílios. Houve seleção de toda a população com deficiência, tendo em vista que os municípios participantes tinham cobertura de 100% dos ACS.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento fechado, que continha caracterização quanto a idade, sexo, cor, faixa etária, escolaridade, renda, tipo de deficiência, trabalho, condições de trabalho e condições de saúde, sendo aplicado pelos pesquisadores no domicílio das pessoas com deficiência. A coleta aconteceu no período de setembro de 2018 a junho de 2019.

Os dados foram digitados em planilhas Excel, e posteriormente analisados sob a análise descritiva e analítica (comparação de frequência). Quanto à análise das variáveis, foram utilizados testes de comparação de frequência (empregando o teste Qui-Quadrado), no *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versão 18.0. Estabeleceu-se associação estatística significativa ao desfecho, para as variáveis cujo valor p foi menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$). A análise de *Odds Ratio* (OR) (razão de chance) das variáveis

determina que há maiores probabilidades de certos eventos ocorrerem em um grupo específico.

O estudo seguiu as recomendações éticas e foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, número 2.208.566, por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº de registro 69973817.4.0000.5346.

RESULTADOS

Tabela 1. Comparação entre as características sociodemográficas de homens e mulheres com deficiência residentes em contexto rural. Rio Grande do Sul, Brasil, 2018-2019

	Mulheres 114(41,3%)	Homens 162(58,7%)	p-valor**
Tipo de Deficiência			
Física adquirida	10(8,8%)	45(27,8%)	<0,001
Física congênita	18(15,8%)	21(13,0%)	>0,05
Intelectual	60(52,6%)	73(45,1%)	>0,05
Visual congênita	0	5(3,1 %)	>0,05
Múltiplas	18(15,8%)	9(5,6 %)	<0,001
Auditiva congênita	8(7,0%)	9(5,6 %)	>0,05
Cor da pele			
Branca	81(71,1%)	110(67,9%)	
Parda	31(27,2%)	47(29,0%)	
Negra	2 (1,8%)	5(3,1%)	
Faixa Etária			
1 a 19 anos	20(17,5%)	19(11,7%)	
20 a 39 anos	36(31,6%)	50(30,9%)	
40 a 64 anos	45(39,5%)	74(45,7%)	0,529
Maior que 65 anos	13(11,4%)	19(11,7%)	
Escolaridade			
Nunca frequentou/Ensino Fundamental incompleto	93 (81,6%)	143(88,2%)	
Ensino Fundamental completo/Ensino Médio incompleto	13 (11,4%)	13(7,8%)	
Ensino Médio completo/Superior incompleto	7(6,2%)	6(3,7%)	
Superior completo	1 (0,9%)	0	
Renda Familiar			
Até 1 salário¶	41(36,0%)	65(40,1%)	
2 a 5 salários¶	72(63,2%)	96(59,3%)	
> 5 salários¶	1(0,9%)	1(0,6%)	
Atividade de Lazer			
Sim	89(78,1%)	108(66,7%)	0,045
Não	25(21,9)	54(33,3%)	
Usa Transporte Coletivo			
Sim	17(14,9%)	19(11,7%)	0,688
Não	97(85,1%)	143(88,2%)	
Outro Meio de Transporte (n=201)			
Carro próprio	63(75,9%)	79(66,9%)	
Motocicleta	7(8,4%)	21(17,8%)	0,167
Outro	13(15,6%)	18(15,3%)	
PCD dirige o veículo			
Sim	3(4,8%)	25(31,6%)	<0,001
Não	60(95,2%)	54(68,3%)	
Viaja à área Urbana			
1x/sem.	17(15,2%)	28(20,1%)	
2x/sem.	10(8,9%)	21(15,1%)	
3x/sem.	13(11,6%)	16(11,5 %)	
Diariamente	21(18,8%)	22(15,8%)	
1x/mês	41(36,6%)	42(30,2%)	
Outro	10(8,9%)	10(7,2%)	

Síglas:¶Salário mínimo no Brasil= R\$ 998,00 (US\$ 241,00). **Teste Qui-Quadrado.

Fonte: Banco de dados autores.

