

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO ENFERMAGEM**

Maira Missio

**MULHERES DEFICIENTES VIVENDO EM CONTEXTO RURAL:
VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS**

**Palmeira das Missões, RS.
2019**

Maira Missio

**MULHERES DEFICIENTES VIVENDO EM CONTEXTO RURAL:
VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões, como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Enfermagem.**

Orientadora: Prof. Dra. Ethel Bastos da Silva

Palmeira das Missões, RS.

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso a minha família, que sempre me apoiou e soube entender minhas ausências e ao meu noivo que se manteve firme ao meu lado superando as distâncias e adversidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um momento importante, pois nos faz repensar todo o caminho trilhado e nos permite dizer obrigado às pessoas que de uma forma ou outra contribuíram para que um ciclo se encerrasse com sucesso.

Inicialmente, agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Ethel Bastos da Silva, que atendeu prontamente o pedido para me orientar neste caminho e o fez de uma maneira intangível, sempre com paciência, compreendendo minhas dificuldades e retirando obstáculos que me pareciam intransponíveis. A você prof o meu muito obrigada.

Agradeço também ao grupo NEPESC, em especial a Profa. Dra. Marta Cocco da Costa, que me acolheu e permitiu que eu me aproximasse da temática de escolha para esta pesquisa, estando sempre pronta para me auxiliar em dúvidas e intempéries.

Agradeço a cada pessoa que cruzou o meu caminho nos municípios que percorri, aos Agentes Comunitários de Saúde que se fizeram ponte entre mim e as mulheres desta pesquisa, as enfermeiras que fiz contato e prontamente me atenderam, aos secretários de saúde, aos técnicos de enfermagem, enfim a cada um das equipes das ESF's que sempre me acolheram e se fizeram ponto de partida na minha busca.

Quero deixar registrado o agradecimento especial que faço para as mulheres que aceitaram participar de meu estudo, sem vocês ele não teria sido possível, OBRIGADA.

Meninas do AP 04, Carmem, Luísa e Vanessa, obrigada por cada momento e pela amizade sincera que cultivamos vocês sempre terão lugar especial em meu coração.

Agradeço minha família, ponto de paz e equilíbrio, Pai Vitelio e Mãe Bernadete é por vocês que eu cheguei até aqui e será por vocês que continuarei a cada dia buscando melhorar, vocês são meus exemplos de pessoa e tudo que sou devo a vocês, obrigada por tudo e saibam que eu os amo imensamente.

Mana Daiane, você é minha pessoa, meu exemplo de mulher guerreira e que me inspira a cada dia lutar pelo que quero, obrigada por sempre estar disposta a me ouvir e tentar entender meus devaneios e obrigada pelos sobrinhos lindos que me deste, Nicolas e Lívia Rafaella, é por eles que também luto por uma sociedade mais justa onde todos possam ser tratados com equidade.

Enfim, agradeço ao meu noivo Anderson, que foi meu ponto de calma nos dias de maior ansiedade e que soube me ouvir e acreditou no meu potencial, eu te amo e te agradeço por fazer parte de minha vida.

Por fim, obrigada meu Deus por me conceder esta vitória e por me amparar em cada dia difícil, trazendo luz para os momentos de escuridão e acalmando meu ser que por vezes estava inquieto e abatido.

OBRIGADA A TODOS!

RESUMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO CURSO DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

MULHERES DEFICIENTES VIVENDO EM CONTEXTO RURAL: VULNERABILIDADES E VIOLÊNCIAS

Autora: Maira Missio

Orientadora: Ethel Bastos da Silva

Data e local da defesa: 11/12/2019; Palmeira das Missões

Mulheres deficientes que vivem em contexto rural apresentam dupla vulnerabilidade, por serem mulheres e apresentarem alguma deficiência. Elas se tornam por vezes, invisibilizadas na sociedade e nos locais em que transitam. As vulnerabilidades se constituem em três dimensões: individuais, sociais e programáticas e quando presente na vida das mulheres potencializa experiências de violências. Os objetivos deste estudo foram conhecer e compreender as situações de vulnerabilidade social e de violência experienciadas por mulheres deficientes que vivem em contexto rural, caracterizar as mulheres deficientes que vivem em contextos rurais e analisar as situações de vulnerabilidades sociais e violências vividas. Este estudo é caracterizado como qualitativo, desenvolvido com dez mulheres deficientes residentes nos municípios de Lajeado do Bugre, Gramado dos loureiros, Esperança do Sul, Pinheirinho do Vale e Liberato Salzano nos meses de janeiro a junho de 2019. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e o material empírico foi gravado, transcrito e analisado pela modalidade temática de Bardin, do qual emergiram duas categorias: Vulnerabilidades de mulheres deficientes vivendo em contexto rural e Mulheres deficientes em situações de violência. As participantes do estudo tinham entre 38 e 84 anos, com uma média de 52, todas se autodeclararam brancas, seis delas apresentaram deficiência congênita e quatro adquirida, nove concluíram o ensino fundamental, uma o ensino médio e uma frequenta a APAE, seis delas são casadas e destas sete tem filhos, quatro recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma o bolsa família, duas a aposentadoria por idade, uma auxílio doença e duas não tem renda, se mantendo com doações da comunidade. As situações que conferem vulnerabilidade as mulheres são: na infância assumiram a responsabilidade sobre os cuidados da casa e de familiares; sem acesso a escola e ao mercado de trabalho formal; ausência de renda; apresentam mobilidade física prejudicada; sem acesso a assistência social e benefícios e transporte público. As situações que conferem proteção são: relações de respeito com amigos e professores na escola, especialmente na APAE; aceitação da deficiência e desenvolvimento da autonomia; esperança na reabilitação; atenção recebida no serviço de saúde; obtenção do benefício e o uso para sua sobrevivência e vínculo com os profissionais dos serviços de saúde. Com relação à violência, algumas mulheres presenciaram na família desde a infância, esta praticada por irmãos mais velhos e pai e outras sofreram violência doméstica por parceiros. Houve procura por ajuda aos vizinhos, registro de ocorrência e separação, procura por psicólogo e não procura por ajuda. Com base nos resultados observou-se que as vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres são individuais, sociais e programáticas e permeadas por situações de violência desde a infância a vida adulta. Tais situações impossibilitam o desenvolvimento social pleno. Diante disso, é essencial que as políticas de atenção à saúde e de assistência social sejam fortalecidas com ações intersetoriais em rede que acolham e promovam o desenvolvimento de habilidades e competências dessas mulheres de maneira que estas sejam incluídas na vida em sociedade e tenham acesso aos seus direitos.

Descritores: Violência contra mulher; Vulnerabilidade em saúde; Identidade de gênero; Pessoas com deficiência; População rural; Enfermagem.

SUMMARY
COMPLETION OF COURSE WORK
NURSING COURSE
FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA MARIA

DISABLED WOMEN LIVING IN RURAL CONTEXT: VULNERABILITIES AND VIOLENCE

Author: Maira Missio

Advisor: Ethel Bastos da Silva

Date and place of defense: 11/12/2019; Palmeira das Missões

Disabled women living in rural contexts are doubly vulnerable because they are women and have a disability. They sometimes become invisible in society and where they move. Vulnerabilities are constituted in three dimensions: individual, social and programmatic and when present in women's lives enhances experiences of violence. The objectives of this study were to know and understand the situations of social vulnerability and violence experienced by disabled women living in rural contexts, to characterize disabled women living in rural contexts and to analyze the situations of social vulnerability and violence experienced. This study is characterized as qualitative, developed with ten disabled women residing in the municipalities of Lajeado do Bugre, Gramado dos Loureiros, Esperança do Sul, Pinheirinho do Vale and Liberato Salzano from January to June 2019. Data were collected through A semi-structured interview and empirical material were recorded, transcribed and analyzed using Bardin's thematic modality, from which two categories emerged: Vulnerabilities of women with disabilities living in rural contexts and Women with disabilities in situations of violence. The study participants were between 38 and 84 years old, with an average of 52, all self-declared white, six of them had congenital disability and four acquired, nine completed elementary school, one high school and one goes to APAE, six of them are Married and of these seven have children, four receive the Continued Benefit Benefit (BPC), one the family allowance, two the retirement by age, a sickness allowance and two have no income, keeping with donations from the community. The situations that confer vulnerability to women are: in childhood they assumed responsibility for the care of home and family; no access to school and formal labor market; absence of income; have impaired physical mobility; without access to social assistance and benefits and public transportation. Protective situations include: respectful relationships with friends and teachers at school, especially at APAE; acceptance of disability and development of autonomy; hope for rehabilitation; attention received in the health service; obtaining the benefit and use for its survival and bonding with health service professionals. With regard to violence, some women have witnessed in the family since childhood, which is practiced by older brothers and father and others suffered domestic violence by partners. There was a search for help from neighbors, a record of occurrence and separation, a search for a psychologist and no search for help. Based on the results it was observed that the vulnerabilities experienced by these women are individual, social and programmatic and permeated by situations of violence from childhood to adulthood. Such situations make full social development impossible. In view of this, it is essential that health care and social assistance policies be strengthened with intersectoral networking actions that welcome and promote the development of these women's skills and competences so that they are included in society's life and have access to their rights. rights.