Deficiências físicas adquiridas eram mais frequentes na população masculina, quando comparada à feminina, já a deficiência múltipla foi mais frequente nas mulheres ($p < 0,001$). Cabe destacar que a maioria da população PcD no meio rural era branca, de faixa etária adulta, com baixa

escolaridade e renda de dois a cinco salários mínimos, e que não havia diferença significativa entre os grupos de homens e mulheres analisados. As mulheres possuíam mais atividades de lazer, com pouca autonomia de locomoção, apenas 14,9% usavam o transporte coletivo; 76%

possuíam carro, mas apenas 4,8%, destas tinham habilitação para dirigir. A ida a área urbana era menos frequente para as mulheres, haja vista que 15,2% delas iam somente uma vez ao mês, comparando com 20,1% dos homens.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes estratificados em dois grupos.

As características de trabalho estão relacionadas às atividades da agricultura e do lar mais frequentes no sexo feminino e às atividades

autônomas e laborais empregatícias para os homens. As atividades domésticas eram significativamente mais frequentes para as mulheres, e as atividades de horta, criação/pecuária aos homens. O auxílio BPC era o mais frequente para essa população, ainda que 18% deles não recebessem nenhum. No que tange à comparação de homens e mulher PcDs e as condições de trabalho e renda, descreve-se na Tabela 2.

Tabela 2. Comparação de características de trabalho e renda entre mulheres e homens deficientes residentes em contexto rural. Rio Grande do Sul, Brasil, 2018-2019

	Mulheres	Homens	p-valor
Possui Vínculo Empregatício (N=276)	38(33,3%)	47 (29%)	0,532‡
Tipo de vínculo Empregatício (n=85)			
Empregado	1(2,6%)	2(4,2%)	
Autônomo/Proprietário	6(15,8%)	10(21,3%)	
Agricultura	31(81,6%)	35(74,5%)	
Realizam atividades laborais (N=276)	50(43,8)	69(42,2)	0,638‡
Quais atividades (n=119)			
Domésticas	43(86,0%)	44(63,8%)	0,028‡
Cultivo/Horta	5(10,0%)	14(20,3%)	0,001‡
Criação/pecuária	1(2,0%)	6(8,7%)	<0,001§
Outras Atividades	1(2,0%)	5(7,2%)	0,01§
Recebe Benefício(n=276)			
Pensão	7(6,1%)	11(6,8%)	
Bolsa família	7(6,1%)	2 (1, 2%)	
BPC†	56(49,1%)	73(45,1%)	
Aposentadoria	23(20,2%)	46(28,4%)	
Não recebe	21(18,4%)	30(18,5%)	

Siglas: *Salário mínimo no Brasil= R\$ 998,00 (US\$ 241,00); †BPC: Benefício de Prestação Continuada. ‡Teste Qui-Quadrado; §Teste Exato de Fisher.

Fonte: Banco de dados do estudo.

Os homens tinham duas vezes mais chance de serem tabagistas e quase três vezes maior risco de etilismo, quando comparados com as mulheres ($p<0,001$). As doenças mais frequentes eram a HAS e a DM. A depressão esteve em cerca de 15% das mulheres com algum tipo de doença

crônica. Essa prevalência maior pode corroborar com maior uso de medicamentos de forma contínua na população feminina. Quanto às condições de saúde dessa população, na comparação entre os grupos de homens e mulheres, destacam-se na Tabela 3.

Tabela 3. Comparação de características de condições de saúde entre homens e mulheres residentes em contexto rural. Rio Grande do Sul, Brasil, 2018-2019. (N=276)

	Mulheres N=114	Homens N=162	Odds Ratio (IC 95%)	p-valor§
Possui Doença Crônica	41(36,9%)	44(27,5%)	1,544 (0,919-2,594)	0,100
Qual Doença Crônica (n=91^b)				
HAS*	25(53,2%)	21(47,7%)		
DM†	2(4,3%)	6(13,6%)		
HAS* e DM†	5(10,6%)	7(15,9%)		
Depressão	7(14,9%)	2(4,5%)		
Câncer	0	1(2,3%)		
Outra	8(17%)	7(15,9%)		
Uso de Medicamento	68(59,6%)	83(51,2%)	1,269 (0,778-2,070)	0,340
Adquire Medicamento (n=151)				
Compra	9(13,0%)	13(15,6%)		
Busca na UBS‡	33(47,8%)	36(43,4%)		0,553
Compra caso falte na UBS‡	27(39,1%)	34(41,0%)		
Intoxicação com Agrotóxico	45(39,5%)	69(42,6%)	1,079 (0,808-1,441)	0,604
Tabagismo	8(7,0%)	31(19,3%)	2,190 (1,162-4,124)	0,004
Etilismo	6(5,4%)	30(18,6)	2,669 (1,268-5,619)	0,002

Siglas: *HAS= Hipertensão Arterial Sistêmica; †DM=Diabetes Mellitus; ‡UBS= Unidade Básica de Saúde. §Teste Qui-Quadrado; ^bPoderia haver mais de um diagnóstico.

Fonte: Banco de dados do estudo.

DISCUSSÃO

Neste estudo, houve maior prevalência de deficiência em homens, sendo as físicas adquiridas as mais frequentes, quando comparados às mulheres. Já as deficiências intelectual e múltipla foram mais prevalentes nas mulheres. Sobre isso, estudo realizado na metade sul do Rio Grande do Sul, Brasil, contraria esses achados, uma vez que mostra que o número de mulheres com deficiência era maior do que o de homens, no meio rural⁽²⁾. Tais diferenças podem estar atreladas a características sociodemográficas do contexto rural em questão.

A deficiência física foi mais presente nos homens. Este resultado é corroborado em estudo realizado em Florianópolis/Santa Catarina, Brasil, em que também prevaleceu esse tipo de deficiência nos homens, tendo como causas as comorbidades e acidentes de trânsito⁽¹¹⁾. No contexto rural, frequentemente, os homens trabalham no campo e pecuária, ficando mais expostos a acidentes relacionados ao uso incorreto de máquinas e equipamentos agrícolas, provocando incapacidades temporárias ou permanentes⁽¹³⁾. A natureza da deficiência física e o acesso limitado a dispositivos de assistência isolam os indivíduos da sociedade e adoecem-nos emocionalmente⁽¹⁴⁾.

Nesta pesquisa, verificou-se que as mulheres apresentavam percentual maior de deficiência intelectual (52,0%) e múltipla (15,0%) que os homens. Contrariando esses resultados, estudo revelou maior prevalência de deficiência intelectual autodeclarada em homens, desde o nascimento. A deficiência intelectual é ocasionada antes dos 18 anos, e dificilmente diagnosticável nos primeiros anos de vida⁽¹²⁾.

Quanto à idade, há maior prevalência entre 40 e 64 anos, com maior percentual maior entre mulheres, e o resultado apresentado pode ter relação com o envelhecimento. Nesta direção, estudo revela que o processo de envelhecimento se correlaciona com o aumento de deficiências e comorbidades nessa faixa etária⁽¹²⁾. O declínio funcional do corpo feminino pode estar atrelado à exposição ao trabalho mais forçado, que, por vezes, está presente no cotidiano de vida de mulheres residentes em contexto rural.

No que se refere à escolaridade, neste estudo, homens e mulheres apresentaram baixa

escolaridade. Neste aspecto, a falta de acesso à educação das PcDs e, consequentemente, ao mercado de trabalho é decorrente de ausência de execução de políticas públicas de educação e baixa inclusão social no contexto rural. Cabe lembrar que o direito educacional das PcDs é assegurado pela Lei nº 13.146, que institui como dever da família, do estado e da sociedade promover um sistema educacional de qualidade e inclusivo para pessoas com deficiência⁽⁴⁾. No entanto, esses direitos, nem sempre são garantidos à população que vive em contexto rural.

No que tange à renda, este estudo traz que 75% dos homens recebiam até um salário mínimo e 71,4% das mulheres recebiam dois ou mais salários mínimos. Destaca-se que, em atividades assalariadas, mulheres recebiam mais que homens. As condições de baixa renda entre esse público se dão pela pouca oportunidade de entrada no mercado de trabalho. Quanto maior a posição socioeconômica da família, mais bem inserida está a pessoa com deficiência na comunidade e maiores são as chances de participação social e de qualidade de saúde⁽¹³⁾. Neste estudo, homens e mulheres enfrentavam carência de recursos econômicos e educacionais, condição que se coloca como obstáculo para a participação e inserção social.