Keywords: Violence against women ; Vulnerability Health ; Genre identity; Handicapped person; Disabled woman; Rural population; Nursing

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Pessoas com deficiência vivendo em contexto rural: considerações sobre prevalência, conceitos e políticas públicas.....	11
2.2 Mulher deficiente vivendo em contexto rural e vulnerabilidades.....	15
2.3 Mulher deficiente vivendo em contexto rural: gênero e violência de gênero.....	17
3. CAMINHO METODOLOGICO	21
3.1 Tipo de estudo.....	21
3.2 Local do estudo.....	21
3.3 Participantes do estudo.....	21
3.4 Geração de dados	23
3.5 Análise de dados.....	23
3.6 Considerações Éticas.....	24
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
4.1 Vulnerabilidades de mulheres deficientes vivendo em contexto rural.....	26
4.1.1 Aspectos que conferem vulnerabilidade.....	26
4.1.2 Aspectos que protegem as mulheres.....	40
4.2 Mulheres e Situações de violência.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6. REFERÊNCIAS	59
7. APÊNDICES E ANEXOS	68
7.1 Apêndice A: Roteiro de entrevista.....	68
7.2 Apêndice B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	70
7.3 Anexo A: Parecer do Comitê de ética.....	72

1. INTRODUÇÃO

O estudo aqui exposto foi elaborado para realizar o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria, *Campus* Palmeira das Missões, o mesmo é requisito parcial para alcance do título de bacharel em Enfermagem.

O interesse pelo tema, vulnerabilidades e violência vivida pelas mulheres deficientes do meio rural, surgiu a partir de discussões acadêmicas no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) em que participo. Neste, esta temática tem sido objeto de pesquisa explorado em projetos os quais apontaram a necessidade de incluir as mulheres deficientes residentes no meio rural como população que requer maior atenção quanto a problemas relacionados a vulnerabilidades e violência.

A proposta de estudo constitui-se parte do projeto matricial de pesquisa intitulado: “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”, financiado pela FAPERGS, chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n. 03/2017- Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – 2017, o qual centra suas investigações nos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) de pessoas com deficiência residentes em cenário rural. Este está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Estudo e pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Maria (NEPESC/UFSM), em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Rio Grande (FURG) e Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS).

Ao trazer para a pauta a questão de Mulheres deficientes que vivem no meio rural, estudo revela que essas constituem um grupo de dupla vulnerabilidade, que se constitui pelo fato de serem mulheres e por apresentarem alguma deficiência. As vulnerabilidades se apresentam em dimensões individuais, sociais e programáticas e quando estas não estão protegendo o acesso das mulheres aos direitos configura-se uma forma de violência. (NICOLAU, et al., 2013)

Para Ayres (2009), a vulnerabilidade é definida a partir da “busca pela compreensão de como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde”. Esta exposição pode ocorrer através de três dimensões analíticas: individual, que está relacionada aos aspectos biológicos, comportamentais e afetivos, diretamente ligada ao agravo; social, se interliga as características próprias do contexto que o indivíduo está inserido e as relações que este estabelece; e programáticas, correlacionada às políticas, programas, serviços, ações e à forma que estes interferem na situação vivida pelo ser.

Com relação às pessoas com deficiências em áreas rurais, estudo, feito na metade sul do Rio Grande do Sul, revelou frequência superior de deficiência entre homens e mulheres no meio rural

quando comprada ao meio urbano (TONINI, 2016). Quanto à variável gênero, contata-se percentual superior de mulheres com algum tipo de deficiência em relação aos homens (TONINI, 2017).

Nessa direção, estudo realizado por Nicolau e colaboradores, em 2013, com mulheres em contextos rurais revela que as violências mais comumente sofridas são superproteção ou rejeição familiar, inacessibilidade a serviços de saúde e reabilitação, privação de recursos materiais, o que impede ou dificulta a aquisição de equipamentos que garantam maior autonomia, falta de investimento em sua educação e habilitação/ reabilitação profissional, convivência em um meio familiar repleto de atitudes hostis que visam à desqualificação das mulheres com deficiência, e, preconceitos e empecilhos para viver a sexualidade e a maternidade (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Outro estudo, realizado em três unidades básicas diferentes da região oeste de São Paulo, com 15 mulheres que apresentavam algum tipo de deficiência congênita ou adquirida e estavam na faixa etária reprodutiva ou próximo a ela, mostra que em ambas as situações tiveram que realizar esforço significativo de adaptação e grande parte delas nunca entrou no mercado formal de trabalho, em especial as que apresentavam deficiência congênita. Em seus depoimentos relatam também não se reconhecerem como cidadãs e enfrentarem grande dificuldade para ter uma vida sexual ativa e o direito a maternidade (GESSER, NUERNBERG, TONELI, 2013).

As violências vivenciadas por mulheres deficientes relacionam-se a questões de gênero que, segundo Scott (1989, p. 21), é definido como: “um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e é a primeira forma de significar as relações de poder.” Nas relações incluem-se as familiares, as de trabalho, as de educação e políticas (SCOTT, 1989, p. 21).

O gênero e a violência de gênero, enquanto categorias de análise auxiliam na compreensão da violência vivida por mulheres, pois é na desigualdade de direitos e poderes estabelecidos nas relações em determinados contextos culturais que as diferenças são reforçadas e há a potencialização do poder no gênero masculino, dando sentido a um sistema de ordem patriarcal (BANDEIRA, 2014). Desta forma, a cultura de gênero sedimentada no meio rural impõe à mulher um papel limitado ao espaço doméstico e sob o domínio do homem. (COSTA, et al., 2015)

A violência atinge a saúde num âmbito individual e coletivo, podendo provocar desde lesões até traumas mentais e morte, ela restringe a qualidade de vida e traz para o atendimento um novo problema que necessita uma atenção diferenciada e, por vezes, peculiar. É tangível a necessidade de um cuidado multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, que irá movimentar todas as esferas sociais (MINAYO, et al., 2018).

No Brasil a violência entrou como pauta na área da saúde em 2001, após a promulgação da

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência pelo Ministério da Saúde (MS). A política trás a violência contra mulher como segundo tema, o qual já era presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) desde 1983 e inclui mais tardiamente a violência contra a pessoa deficiente (MINAYO, 2018).

Dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, mostraram que a mulher tem o maior número de atendimentos quando relacionado às violências, chegando a violência sexual ser seis vezes maior contra mulher que ao homem, ou então a violência psicológica que é cinco vezes mais alta no sexo feminino, e a tortura e o abuso financeiro/econômico que são quatro vezes maior para com a mulher, quando comparado ao homem (MINAYO et al., 2018).

Diante de números tão alarmantes fica evidente a importância de se pensar ações que busquem a proteção e reabilitação dessas mulheres. No entanto, segundo Minayo (2018), o uso do sistema ainda está distante do satisfatório, e em alguns momentos a equipe de saúde não apresenta qualificação para trabalhar com as pessoas em situação de violência. E quando se refere a mulheres deficientes em situação de vulnerabilidade à violência em contexto rural esta problemática é mais grave, uma vez que a identificação e o registro são quase inexistentes. Assim é necessário problematizar e discutir sobre essa questão que é de difícil identificação e intervenção (HONNEF et al, 2017), para que de fato encontremos formas eficazes de atender este público que em alguns momentos ainda se encontra desconhecido, incompreendido e, muitas vezes desassistido.

Conhecer a realidade destas mulheres do meio rural da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul permitirá uma análise da situação de vulnerabilidade e violência, podendo assim, haver a elaboração de propostas de intervenção de enfermagem e intersetorial que contribuam para compor políticas públicas locais e regionais que as atinjam e garantam seus direitos na perspectiva de desenvolvimento pleno e social.

Dessa forma questiona-se: Quais são as situações de vulnerabilidades e violências vivenciadas por mulheres deficientes em contexto rural? E para responder ao estudo tem-se como objetivo geral conhecer e compreender as situações de vulnerabilidade social e de violência experienciadas por mulheres deficientes que vivem em contexto rural, e como objetivos específicos: caracterizar as mulheres deficientes que vivem em contextos rurais e analisar as situações de vulnerabilidades sociais e violências vividas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão apresentados fundamentos essenciais para o entendimento da questão abordada no estudo, através dos seguintes eixos: Pessoas com deficiência vivendo em contexto rural: considerações sobre prevalência, conceitos e políticas públicas; Mulher deficiente vivendo em contexto rural: considerações sobre vulnerabilidades; Mulher deficiente vivendo em contexto rural: considerações sobre condições de vida permeada por questões de gênero e violência de gênero

2.1 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA VIVENDO EM CONTEXTO RURAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE PREVALÊNCIA, CONCEITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, segundo o censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população que tinha algum tipo de deficiência era de 45.606.048 pessoas, ressalta-se que as deficiências investigadas foram visual, auditiva, motora e mental/intelectual (IBGE, 2010).

No Rio Grande do Sul, os dados levantados no mesmo ano foram de 2.548.418 pessoas com alguma deficiência. Deste número, 1.106.232 eram pessoas do sexo masculino e 1.442.186 eram do sexo feminino (IBGE, 2010).

No contexto rural residia um total de 430.785 pessoas com deficiência, sendo que 211.834 eram homens e 218.951 eram mulheres e quanto à faixa etária em ambos os sexos a idade variou de 0 a 65 anos ou mais (IBGE, 2010).

A pessoa com deficiência (PcD) é aquela que apresenta um impedimento de longa duração, podendo ser físico, mental, intelectual ou sensorial, considera-se também que esta barreira obstrua a participação desta pessoa na sociedade de forma que ela não possa agir igualmente como os demais cidadãos (BRASIL, 2015).

Na perspectiva biomédica a deficiência caracteriza-se como um corpo diferente daquele acreditado como “normal” e, portanto confere a pessoa uma condição patológica. Essas diferenças, muitas vezes, causam limitações e estigmas sociais. Ainda assim, é possível retirar e/ou ampliar essa visão de patologia, pois a condição em si não impede que alguns deficientes desenvolvam suas atividades vitais, especialmente quando seus contextos são adaptados para atender suas demandas (GAUDENZI; ORATGEA, 2016).

A cultura da normalidade caracteriza o que não é típico, como a deficiência e discrimina socialmente os indivíduos que não são iguais (GAUDENZI; ORATGEA, 2016). Essa noção pode estar atrelada a visão biomédica presente em alguns contextos.

É importante dizer que durante muito tempo as pessoas com deficiência foram vistas como

incapacitadas, sofrendo assim com a exclusão e o afastamento da sociedade. No entanto a partir do amparo de leis e do protagonismo que elas vêm tomando para si, esta conjuntura está se transformando. A percepção de que a deficiência está relacionada com vários aspectos e não só a doença, traz a tona o modelo social de deficiência, adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e a partir desta visão é que se percebe o contexto social que o indivíduo está inserido e o que precisa ser modificado para oportunizar uma vida digna (TONINI, 2017).

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) contribui para a visão do modelo social, pois permite analisar a deficiência a partir do contexto em que a pessoa vive, sendo a funcionalidade e a capacidade resultados da interação entre as condições de saúde e do ambiente (CIF, 2003). A CIF ao ser aplicada pode identificar a deficiência e relacioná-la aos direitos e concessão de benefícios, ampliar a compreensão da visão da deficiência do modelo biomédico para o modelo de desigualdade social e remeter a ideia da deficiência não como uma característica individual, mas como uma questão social. Nesse aspecto é preciso que a sociedade consiga compreender as diferenças humanas existentes e as barreiras ambientais que as pessoas com deficiência enfrentam para estar em sociedade (SANTOS, 2016).

Ao relacionarmos deficiência e direitos, temos no Brasil uma lei que ampara as PCD e é relativamente nova, sancionada em 6 de Julho de 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBIPcD) tem por objetivo propiciar a inclusão social e cidadania, fazendo com que a PcD exerça seus direitos, tenha liberdade e igualdade. Este direito está assegurado no artigo 4º e diz que: “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (BRASIL, 2015, p. 3).

Além disso, esta lei recomenda que o estado, a sociedade e a família confirmem a PcD condições de vida e saúde de forma integral e isto é assegurado no 8ª artigo quando é referenciado que:

É dever do estado, da sociedade e da família a garantia do cumprimento dos direitos da PcD, os quais se referem à vida, saúde, sexualidade, paternidade e maternidade, alimentação, habitação, educação, profissionalização, trabalho, previdência social, habilitação e reabilitação, transporte, acessibilidade, cultura e lazer, informação, comunicação, avanços científicos e tecnológicos, dignidade, respeito, liberdade e à convivência familiar e comunitária e afirma-se ainda que se deva garantir tudo que for necessário para o bem-estar social, pessoal e econômico (BRASIL, 2015, p. 3).

Ainda na lei há a recomendação de que seja criado o Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (CNIPD), mais conhecido como cadastro-inclusão, este, é um sistema

público eletrônico que tem por designo coletar, processar, sistematizar e disseminar informações georreferenciais as quais permitem a identificação e descrição da pessoa, e ainda explicitam as barreiras impeditivas no alcance de seus direitos, este sistema é regido pelo poder executivo federal e se alimenta a partir de bases de dados, instrumentos, procedimentos e outros sistemas eletrônicos que migram suas informações (BRASIL, 2015). Esse cadastro quando preenchido corretamente pode auxiliar a identificação das PcD e orientar sobre as necessidades destas em relação aos seus direitos ainda não atendidos.

Um dos direitos já mencionados é o de habilitação e reabilitação, este direito prevê que o PcD seja estimulado e possa desenvolver atividades que fomentem suas potencialidades e desenvolva novas dentro de suas condições físicas e psico-cognitivas (BRASIL, 2015).

Sobre o auxílio financeiro desde 1993, a lei 8.742 de 7 de Dezembro, discorre sobre a assistência social, os direitos do cidadão e os deveres do estado e afirma que é necessário ações integradas e de iniciativa pública e da sociedade para assegurar uma vida digna para os deficientes, mais especificamente, no art.2º, menciona-se o pagamento de um salário mínimo a pessoa com deficiência que não tem condições de prover seu próprio sustento ou que sua família não tenha esta condição, este benefício é conhecido por Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 1993).

Para garantir o BPC é necessário calcular os salários das pessoas que residem com o PcD e dividir entre todos os moradores, o valor não pode passar de $\frac{1}{4}$ por pessoa, então considerando que o salário atual é de R\$998,00, cada membro da casa deve receber no máximo R\$ 249,50 por mês para seu sustento (BRASIL, 2015).

Além de não ultrapassar $\frac{1}{4}$ por pessoa do salário mínimo, outro critério para garantir o BPC é a comprovação da deficiência, para solicitar este benefício à PcD ou a pessoa responsável vai até o INSS munido dos documentos de identificação de todos da casa, do laudo médico comprovando a deficiência, comprovante de residência e de renda de todos os contribuintes da casa e faz a solicitação, caso aceito, em 45 dias o PcD estará recebendo seu benefício, o qual não pode ser suspenso, a não ser que seja encontrada alguma irregularidade com as informações disponíveis; é interessante ressaltar que em caso de morte do beneficiário, este montante não é repassado para outro morador da casa e este ainda, não confere o direito ao 13º salário (BRASIL, 2015). As PcD's atualmente possuem direitos legais relacionados a benefícios financeiros que quando obtidos podem contribuir para os cuidados com a saúde e a qualidade de vida.

Segundo estudo realizado por Santos (2011), a concessão do BPC traz para a PcD, segurança na renda familiar, possibilitando acesso a alimentos básicos, cuidados com a saúde e gastos com a moradia, possibilita também a autonomia e independência do indivíduo, seja esta

social e/ou financeira e ainda aumenta a proteção diante vulnerabilidades sociais que advém da pobreza ou impossibilidade de trabalhar. Pessoas deficientes que vivem no contexto rural estão incluídas nestes benefícios proporcionados pela Lei 8.742.

No que se refere à saúde, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) sancionada pela portaria 2.866 de 2 de Dezembro de 2011 referencia que as pessoas que residem nestes espaços devem ter garantido o acesso aos serviços de saúde, sendo despendidos com eficácia, humanização e quando pertinente realizado os encaminhamentos para a média e alta complexidade; Objetivam ainda auxiliar na atenuação das vulnerabilidades existentes no âmbito da saúde, a partir da realização de ações voltadas para públicos específicos dentre os quais estão as pessoas com deficiência, considerando a saúde sexual e reprodutiva e a violência sexual e doméstica (BRASIL, 2011).

No que confere os direitos a educação, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, promulgado em 17 de Novembro de 2011 pelo decreto nº 7.612 trás que a PcD deve ter garantia de um sistema de educação inclusivo, com equipamentos acessíveis e transporte adequado, possibilitando serviços de habilitação e reabilitação e que deve haver promoção de acesso ao desenvolvimento de inovações em tecnologias assistivas, visando uma futura inserção no mercado formal de trabalho (BRASIL, 2011).

Mesmo após grandes conquistas, sejam elas no contexto saúde e educação ou nas melhorias de condições sociais e depois da elaboração de leis que incluem o PcD na sociedade como cidadão de direitos, o Brasil ainda precisa avançar, reconhecer a população que integra este contexto e expandir cada vez mais as políticas que os tornam visíveis lhes conferindo uma vida digna (COIMBRA, 2018).

O contexto rural abordado neste trabalho se caracteriza pela agricultura familiar, a qual corresponde a cerca de 90% da produção do país, esta é caracterizada por ser organizada, gerenciada e exercida pela própria família, não dependendo de mão de obra de terceiros (BRASIL, 2016).

As famílias que residem neste contexto são formadas em sua grande maioria pelo homem (pai), a mulher (mãe) e os filhos (as). Assim como as famílias urbanas, as rurais também têm direitos e deveres, no entanto não os acessam da mesma maneira, o rural trás para o seu cotidiano a dificuldade no acesso aos meios de transporte, serviços de saúde, educação, lazer, entre outras condições que são indispensáveis para uma vida digna (TONINI, 2017).

A subsistência destas famílias é baseada na agricultura e pecuária, serviço este que é desenvolvido pelo homem e os filhos, deixando para as mulheres e filhas o dever com o cuidado da casa, filhos menores, e afazeres que não solicitem muita força física, é interessante ressaltar que a

mulher por vezes desenvolve atividade remunerada em outro contexto, no entanto as tarefas domésticas não são compartilhadas e elas desenvolvem dupla ou até mesmo tripla jornada (STADUTO, SOUZA, NASCIMENTO, 2015).