Quanto a atividades de lazer, as mulheres deficientes rurais as vivenciam mais que os homens, já que uma simples visita ao vizinho se caracteriza como lazer para esse público. O cenário rural, como lugar – campo –, é visto como área de lazer para pessoas que vivem no cenário urbano e nem sempre para as pessoas que vivem no rural, tendo em vista que, nesse contexto, o lugar onde moram, estudam, trabalham e se divertem é o mesmo. Em muitos casos, o campo se torna uma forma de custeio de vida urbana. Não há uma diferenciação temporal e de lugar para o lazer de algumas famílias rurais. Estar com a família em momentos de tranquilidade pode ser considerado lazer⁽¹⁵⁾.

O espaço urbano tem uma gama maior de opções de atividades de lazer, o que não é visto no espaço rural, restringindo os moradores do campo a poucas opções. A maioria das atividades são de futebol, bocha e baralho e mais desfrutadas por homens, as opções de lazer ligadas ao lar e filhos são usufruídas por mulheres. No contexto rural, o lazer de homens e mulheres é determinado pela

construção social de gênero⁽¹⁶⁾. Logo, ao relacionar o gênero, mulheres deficientes e lazer, a perspectiva social e cultural pode definir as atividades de lazer nas suas vidas. Receber ou realizar visitas a amigos pode ser visto como uma forma de lazer. No entanto, nesse aspecto, salienta-se a importância de políticas públicas que propiciem mais espaços de entretenimento para as PcDs residentes em contextos rurais.

As mulheres tinham menor autonomia de locomoção, tinham pouco acesso ao transporte coletivo, ademais, algumas possuíam carro, mas não tinham habilitação para dirigir. A falta de acessibilidade no contexto em que estão inseridos pode se tornar um dos fatores determinantes para a condição de baixa autonomia. Essas barreiras são ainda mais fortes por ausência de políticas inclusivas⁽³⁾.

Os homens com deficiência deste estudo, em sua maioria, exerciam atividades de cultivo e pecuária, ou seja, criação de animais e plantio. Se relacionarmos isso com o percentual maior de deslocamento aos centros urbanos, possivelmente, seria devido à comercialização dos produtos que cultivavam, enquanto que, as mulheres apresentaram maiores atividades do lar e não iam até os centros com a mesma periodicidade. Sobre isso, ainda nos dias de hoje, as mulheres possuem posições desiguais em relação ao sexo masculino, são suprimidas de direitos e benefícios não só no mercado de trabalho, mas também em outras esferas da vida⁽¹⁴⁾.

Quanto à renda, as mulheres do estudo recebiam mais que os homens em atividades assalariadas e isso implica na independência financeira feminina, o que por um lado é benéfico, pois indica que mulheres com deficiência podem conquistar a sua autonomia salarial. Mas, para isso, elas precisam sair do cenário rural para obter renda própria, pois ali não possuem ofertas de trabalho igualmente aos homens, o que representa a desigualdade profissional e a subalternidade vivida pelas mulheres no mercado de trabalho neste contexto⁽¹⁷⁾.

Este estudo mostra que as atividades domésticas eram significativamente mais frequentes como responsabilidade das mulheres, enquanto as atividades laborais autônomas e empregatícias de horta, criação/pecuária eram responsabilidade dos homens. Esse resultado é

corroborado em estudo realizado na cidade de Brejo/MA, que atesta que é do homem o trabalho produtivo e de sustento da família. À mulher cabe atividade doméstica não reconhecida como fundamental para a manutenção da família e da agricultura⁽¹⁸⁾.

Neste estudo, as características de trabalho são de atividades em turno integral, com mais de 15 anos de atuação, sem diferença significativa entre os grupos. O trabalho descrito, em sua maioria, ocorria dentro da propriedade familiar, ou seja, sem vínculo empregatício terceirizado, assim, o cultivo e pecuária podem ser para o consumo da família e para a comercialização no mercado, caracterizando-se como método informal de geração de renda⁽¹⁷⁾. A considerar que os indivíduos estudados eram agricultores com deficiência limitante, estes desconheciam e usufruíam muito pouco dos seus direitos e benefícios de trabalho.