Com isso, é fundamental trazer a tona discussões relacionadas a mulheres deficientes que vivem em famílias rurais considerando sua vida desde o nascimento, aspectos relacionados à educação, trabalho, saúde e oportunidades de se desenvolver socialmente e vulnerabilidades e violências. Este tema será tratado na sequência.

2.2 MULHER DEFICIENTE VIVENDO EM CONTEXTO RURAL E VULNERABILIDADES.

A mulher deficiente apresenta vulnerabilidade pelo fato de ser mulher e deficiente, pela discriminação do corpo e pela condição de gênero. Em muitos casos esta mais vulnerável a exclusão ou ainda os abusos sofridos, que na maioria das vezes oriunda das diferenças que esta mulher trás em seu aspecto físico ou psicológico (ALMEIDA, 2011).

A vulnerabilidade pode ser identificada a partir de fatores éticos, políticos e técnicos, considerando-se o território onde vivem as pessoas e a capacidade que estas têm em enfrentá-los, quanto maior a vulnerabilidade e menor a capacidade de enfrentamento, mais vulnerável este indivíduo se torna (CARMO, 2018).

A mulher deficiente apresenta vulnerabilidade social, pois ela é exposta a situações que limitam sua capacidade de protagonismo na sociedade e seus direitos são oprimidos a partir da suposição de sua incapacidade (OVIEDO, CZERESNIA, 2015).

Segundo a Política Nacional de Assistência Social (2009), a vulnerabilidade social se caracteriza quando o indivíduo vive em um meio de pobreza, sendo privado de renda, ou a tendo de forma insuficiente para subsistência, origina-se também quando ele é impedido de acessar os serviços públicos e em situações de vínculo afetivo frágil, como as discriminações de gênero, por ter alguma deficiência, por questões étnicas e culturais dentre outras que acarretem sofrimento a pessoa.

Ao falar sobre vulnerabilidade temos também o conceito trazido por Ayres (2009), que está intimamente relacionado com o campo da saúde, para ele a vulnerabilidade é quando uma pessoa ou um grupo que vive em determinado contexto se expõe a certa condição que represente um agravo para saúde, ele defende também que a vulnerabilidade é muito ampla e não há possibilidades de se chegar a um conceito imutável, perfazendo assim uma descoberta continua do que torna aquelas pessoas vulneráveis.

Endossa-nos ainda que ela esta ancorada em três esferas, a individual que se remete as

formas de contato e propensão a patologia ou outro dano em foco; a social que busca analisar como o contexto e as relações existentes podem afetar a vida daquela pessoa; e a programática que observa a maneira que as políticas, programas, serviços e ações já existentes influenciam na situação (AYRES, 2009).

Apresenta-se uma síntese dos elementos que se sugere nas análises das vulnerabilidades na três dimensões proposta por Ayres para a proposição de ações de promoção e prevenção a saúde (Ayres et al 2009).

Quadro 1: Aspectos a serem considerados nas três dimensões das análises de vulnerabilidade.

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA (ÊNFASE NO SETOR SAÚDE)
Valores Interesses Crenças Credos Desejos Conhecimento Atitudes Comportamento Relações familiares Relações de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Situação material Situação psico-emocional Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Referências culturais Relações de gênero Relações de raça/etnia Relações entre gerações Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Suporte social Acesso a educação Acesso a justiça Acesso a cultura, lazer, esporte Acesso a mídia Liberdade de pensamento e expressão Participação política Cidadania	Compromisso político dos governos Definição de políticas específicas Planejamento e avaliação das políticas Participação social no planejamento e avaliação Recursos humanos e materiais para as políticas Governabilidade Controle social Sustentabilidade política institucional e material da política Articulação multissetorial das ações Atividades intersetoriais Organização do setor saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Integralidade da atenção Equidade das ações Equidade multidisciplinares Enfoque interdisciplinares Integração entre prevenção, promoção e assistência Preparo tecnicientífico dos profissionais e equipe Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção dos direitos humanos Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços.

Fonte: AYRES et al, 2009.

É relevante dizer que muitas vezes a palavra risco é usada como sinônimo de

vulnerabilidade, porém são perspectivas que andam paralelamente, quando é identificado o risco em algum grupo ou indivíduo é possível desenvolver ações que irão priorizar uma vida melhor, no entanto se não for identificado o risco, ele se torna mais vulnerável, podendo, por exemplo, desenvolver uma segunda patologia em função de outra já existente (TONINI, 2017).

A vulnerabilidade é multifatorial, ela está entrelaçada a vários aspectos, sejam eles sociais, quando a mulher é freada no acesso aos seus direitos e na sua participação em sociedade, ou ainda vulnerabilidade de lugar, quando ela vive em uma situação de vida precária, sem saneamento básico e atenção mínima de vida. Sendo assim é possível dizer que a vulnerabilidade é identificada a partir do momento que você sabe quem é aquela pessoa, onde ela vive e há que tipo de situações ela está exposta (TONINI, 2017).

2.3 MULHER DEFICIENTE VIVENDO EM CONTEXTO RURAL: GÊNERO E VIOLÊNCIA DE GÊNERO.

No contexto rural, as mulheres vivem com suas famílias e desenvolvem atividades ditas como pesadas e leves, havendo assim uma divisão que limita a atuação da mulher nas atividades leves, que seria o cuidado da casa, da horta e dos filhos, já as atividades com os animais e a agricultura são responsabilidades do homem, bem como cuidar da situação econômica/financeira da família e proteger os negócios (PIZZINATO, 2016; STADUTO, SOUZA, NASCIMENTO, 2015).

Assim como na maioria dos espaços, o rural traz em sua realidade a separação das atividades masculinas e femininas, impondo que o homem seja responsável pela produção, e tomando para si o poder de escolha e decisão, e a mulher a responsabilidade das atividades de reprodução (STADUTO, SOUZA, NASCIMENTO, 2015).

Estas diferenças de papéis, masculinos e femininos, construídos na sociedade estão relacionadas à construção social da identidade de gênero, cabe aqui explicar que gênero é a construção social de cada ser humano e esta ligada a fatores que diferenciam os sexos, evidencia-se ainda, que gênero é a primeira forma de remeter as relações de poder e entende-se que é um meio de decifrar o sentido e de assimilar as relações complexas entre as inúmeras faces do convívio humano (SCOTT, 1989).

O gênero enquanto categoria de análise pode contribuir para a melhor compreensão da organização de famílias que vivem em contextos rurais. Neste sentido, Saffioti (2011) nos explica que gênero não é um conceito fechado que se refere somente à mulher, mas sim algo que vai muito além, que retrata as construções sociais femininas e masculinas e não necessariamente deve representar desigualdade. No entanto, em muitas sociedades a diferenciação dos papéis masculinos

e femininos acontece desde a infância, por exemplo, com a separação e definição das brincadeiras que são de meninos e as que são de meninas, a definição profissional, a divisão das tarefas e outras especificidades criadas que normatizam a vida adulta (CARVALHO, 2016).

Neste sentido, ao analisar a organização familiar rural Mesquita (2012) identificou que a mulher coopera com os afazeres agrícolas muito além do que se pensa, porém, em função de ideias que flutuam na sociedade desde muito tempo, ela acaba tendo sua participação na produção da atividade invisibilizada.

Neste contexto a mulher é vista como submissa e seu trabalho acaba por não ser reconhecido. Pedroso e Tirelli (2017) afirmam que com todas as conquistas oriundas de movimentos e protagonismo da mulher, ainda é evidente a desigualdade, e para Bourdie (2012) este fato ocorre em função do patriarcado, onde o homem mantém a posição de superioridade nas relações e a mulher a posição inferior, havendo assim uma hierarquia nas relações e dando origem à violência simbólica, a qual é representada pela condição da mulher ser um objeto que transita de baixo para cima, mas nunca ultrapassa o homem.

Com relação à violência, quando esta é perpetrada contra as mulheres pelo homem, a partir de conflitos de gênero decorrente da necessidade de reconquistar o poder ou de não perdê-lo quando ameaçado, estamos diante da violência de gênero. Esta ocorre quando há o questionamento das funções sociais atribuídas ao gênero, para Minayo (2010) a violência de gênero se caracteriza como uma forma de repressão e perversidade dentre as relações homem-mulher, geralmente é sofrida pelas mulheres e independente da classe social, raça, etnia ou faixa etária se torna uma questão de saúde pública, violando os direitos humanos.

Minayo (2010) descreve os seguintes tipos de violência: A Violência intrafamiliar é a que ocorre no seio familiar, por vezes dita como violência doméstica, se caracteriza por colocar mulheres, crianças, idosos e deficientes em situação de submissão, devendo aceitar as ordens dadas pelo homem, patriarca da família; A Violência interpessoal é aquela decorrente da incapacidade de resolver conflitos através do diálogo. Quando o homem usa da força ou de objetos para lesar a mulher; A Violência sexual ocorre quando o homem força a mulher a manter relações sexuais, ou de alguma outra forma lhe dar prazer; A Violência psicológica é representada por humilhações, xingamentos, dano à autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da mulher; A Violência econômica/financeira ocorre quando o homem retira o dinheiro da mulher, deixando-a dependente dele e a Violência institucional ocorre em instituições de trabalho, sociais, de saúde, enfim serviços que a mulher usufrua e que haja abuso de autoridade ou desigualdades de direitos, ela se dá por meio das regras, relações e funcionamento imposto pelo estabelecimento.

A Organização das Nações Unidas (ONU) na assembleia geral que ocorreu em 20 de

dezembro de 1993 caracterizou violência de gênero como sendo “todos os atos de violência física, sexual e psicológica que causam danos ou sofrimento há mulher”, esta assembleia tinha por objetivo estabelecer metas para erradicar a violência contra a mulher.

Considerando o propósito desta assembléia é notório que as mulheres vêm ganhando visibilidade no Brasil e no mundo, e a partir de suas lutas e conquistas tornam-se empoderadas e são ouvidas, no entanto todo este progresso ainda está longe de se tornar o ideal (ALMEIDA, 2011).

Para Oliveira e Fonseca (2014) a violência de gênero se manifesta de diversas formas e nunca está sozinha, normalmente tem a família como ponto gerador da violência; algumas mulheres trazem de casa a ideia de submissão, acreditam ser comum ganhar um salário menor que o do companheiro, preferem desenvolver dupla jornada, trabalhando fora e em casa, do que compartilhar os afazeres e em hipótese alguma podem se negar aos atos sexuais, pois elas devem desempenhar seu papel de esposa, mãe e dona de casa sem reclamar.

Quando mencionamos que a divisão de tarefas nas famílias rurais são desiguais, a violência se instala, pois em algumas situações, a mulher não tem opção de escolha, e simplesmente deve aceitar as atividades que lhes são atribuídas (SCOTT, RODRIGUES, SARAIVA, 2010).

Há ainda outros fatores que exacerbam a violência contra a mulher rural e entre eles estão à dificuldade de comunicação, o isolamento e o transporte de difícil acesso (SCOTT, RODRIGUES SARAIVA, 2010). “Na roça ninguém ouve o grito de socorro da mulher, a mulher não tem como buscar ajuda, não tem transporte, o povoado fica distante 40, 50 km. Não tem delegacia, não tem nada” (SCOTT, CORDEIRO, MENEZES, 2010, p. 71).

É pertinente dizer que as diferenças físicas e psicológicas que uma mulher com deficiência apresenta, são o estopim para a opressão que sofrem, a exclusão que a sociedade impõe e a falta de interesse do estado, prejudicam o alcance dos direitos, ceifando assim as chances de uma vida digna e normal (ALMEIDA, 2011).

Para que a mulher deficiente que sofre algum tipo de violência possa se sentir segura é necessário um cuidado amplo, que envolve diversos serviços e profissionais, desta forma será dispensado o cuidado físico e psicológico que ela precisa para voltar a viver e ter coragem de ser quem ela é, sem vergonha ou discriminações (HASSE, 2016).

As pessoas com deficiência têm respaldo garantido em lei, à mulher com deficiência tem os mesmos direitos e pode reclamá-los quando se sentir lesada ou necessitando de algo, porém em muitos casos por dificuldade no acesso ou outros empecilhos ela acaba por ficar sem proteção, isso se caracteriza como uma violência contra seus direitos e demonstra que este cenário necessita de mudanças e maior atenção (SCOTT, RODRIGUES, SARAIVA, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência explana que a porta de entrada no SUS para este público seja a atenção básica, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo assim, sempre que houver necessidade de algum cuidado relacionado à sua deficiência ou ainda, que esteja ligada a alguma patologia, deve ser primeiramente recebida na ESF e posteriormente dado os devidos encaminhamentos (BRASIL, 2008).

Além dos serviços de saúde, mulheres deficientes que sofrem violência de gênero pelo companheiro têm direito a acessar a delegacia e registrar a ocorrência, conforme a Lei Maria da Penha, (BRASIL, 2006). Nesse aspecto a Lei Maria da Penha sofreu em junho deste ano uma alteração importante, passou a ser obrigatório expor no Boletim de Ocorrência (BO) de mulheres vítimas de violência doméstica ou familiar, se esta tinha alguma deficiência ou se a violência sofrida originou algum tipo de incapacidade permanente, este acréscimo ocorreu no artigo 12º, originando o inciso IV do parágrafo um (BRASIL, 2019). Isto foi um acréscimo no sentido legal, e confirma que as mulheres com deficiência são mais vulneráveis, independentemente se a deficiência foi gerada por uma violência ou por outras causas.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta sessão será possível visualizar a trajetória que foi percorrida para dar resposta ao objetivo já delineado no decorrer do presente trabalho.

3.1 Tipo de Estudo

A fim de encontrar as respostas para o objeto do estudo e alcançar os objetivos traçados, este percorrerá o caminho da abordagem qualitativa, sendo descritivo-exploratório. Para Minayo (2013) o método qualitativo é usado para análise das expressões humanas que se fazem presentes nas inter-relações, nos sujeitos e nas representações, e contribui para que os indivíduos possam construir seus pensamentos e formas de viver.

No que diz respeito à pesquisa descritiva, Gil (2009) discorre em suas produções que o objetivo desta é descrever as características de determinada população, ou ainda, um acontecimento, estabelecendo assim variáveis e conexões. Já na pesquisa exploratória, o foco está em se familiarizar com o problema, tornando-o mais explícito e visando a construção de hipóteses, neste tipo de pesquisa o foco está em aprimorar as ideias e descobertas, portanto o planejamento se torna flexível e possibilita diversas conclusões sobre o fato estudado.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em cinco municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 15ª e 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, estes estão envolvidos no projeto matricial “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”

Os municípios escolhidos foram Lajeado do Bugre, Gramado dos Loureiros, Liberato Salzano, Esperança do Sul e Pinheirinho do Vale, durante a aplicação do questionário do projeto macro foi identificado nestes municípios mulheres que viviam em situações de vulnerabilidade e violência, considerando que este era um dos critérios usado para escolher as participantes, entre os oito municípios apenas os cinco em questão contemplavam o objetivo, os municípios deviam ainda apresentar 70% ou mais da população residindo em contexto rural, e ter suas economias fundamentadas no meio rural por meio da agricultura familiar, caracterizando-se por minifúndios e descendentes, em sua maioria, de imigrantes europeus, centrando suas produções especialmente em soja, leite, trigo, milho, suínos, cultivo de peixes e hortigranjeiros, não havendo proprietários de grandes extensões territoriais.

3.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram mulheres com deficiência residentes no meio rural dos cinco municípios vinculados ao projeto macro “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com

Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”

Como critérios de inclusão foram utilizados os seguintes: - Ser mulher em faixa etária de 18 a 60 anos ou mais; - Apresentar deficiência visual, auditiva, intelectual e física, congênitas ou adquiridas; - Ter sido identificado violência e/ou vulnerabilidade no cotidiano daquela mulher durante entrevista do projeto macro; Para critério de exclusão foi levado em conta o grau de comprometimento intelectual, visto que quando moderado a grave torna-se inviável que a mulher responda ao questionário.

Durante as coletas de dados do projeto macro, o total de mulheres entrevistadas e prováveis participantes do estudo foram de 113 em todos os municípios.

Na cidade de Pinheirinho do Vale foram identificadas 26 mulheres, quatorze delas tinha deficiência intelectual, destas uma foi identificado possibilidade de vulnerabilidade à violência e teria condições cognitivas para responder a entrevista, cinco tinham deficiência auditiva e três múltiplas deficiências. Nenhuma dessas foi entrevistada. Das quatro mulheres com deficiência física congênita/adquirida, duas responderam a entrevista e as outras duas por serem menores de idade não participaram.

Na cidade de Alpestre foram identificadas 26 mulheres, sendo uma com deficiência múltipla, dezoito com deficiência intelectual e sete com deficiência física congênita/adquirida, em nenhuma das entrevistas anteriores foi identificado fatores de violência que possibilitasse a participação delas nesta pesquisa em questão.

Na cidade de Derrubadas foram identificadas 9 mulheres, três com deficiências múltiplas, quatro com deficiência intelectual e duas com deficiência física congênita/adquirida, nenhuma se encaixou nos critérios de inclusão da pesquisa.

Na cidade de Liberato Salzano foram identificadas 19 mulheres, cinco com deficiências múltiplas, duas com deficiência auditiva, sete com deficiência intelectual e cinco com deficiência física congênita/adquirida, destas duas mulheres foram entrevistadas, uma que apresentava deficiência física congênita e outra deficiência múltipla, física adquirida + intelectual de baixo grau.

Quando realizado o questionário macro em Esperança de Sul foram identificadas 11 mulheres, duas com deficiência múltipla, cinco com deficiência intelectual e quatro com deficiência física congênita/adquirida, apenas duas com deficiência física congênita foram incluídas no estudo.

Na cidade de Gramado dos Loureiros foram identificadas 3 mulheres, uma com deficiência múltipla, uma com deficiência intelectual e uma com deficiência física congênita. Nesta uma mulher com deficiência física congênita foi entrevistada, as demais não atendiam os

critérios.

Na cidade de Lajeado do Bugre foram identificadas 14 mulheres, uma com deficiência múltipla, uma com deficiência auditiva, oito com deficiência intelectual e quatro com deficiência física congênita/ adquirida. Destas, participaram da pesquisa uma mulher com deficiência física adquirida e outra com deficiência intelectual de baixo grau.

Em São Pedro das Missões foram identificadas 5 mulheres, três com deficiência intelectual, uma com deficiência física congênita e uma com deficiência múltipla, nenhuma delas atendia aos critérios do estudo.