O benefício da prestação continuada (BPC) era o mais frequente para a população deste estudo, ainda que 18,5% das pessoas não recebessem nenhum. A falta de benefício é um agravante para a população de baixa renda, e grande parte não possui trabalho remunerado com vínculo empregatício. Neste caso, os participantes ou eram inelegíveis para obter o benefício ou não reconheciam o direito de possuí-lo. Nesse sentido, estudo mostra que o grande número de processos indeferidos se dá pelas deficiências e alterações de menor intensidade que não impedem o indivíduo de garantir sua própria manutenção. Os obstáculos ambientais, a tomar como exemplo a dificuldade de acesso e uma rede de apoio ineficaz, tornam-se fatores desencadeantes para a inelegibilidade ao benefício⁽¹⁹⁾.

E, sobre as doenças crônicas, percebeu-se que elas se apresentavam mais frequentes nas mulheres estudadas, cerca de 36,9%, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) as mais prevalentes. Nesse aspecto, o envelhecimento pode estar relacionado à manifestação de doenças crônico-degenerativas, contribuindo para a ocorrência de doenças como a HAS e DM. Estudo mostra, como causa de deficiência, doenças crônicas não transmissíveis em mulheres idosas⁽¹²⁾.

Nesta pesquisa, as mulheres usavam medicamentos de forma contínua, em grande parte retirada na própria ESF de referência. O uso

de medicamento de forma contínua pode estar atrelado ao tipo de deficiência do indivíduo e suas comorbidades. Dentre os fármacos mais usados estavam os antiepilépticos, antipsicóticos e anticonvulsivantes.

Já, no que confere à intoxicação por agrotóxicos, mostrou-se mais presente nos homens, o que pode estar relacionado à maior exposição devido ao trabalho laboral com o plantio. Estudo revela que os homens, mesmo em menor número, são maiores responsáveis pelo trabalho na agricultura e a baixa escolaridade e renda podem estar relacionadas ao alto índice de intoxicação por esta população⁽²⁰⁾. Ademais, a ausência de planejamento nos serviços de saúde da família de abordagens relacionadas à exposição no trabalho e danos provocados por agrotóxicos com ações educativas contribui para manutenção desta realidade⁽²¹⁾.

Em comparação com as mulheres, os homens deste estudo mostraram chances duas vezes maiores de serem tabagistas e quase três vezes mais o risco de apresentarem etilismo. Análise realizada no contexto rural mostra que os homens tabagistas têm mais chances de desencadear transtornos relacionados ao uso abusivo de álcool do que as mulheres e homens que não fumam. Homens que fumam consomem mais álcool⁽²²⁾. O consumo excessivo de álcool e tabaco evidenciado em populações rurais pode estar relacionado com a baixa promoção em saúde e poucas políticas de prevenção oferecidas pelos serviços nesses contextos.

Algumas limitações metodológicas do presente estudo devem ser apontadas, sendo o desenho transversal utilizado para a coleta de dados, que impossibilita estabelecer a natureza da relação entre exposição e evento.

A população do estudo pode não ser representativa, tendo em vista que o grau de deficiência compromete a participação da pesquisa. Mais estudos são necessários para acessar essa população.

CONCLUSÃO

Neste estudo, as deficiências físicas adquiridas foram prevalentes nos homens, enquanto as

deficiências múltiplas e congênitas, nas mulheres. Na maioria, as PcDs se autodeclararam brancas, na faixa etária adulta, com baixa escolaridade e renda de dois a cinco salários mínimos.

As mulheres desfrutavam mais de atividades de lazer, porém, com pouca autonomia de locomoção, quase não utilizavam o transporte coletivo, tinham carro, mas raras possuíam habilitação para dirigir, e pouco se deslocavam para a cidade.

No trabalho, as mulheres, desenvolviam suas atividades no âmbito doméstico e os homens se envolviam com a criação de gado e em atividades autônomas, movendo-se mais ao meio urbano. Os turnos de trabalho eram integrais, com mais de 15 anos de atuação. Entre os assalariados, as mulheres recebiam mais do que os homens. O auxílio BPC era o mais frequente para essa população.

As mulheres possuíam mais doenças crônicas que os homens, sendo as mais frequentes a HAS e a DM, e também tomavam mais medicamentos. Destaca-se que os homens tinham duas vezes mais chance de serem tabagistas e quase três vezes maior risco de etilismo.

As características sociodemográficas, de trabalho e de saúde das PcDs residentes em contextos rurais são diferentes entre homens e mulheres. Ademais, constata-se pouco alcance de direitos às políticas públicas de saúde e sociais, reforçando as barreiras à participação social. Recomenda-se a ampliação de políticas que ofertem escolas inclusivas e transportes públicos adaptados, pois os serviços especializados estão nas regiões urbanas.