O total de mulheres entrevistadas foi de 10 pessoas, seis delas com deficiência congênita e quatro adquirida, um fator muito relevante para se chegar neste N foi à saturação de dados, esta se caracteriza por ser “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição” (FONTANELLA, 2008) este fato foi observado através das transcrições realizadas, explicitando não haver necessidade na continuidade das entrevistas.

3.4 Geração de dados

Quanto à geração de dados este ocorreu a partir da entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A), a qual trás perguntas abertas e fechadas que buscam aprofundar a situação de violência vivida pela mulher deficiente residente do meio rural.

Para Triviños (1987, p.146) a entrevista semi-estrutura parte de conhecimentos e hipóteses já existentes que irão aprofundar a pesquisa e com o andamento desta, a entrevistada começa a participar do conteúdo abordado, trazendo suas experiências e interrogativas.

Cada entrevista teve duração média de 30 minutos, e as mulheres foram selecionadas a partir do questionário quantitativo do projeto matricial, que já estava em andamento.

O contato com estas mulheres deu-se pelo agente comunitário de saúde (ACS) de cada município, o qual formalizou o encontro e a partir de então foi criada uma agenda para a entrevista, nenhuma das mulheres convidadas negou-se a participar da pesquisa, as quais responderam o questionário em suas casas e acompanhadas pelos ACS.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram transcritos em programa word e analisados pela técnica de conteúdo temática de Bardin, seguindo três fases, a primeira denominada de pré-análise, foi o momento em que se deu a pré-exploração do material com leituras flutuantes para a escolha do corpus de análise e recortes do texto; a segunda fase é a exploração do material, momento em que se dá a definição de

categorias (sistema de codificação) com a identificação de unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à frequência) e de contexto, nesta fase ocorreu a codificação a classificação e categorização e a terceira e última fase foi o momento em que se realizou o tratamentos dos resultados e interpretações (BARDIN, 2016).

Da análise temática emergiram duas categorias Mulheres deficientes de meio rural e múltiplas vulnerabilidades e Mulheres deficientes e situações de violência. Essas categorias serão analisadas a luz do referencial da vulnerabilidade, gênero e violência de gênero.

3.6 Considerações Éticas

Foi seguido rigorosamente o que consta na Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 (466/12) do Conselho Nacional da Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto matricial foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e aprovado pelo parecer nº.2208566 (ANEXO A).

Com o objetivo de atender os aspectos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a identidade e privacidade das mulheres foram respeitadas, assegurando e esclarecendo as mesmas que os dados obtidos iriam ser utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo seu anonimato preservado. As pessoas convidadas a participar da pesquisa foram esclarecidas em relação aos objetivos e finalidades da pesquisa, sendo enfatizado que este estudo trará maior conhecimento sobre o tema abordado, e ressaltando a elas que as informações fornecidas manteriam sua privacidade garantida pelas pesquisadoras responsáveis. As participantes da pesquisa não foram identificadas em nenhum momento, mesmo quando os resultados foram divulgados. Foi esclarecido ainda que a participação não envolveria qualquer tipo de remuneração, e as pesquisadoras se dispuseram a esclarecer dúvidas que eventualmente poderiam aparecer no transcorrer da pesquisa.

As mulheres que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – APÊNDICE B), juntamente com as pesquisadoras, em duas vias, ficando uma em poder das participantes e outra das pesquisadoras, o qual será armazenado pelo período de cinco anos na sala 05 do bloco B de Enfermagem da coordenadora da pesquisa na Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões- RS. Após esse período serão destruídos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo dez mulheres com idade entre 38 e 84 anos, a média de idade foi 52 anos. Quanto à etnia todas se autodeclararam brancas; quanto ao estado civil, seis eram casadas e as demais solteiras; sete delas têm filhos, no que se referem à escolaridade, nove delas não tinham ensino fundamental completo, enquanto uma concluiu o ensino médio, porém apenas 6 disseram saber ler e escrever e somente uma delas frequenta a APAE, enquanto as demais não tiveram a oportunidade de usufruir deste serviço.

Ao serem questionadas sobre religião, sete disseram ser católicas e três evangélicas; quando questionadas sobre a renda mensal da família, 4 disseram receber o BPC que representa R\$998,00, uma delas recebe bolsa família que equivale a R\$230,00, duas recebem aposentadoria por idade perfazendo o valor do salário mínimo (R\$998,00) e uma auxílio doença também no valor do salário mínimo (R\$998,00), enquanto 2 delas não recebem nada de ajuda financeira para se manter, além desses valores, dizem receber às vezes algum valor referente a venda da “criação”, ou então em relação a algum plantio, a renda total mensal da família é o salário que recebem dos auxílios e no caso das que não recebem nada, elas dependem da ajuda de vizinhos, amigos, e da população da cidade.

Sobre a residência, 8 mulheres, moram em casa construída em terra própria e referem que a família realiza trabalho na agricultura. Cinco mulheres moram com o marido e o (os) filhos, uma mora com o marido, filho, nora e três netos, outra mora com um casal de sobrinhos, uma diz morar com a filha e os pais, outra mora com a irmã e o cunhado e uma mora sozinha. Seis mulheres relataram que a família possui carro próprio, porém nenhum foi adquirido com o desconto pra PcD e as outras quatro mulheres referiram que a família não tem carro próprio, precisando se deslocar de ônibus ou pagar corrida para algum vizinho ou parente que tenha veículo.

No que se refere à deficiência seis delas já nasceram com deficiência e quatro adquiriram no percurso da vida; a M1 tem deficiência intelectual congênita de baixo grau; a M2 apresenta deficiência física adquirida, ela tem a perna direita mais curta, este fato ocorreu após um acidente de moto sofrido pela paciente há três anos, a mulher faz uso de muletas para locomoção, no entanto tem bastante dificuldade no deambular; a M3 tem deficiência física congênita, nasceu sem o antebraço direito, não utiliza prótese ou nenhum outro equipamento; a M4 tem deficiência múltipla, física adquirida + intelectual de baixo grau, apresenta o braço/antebraço e a perna do lado direito mais curtos e com dificuldade para mexer, em função de uma paralisia infantil que ocorreu por volta dos seis anos, não faz uso de nenhum equipamento pra auxiliá-la; a M5 tem deficiência física congênita, o pé esquerdo é torto e não tem força, o que faz com que a mulher tenha dificuldade para deambular, no entanto esta não faz uso de nenhum equipamento para auxílio.

A M6 apresenta deficiência física congênita, ela nasceu sem os antebraços e as pernas, utiliza cadeira de rodas para mobilidade; a M7 tem deficiência física congênita, os pés são muito sensíveis e sem força, ela apresenta dificuldade no deambular e como equipamento auxiliar usa calçado sempre fechado e de sola mais espessa para ajudar no contato com o solo e evitar a algia; a M8 apresenta deficiência intelectual de baixo grau e não faz uso de nenhuma tecnologia auxiliar; a M9 tem deficiência física adquirida, perdeu os dois braços há cerca de cinco anos enquanto realizava atividades agrícolas, com o maquinário, não faz uso de nenhuma prótese, por fim a M10, apresenta deficiência física adquirida, perdeu o movimento dos membros inferiores e tem limitações nos membros superiores, devido a um procedimento cirúrgico, faz uso de cadeira de rodas e cadeira de banho.

Quando questionadas sobre suas personalidades, cinco disseram ser calmas, três referem ser estressadas, uma se acha agressiva e outra diz ser uma mulher triste.

Sobre a saúde dessas mulheres, apenas três delas referem fazer uso de contraceptivo oral, uma diz ter feito laqueadura há 27 anos e as demais não utilizam nenhum outro método, quanto a cirurgias, sete referem ter feito cirurgias, dentre elas a cesariana e as outras três dizem nunca ter passado por algum procedimento cirúrgico, quanto ao uso de medicações, quatro referem fazer uso de antidepressivo, três usam algum tipo de analgésico e quatro usam anti hipertensivo.

4.1 Vulnerabilidades de mulheres deficientes vivendo em contexto rural

Para discutir a vulnerabilidade de mulheres deficientes vivendo no contexto rural, neste estudo, adotou-se o conceito de Ayres, o qual menciona que as vulnerabilidades dependem do contato e da suscetibilidade da pessoa para com alguma doença, de que forma a sociedade e as interações afetam o cotidiano deste e a partir de quais condições ofertadas por programas, políticas e ações a qualidade de vida pode ser mais qualificada (AYRES, 2009), fazendo assim a conexão com gênero como categoria de análise considerando as barreiras individuais, sociais e programáticas vivenciadas por esse grupo populacional. Assim será possível compreender e discutir o que confere vulnerabilidade e o que protege essas mulheres.

4.1.1 Aspectos que conferem vulnerabilidade

Responsabilidade na infância

Algumas mulheres do estudo revelaram que na infância assumiram responsabilidade de cuidar de familiares. Para uma delas a limitação impedia de brincar, já outra a limitação física não impedia de fazê-lo.

Sofri muito, porque eu cuidava o pai, ai tinha que trocar o pai só com uma mão. E nunca pude brincar com os

irmãos, não tinha coragem porque era doente (M4).

Eu cuidava dela (irmã) [...] Daí eu brincava com boneca, fazia comidinha(M6)

Sobre a infância das mulheres com deficiência, constata-se que independente do tipo de limitação física, elas recebem a função de cuidar de familiares. Isto pode estar relacionado à ausência de adultos no núcleo familiar para o desempenho do cuidado, ou então a organização alicerçada em modelos tradicionais em que a mulher é a responsável pelos cuidados domésticos, mesmo na infância.

As limitações oriundas da deficiência física causam dificuldades para a realização de atividades consideradas tradicionalmente femininas gerando dor e desconforto em muitos casos. A visão de que mulheres deficientes são incapazes de desenvolver trabalhos domésticos, como cuidar é ainda muito presente na sociedade (GESSER; NUERNBERG; TONELI, 2013). Estudo mostra que as mulheres com deficiência apresentam limitação moderada e intensa para realizar atividades habituais (BOCCOLINI et al, 2017). Ao cuidar dos familiares em sua infância, essas mulheres deixaram de brincar com outras crianças destinando parte de seu tempo a responsabilidades que deveriam ser assumidas por adultos.

A limitação causada pela deficiência física não impediu, uma das participantes do estudo de brincar, já para outra foi um obstáculo. Neste aspecto, a forma como cada sujeito vive a deficiência pode ser diferente, é possível que a incapacidade gerada pela deficiência seja um motivo a ser vencido pelo próprio indivíduo e isso pode estar relacionado ao conceito de autonomia e independência (OTHERO; AYRES, 2012).

A infância é um momento em que as crianças precisam brincar para se desenvolver, no entanto, esta oportunidade não pôde ser desfrutada. Esta história de vida mostra o quanto essas mulheres estavam vulneráveis naquele momento pela própria condição de saúde, pois tinham fragilidades biológicas impostas pela deficiência física e tinham que cuidar de um familiar com doença crônica incapacitante. Essas mulheres tiveram ausência de um suporte familiar para auxiliá-las em seu desenvolvimento afetivo e psicológico para o enfrentamento das limitações.

Estudo mostra o quanto à rede de apoio a pessoa com deficiência é essencial para o enfrentamento das limitações, sendo que o suporte familiar, de amigos e comunidade é fundamental para a vivencia de novas experiências e auxílio nos impactos que a deficiência causa na vida cotidiana da PcD, uma vez que esta rede não seja forte e apresente fragilidades, a PcD ficará vulnerável a condições de acesso ao transporte, a saúde, a educação e demais direitos inerentes ao cidadão (BRIGNOL et al 2017).

Quando essas crianças não têm uma rede de apoio acabam assumindo o cuidado dos

familiares, Herrera (2016) nos diz que este cuidado é conhecido como “care” e está relacionado com as questões de gênero, onde a mulher desde sua infância assumi o papel de cuidadora, proporcionando bem estar físico, psíquico e afetivo aos homens, pessoas idosas e doentes que permeiam o núcleo familiar.

(Des) acesso a Escolaridade

As mulheres deste estudo não puderam frequentar a escola de forma integral, o que pode ter contribuído para que elas não conseguissem se desenvolver nas dimensões intelectuais e sociais. A dificuldade de acesso a escola, pode impedir a possibilidade de uma formação profissional, a inserção no mercado de trabalho, a obtenção de renda e melhores condições de vida e saúde. As falas confirmam:

Tenho dificuldades porque a velhice está chegando e a gente não tem estudo, e entende muito pouco, me sinto constrangida por isso, mas a gente tem que viver assim[...] Frequentei escola, mas não aprendi(M1)

Muito pouco, eu tenho que soletrar pra ler, e se tem muita letra eu não consigo [...] eu mando ela [irmã] ler as frases pra mim entender[...] Frequentei por 9 meses[a escola] e parei porque os professor se mudou, foi morar longe (M6)

Ao discorrer sobre escolaridade, menciona-se que a educação viabiliza desenvolvimento e participação social, tornando a mulher reconhecida e dando a ela uma ocupação. É possível afirmar ainda que a escolaridade dos indivíduos influencie também no mercado de trabalho, propiciando maiores chances de entrada no mercado formal (FRANÇA, 2014).

Estudo realizado em Porto Alegre por Wagner et al. (2010) revela que a falta de capacitação dos profissionais/educadores faz com que o PcD seja estigmatizado. O acesso a educação é limitado, e quando ocorre, algumas vezes, o espaço de ensino é desagradável e desacolhedor para o aprendiz.

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da PcD, estes tem assegurado o acesso a educação, independente do nível que irão cursar e o ensino deve ser ofertado de maneira acessível para o entendimento da PcD e de qualidade, visando a formação integral do ser. É enfatizado ainda o direito de ter um professor particular para acompanhar nas aulas em escolas regulares, propiciando assim o aproveitamento máximo do ensino disponível (BRASIL, 2015).

Embora mulheres que vivem no meio rural tenham dificuldade de acesso à escolarização pesquisa revela que “mesmo com o reduzido número de anos de estudo, a comparação entre homens e mulheres mostra a escolaridade feminina maior do que a masculina” (LOPES, LANGBECKER, 2018, pg. 42). Se formos relacionar a mulheres deficientes talvez esta realidade seja mais crítica considerando as barreiras de acesso que enfrentam para ter o estudo disponível em seus territórios.

No decorrer deste estudo foi possível observar que as mulheres entrevistadas tiveram que abandonar os estudos muito cedo, e as que freqüentaram por mais tempo não se desenvolveram como poderiam, pois não recebiam uma atenção especializada que contemplasse suas limitações.

Cabe mencionar aqui o conceito de acessibilidade que de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da PcD (2015), são as possibilidades e condições de conquista de espaços, mobiliários, itens urbanos, edifícios, transportes, informações e formas de comunicação incluindo os inúmeros sistemas e tecnologias disponíveis, abrangendo ainda serviços e instalações públicos, de uso público ou privado de uso coletivo, seja na zona urbana ou rural, uma vez que este acesso seja permeado por segurança e autonomia para as PcD ou pessoas com mobilidade reduzida.

Outro conceito relevante e que auxilia no entendimento do estudo é o de barreira, que pode ser entendido por qualquer obstáculo, atitude ou comportamento que inviabilize ou dificulte a interação social da PcD e o pleno alcance de seus direitos à acessibilidade, liberdade de movimento e de expressão, comunicação, acesso às informações, à circulação com segurança, a educação e os demais direitos previstos em lei (BRASIL, 2015).

Enquanto algumas mulheres não tiverem acesso integral à escola, outras conseguiram frequentar, mas por pouco tempo e com limitações devido ao transporte público indisponível no meio rural.

...estudei só até a 5ª série porque era ruim de ir, não tinha transporte e era muito difícil(M7)

...pra ir até a escola era complicado, porque o pai não tinha carro e daí ele tinha que andar 1 km comigo nas costas quando chovia, isso pra me leva pega o transporte, porque não tinha perto(M5)

Para viabilizar o acesso das PcD's a escola e a outros serviços, o estado garante em lei a disponibilização de transporte público, no âmbito urbano e rural, que trafegue em diferentes locais facilitando o acesso para a população aos serviços de saúde, assistência social, aos serviços da rede de reabilitação, trabalho, lazer, cultura, entre eles a escola (BRASIL, 2015).

Nessa perspectiva estudo realizado na cidade de Franca, São Paulo, revela que o fato de morar no contexto rural dificulta o acesso às escolas, pois elas existem em menor número, o ponto do ônibus por vezes é distante, os horários não são os mais propícios e as pessoas precisam se deslocar para outras áreas para conseguir utilizar o transporte público. Essas condições tornam-se barreiras para a acessibilidade da PcD (CARVALHO, 2017).

Outro estudo realizado no meio rural do Rio Grande do Sul também revela que além das dificuldades de inclusão dentro das escolas, a luta inicia no acesso a meios de locomoção pública, pois o transporte no meio rural é escasso e circula em horários e locais inacessíveis (TONINI, 2017).

A barreira de acesso ao transporte dificulta a acessibilidade ao direito de receber a educação

garantido na Lei Brasileira de Inclusão a Pessoa com Deficiência, o que torna estas mulheres vulneráveis sob o aspecto social e programático, além do individual.

(Des) Acesso ao Trabalho e renda

A inserção no mercado de trabalho e a manutenção deste, no meio rural tende a ser muito difícil para as mulheres, infere-se que pode ser devido às limitações impostas pela deficiência e a adequação ao trabalho, além de estas não conseguirem usufruir de ações inclusivas propostas nas políticas de trabalho para os deficientes. Uma das mulheres relata que desenvolveu trabalho formal, porém por um tempo determinado.

Não [...] mas eu já trabalhei de carteira assinada. (M3)

A lei 8.213 de 24 de Julho de 1991, assegura direito ao trabalho para as PcD's, em seu texto oficial ela discorre que as empresas devem preencher o quadro de funcionários com PcD, conforme o número total de funcionários e o percentual pode variar entre 2% e 5% (BRASIL, 1991).

No entanto, as PcD's sofrem exclusão no mercado de trabalho em função do preconceito existente nas empresas, pela falta de habilidade na função proposta, falta de qualificação e por receberem ofertas salariais menores que o rendimento do BPC o que as faz escolher por permanecer em casa e manter o benefício, visto que ao ingressar no mercado de trabalho este é suspenso (SILVA, 2015).

Trabalhar, não significa apenas obter renda para sobreviver, vai além disso, qualifica as pessoas como independentes e dá a elas uma função social que as torna valorizadas em seu meio. Para Duarte (2018), a PcD que ingressa no mercado formal de trabalho se torna outra pessoa, dá origem a um ser independente, liberto, mais seguro de si e que convive no meio social.