Além disso, é preciso (re)pensar ações de registro das PcDs em um sistema com endereço e características mais específicas para futuras análises. As equipes de saúde rural são a melhor oportunidade que essas populações têm de acessar a rede de cuidados à pessoa com deficiência, para além da reabilitação. Reforçar ações de promoção e reabilitação nas questões do tabaco e etilismo e mediar e articular as políticas de educação, trabalho, entretenimento, renda e melhores oportunidades de desenvolvimento no contexto rural, considerando as diferenças entre homens e mulheres, é uma estratégia recomendada.

SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF WORK AND HEALTH OF DISABLED MEN AND WOMEN LIVING IN A RURAL SETTING

ABSTRACT

Objective: Comparing the sociodemographic characteristics of health and work of men and women with disabilities living in a rural context. **Method:** A cross-sectional analytical study with 276 people with disabilities living in a rural setting in eight cities in the Northwest Region of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected through a closed questionnaire with sociodemographic, work and health variables applied at the participants' residence from September 2018 to July 2019. These were typed and analyzed in the software Statistical Package for the Social Sciences for Windows, version 18.0 by means of descriptive analytical statistics (frequency comparison). To compare the two groups (men and women) the Chi-Square test was used. **Results:** Of the men, 27.8% had physical disabilities and multiple disability was more frequent in women ($p<0.001$). Work in agriculture and home was more frequent in females and autonomous and employment activities in males. Both received PB, although 18% did not have any kind of benefit. Men were twice as likely to be smokers and almost three times higher risk of alcohol than women ($p<0.001$). **Conclusion:** The characteristics of people with disabilities living in a rural setting differ between the genders, with regard to disability, work and habits that make health vulnerable.

Palavras-chave: People with disabilities. Rural population. Public policies. Health of people with disabilities. Health of the rural population.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, DE TRABALHO Y SALUD DE HOMBRES Y MUJERES DISCAPACITADOS RESIDENTES EN UN CONTEXTO RURAL

RESUMEN

Objetivo: comparar las características sociodemográficas, de salud y de trabajo de hombres y mujeres con discapacidad que residen en contexto rural. **Método:** estudio transversal analítico, con 276 personas con discapacidad residentes en escenario rural de ocho municipios de la región noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario cerrado, con variables sociodemográficas, de trabajo y salud, aplicado en la residencia de los participantes en los meses de septiembre de 2018 a julio de 2019. Estos fueron introducidos y analizados en el programa estadístico *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows*, versión 18.0. por medio de estadística analítica descriptiva (comparación de frecuencia). Para comparar los dos grupos (hombres y mujeres) se empleó la Prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** de los hombres, el 27,8% presentó discapacidad física y la discapacidad múltiple fue más frecuente en la mujer ($p<0,001$). El trabajo en la agricultura y en el hogar eran más frecuentes en el sexo femenino y las actividades autónomas y de empleo, en el sexo masculino. Ambos recibían BPC, aunque el 18% no tenía ningún tipo de beneficio. Los hombres tenían dos veces más probabilidades de ser fumadores y casi tres veces mayor riesgo de etilismo que las mujeres ($p<0,001$). **Conclusión:** las características de las personas con discapacidad que residen en un contexto rural se diferencian entre los sexos, en lo que se refiere a la discapacidad, trabajo y hábitos que vulneran la salud.

Palabras clave Personas con discapacidad. Población rural. Políticas públicas. Salud de la persona con discapacidad. Salud de la población rural.

REFERÊNCIAS

1. Tonini H, Lopes MJM. Desenvolvimento, cuidado e vulnerabilidade: pessoas com deficiência em áreas rurais do RS. R. Interd. [Internet]. 2017;10(3):110-124. <https://dialnet.unirioja.es/revista/26280/V/10>.
2. Tonini H, Lopes MJM. Pessoas com deficiência no rural da metade sul do RS: uma análise do censo de 2010. 2016; 21(3):180-195. DOI: <https://doi.org/10.17058/redes.v21i3.5744>.
3. Paiva JCM, Bendassolli PF. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. Psicologia em Revista. 2017;23(1): 418-429. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2017v23n1p418-429>.
4. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Ciênc. saúde colet. 2016;21(10):3007-3015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>.
5. Amorim EG, Liebrali R, Medeiros N. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. Holos. 2017;34(1):224-236. DOI: <https://doi.org/10.15628/holos.2018.5775>.
6. Vergunst R, Swartz L, Hem KG, Eide AH, Mannan H, MacLachlan M. et al. Access to health care for persons with disabilities in rural South Africa. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2017 [citado em 2021 jan 19];17(1):741-748. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29149852>.
7. McKinney V, Amosun SL. Impact of experiences lived by people with disabilities in the built environment in South Africa. Afr J Disabil. 2020;6(9):1-11. DOI: <http://doi.org/10.4102/ajod.v9i0.518>.
8. Mitchell O, Malatzky C, Bourke L, Farmer J. A modified Continuous quality improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. Aust J Rural Health. 2018;26(3):206-210. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajr.12409>.
9. Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? Interface. 2018; 22(64):109-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0666>.
10. Brasil. Lei nº 13146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União de 7.7.2015. Seção 1, p.2. 2015.
11. Malta DC, Stopa SR, Canuto RGNI, Mendes VLF, Goulart BNG, Moura L. Self-reported prevalence of disability in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. Ciênc. saúde colet. 2016 ;21(10):3253-3264. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17512016>.
12. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. The disabled and Public Policy: the gap between intentions and actions

.Ciênc.saúdecolet.2016;21(10):3131-3142.DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>.

13. Begnini S, Almeida LEDF. Desenvolvimento e acidentes de trabalho no meio rural de Santa Catarina. Revista Brasileira de desenvolvimento regional 2017;(2):111-136 .DOI:<http://dx.doi.org/10.7867/2317-5443.2017v5n2p111-136>.

14. Neille J. A qualitative inquiry into the ways in which space and place influence the lived experiences of adults with disabilities in rural South Africa. Rural and Remote Health 2021; 21: 6241.DOI: <https://doi.org/10.22605/RRH6241>.

15. Felicíssimo MF, Frich AAL, Xavier CC, Proietti FA, Neves JAB, Caiaffa WT. Socioeconomic position and disability: “The Belo Horizonte, Brazil Health Study” Ciênc. saúde colet. 2017;22(11):3547-3556. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22432017>.

16. Maziero C, Godoy CMT, Campos JRR, Mello NA. O lazer como fator de permanência e reprodução social no meio rural: estudo do município de Saudade do Iguaçu, PR. Interações 2019;20(2): 509-522 .DOI:<https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1763>.

17. Biroli F. Divisão Sexual do Trabalho e Democracia. Dados rev. ciên. Sociais. 2016; 59(3):719- 681. DOI:<https://doi.org/10.1590/00115258201690>.

18. Hirata H. Gênero, patriarcado, trabalho e classe. Revista trabalho necessário.2018;16(29):14-27.DOI:<https://doi.org/10.22409/tn.16i29.p4552>.

19. Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS, Boccolini PMM. Social protection and public policy for vulnerable populations: an assessment of the Continuous Cash Benefit Program of Welfare in Brazil . Ciênc. saúde colet. 2017; 22(11):3515-3526 .DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22092017>.

20. Santana CM, Costa AR, Nunes RMP, Nunes NMF, Peron AP, Cavalcante AACM. et al Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos. Cad. Saúde Colet. 2016 ;24(3): 301-307 .DOI:<https://doi.org/10.1590/1414-462X201600030199>.

21. Machado LM, Beck CLC, Coelho APF, TH, Camponogara S. Atuação dos profissionais de saúde da família frente ao trabalhador rural exposto a agrotóxicos. Cienc Cuid Saude 2017; 16(3): 1-8.DOI:<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v16i3.37051>.

22. Batista EC, Rocha KB. Saúde mental em comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Interações.2020;21(1):35-50 DOI:<https://doi.org/10.20435/inter.v21i1.2149>

Endereço para correspondência: Ethel Bastos da Silva. Av. Independência, nº 3751, Bairro Vista Alegre, Palmeira das Missões, RS, Brasil, CEP: 98300000. E-mail: ethelbastos@hotmail.com

Data de recebimento: 13/07/2021

Data de aprovação: 21/01/2022

APOIO FINANCEIRO

Trabalho financiado pela Chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n.º 03/2017 - Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – 2017.