Perder esse direito coloca as mulheres em situação de maior vulnerabilidade social, visto que as condições de trabalho remunerado no meio rural são mais escassas do que no meio urbano, e o deslocamento prejudica o alcance deste direito (TONINI, 2017)

Algumas mulheres deste estudo referem trabalhar e contribuir na renda familiar, no entanto este serviço aparece como complementar ao do marido e quem administra o orçamento familiar é o próprio.

Quando eu trabalhava era 200 reais, agora é os troco que a gente faz, às vezes, e o salário do meu marido (M1)

Tenho a loja, é o meu trabalho, que está no nome do meu marido, mas quem lida sou eu, porque ele não entende, já faz 7 anos[...]

Esta ideia de trabalho complementar advém desde a revolução industrial, quando as mulheres eram contratadas com salários baixos e proporcionavam mão de obra barata, fornecendo

assim um complemento na renda familiar, porém com os avanços nos direitos das mulheres esta realidade está mudando. A mulher em algumas situações recebe valorização condizente com sua função e por vezes é a provedora principal da renda da família (BAYLÃO, 2014).

Cabe mencionar sobre a divisão sexual do trabalho em que a mulher é responsável pelo cuidado do lar, dos filhos, do marido, realizando atividades relacionadas à casa e aquelas que exigem menor força física, enquanto que ao homem cabe decidir sobre questões administrativas, financeiras e gerais da família, além de realizar o serviço considerado pesado, aquele que precisa de maior força física (MIES, 2016).

Nesta direção, Dupont (2017) reitera que a mulher é a prestadora de cuidados, pois ela cuida da casa, dos filhos, das pessoas idosas que moram junto e do marido, prestando todo o auxílio que estes membros da família necessitem, enquanto que o homem é o provedor do lar, ou seja, sustenta os membros da família, incluindo a mulher, a qual geralmente apresenta uma dependência financeira.

A deficiência, as construções sociais de gênero patriarcais presente na vida das mulheres rurais e a barreira de acesso ao trabalho e renda conferem múltiplas situações de vulnerabilidade a essas mulheres.

A deficiência adquirida transforma a rotina de trabalho na vida de uma das mulheres do estudo, sendo necessário a adaptação para continuidade do desenvolvimento dele.

[...] antes fazia ambulante de moto, fiquei quase 10 anos vendendo de moto, aí quando ele se aposentou fez um CNPJ pra mim ter a loja(M2)

Para Mattos (2015) a PcD passa por um processo de luto, onde ela vai iniciar na fase da negação, não aceitando a deficiência que lhe acompanha, tem momentos de raiva, depressão e por vezes expressa a vontade de negociar sua deficiência por outra coisa, no entanto acaba aceitando a sua nova forma de vida, adaptando-se as suas dificuldades e procurando maneiras de superá-las.

Quando a mulher se adapta, ela consegue encarar a situação experienciada, e entende que não será algo passageiro, mas que veio para ficar, reaprende a viver com seu novo corpo, dando um novo sentido para o seu eu e descobre novas possibilidades (OLESIK et al, 2018).

Para Silva (2016) a PcD esta cercada de desvantagens impostas pela sociedade, as barreiras atitudinais e arquitetônicas formam obstáculos que delimitam o seu avanço e isso a reflete de maneira negativa, desmotivando-as na busca pela independência.

A adaptação da nova condição de trabalho, neste estudo foi proporcionada com o suporte do marido, após sua aposentadoria, reforçando a noção de que o trabalho produtivo foi concedido à mulher como uma oportunidade devido à deficiência.

Inaptidão para o trabalho doméstico

Neste estudo é possível observar que o trabalho doméstico que tradicionalmente é realizado pelas mulheres por vezes tornou-se impossível de desenvolvê-lo em função da deficiência e esta condição compromete os relacionamentos familiares, uma vez que há maior necessidade de auxílio nas atividades essenciais de sobrevivência.

Não consigo, mal a pena tomo banho e às vezes faço comida. (M2)

Sim, em casa eu trabalho[em casa], mas pouco mesmo. (M4)

Consigo fazer bem pouca coisa[em casa], quase nada. (M9)

Não consigo fazer nada[em casa]. (M10)

O serviço doméstico é desde muito tempo tarefa feminina, sendo a mulher responsável pelos cuidados com a casa e filhos, no entanto este serviço é por vezes invisibilizado e ao não ser desenvolvido acarreta tensões familiares (SOUSA, 2016).

Segundo Herreira (2016) no contexto rural o trabalho doméstico e de cuidado não tem alguém que faça, além da mulher, se tivesse não supriria as demandas de bem estar, qualidade de vida e afeto. O trabalho doméstico pode ser substituído pelo Estado quando este disponibiliza tal serviço. Ao relacionarmos esta questão a mulher deficiente que vive em contexto rural esta situação talvez pudesse ser uma demanda para o Estado, uma vez muitas mulheres não tem uma rede apoio familiar .

Por outro lado, estudo com mulheres que vivem em assentamento rural em Bolsão – MS revela que a mulher recebe ajuda do marido nas atividades domésticas, no entanto esta realidade ainda é muito isolada, e não representa uma equidade de gênero nas divisões de tarefas, pois o termo “ajuda” remete a ideia de que as atividades da casa são de responsabilidade da mulher (BORZONE; ALMEIDA,2019).

As atividades em que o marido ajuda são quase sempre aquelas fora do espaço doméstico que é a casa. Os homens quando participam das atividades domésticas, o fazem na ausência das mulheres e quase sempre é para suprir suas necessidades biológicas como é o caso da alimentação (HERREIRA, 2016)

Neste estudo, não conseguir dar conta das atividades ditas femininas coloca estas mulheres em posição de vulnerabilidade maior, pois sem condições de fazê-lo, nem sempre terão com quem contar para auxiliá-las, quando tem solicitam a filha mulher, o que reforça a concepção de gênero tradicional presente neste contexto.

Observou-se ainda que uma das mulheres consegue realizar alguns trabalhos domésticos enquanto que outras atividades tidas como dela são absorvidos pela filha mulher. Neste caso, infere-

se que pode ser atividades relativas às externas a casa como citado anteriormente.

Sim, faço comida, lavo roupa e o resto minha filha faz. (M7)

Como já citado, o trabalho doméstico é visto como tarefa feminina, e para além do cuidado com a casa e filhos, envolve o cultivo de verduras nos quintais de casa, o cuidado com animais de pequeno porte e ordenha de vacas e a participação em feiras para a venda de produtos produzidos em casa, como queijo, leite e ovos. A obtenção da renda é repassada ao marido, que decide onde e como será aplicada (AMORIM, FIUZA, PINTO, 2015).

O fato de a mulher apresentar alguma deficiência não a extingue da condição de mulher do lar, detentora dos cuidados, ou seja, independente de sua limitação ela deve encontrar maneiras de cuidar da casa, e quando não consegue sozinha, repassa esse cuidado para as filhas, essa ideia esta firmada nas questões de hierarquia, que no contexto rural, principalmente, ainda são bem consolidadas (TONINI, 2017).

Ao desenvolver atividades domésticas, a mulher deficiente que vive em meio rural sente-se autônoma por não depender da ajuda de terceiros, incluindo o marido e filhos e ao precisar de ajuda, normalmente solicita à filha (TONINI, 2017). Estudo mostra que as filhas mulheres auxiliam no trabalho doméstico, especialmente aqueles relacionados a limpeza da casa, e fazem este quando não estão na escola (HERREIRA, 2016).

Outras mulheres do estudo, embora com limitações devido à deficiência, conseguem dar continuidade a trabalhos domésticos como o cuidado da casa, alimentação e roupas.

Trabalho né, lavo a roupa, faço comida e cuida da casa né. (M1)

Trabalho, consigo fazer de tudo. (M3)

Era como se fosse normal, eu faço tudo o serviço dentro de casa, se eu tenho lenha e água e o fogo eu do conta de tudo, passo pano, cera, faço pão. (M6)

As mulheres mesmo com limitações se impõem o serviço doméstico, não o dividindo com o marido, ou filhos homens, no entanto é inerente a sua recuperação que haja uma divisão nas tarefas, pra que assim não se sobrecarreguem com os afazeres, mas também não fiquem sem suas atividades, que ocasionalmente servem ainda como distração (CRUZ, 2011).

É interessante para o desenvolvimento da mulher que ela não cesse suas atividades, pois ao parar com sua rotina ela pode apresentar alterações psicoemocionais como a depressão, porém não devem ficar restritas apenas as atividades da casa, devendo buscar quando possível, a inserção no mercado formal de trabalho e desmistificar a ideia de incapacidade que a sociedade incumbe nesta mulher (TONINI, 2017).

A mulher rural desempenha papel de grande importância no meio em que vive, enfrenta barreiras relacionadas à equidade para com os homens, especialmente sobre questões relacionadas

ao trabalho reprodutivo (ALMEIDA, 2016).

Uma das mulheres do estudo relata que a limitação da deficiência não a impede de fazer serviços domésticos, mas os serviços pesados compreendidos como aqueles realizados no entorno da casa como cuidados com a criação de animais como porcos, galinhas e outros, e na lavoura não são mais possíveis

Dentro de casa eu consigo limpa e tudo, mas lá fora não consigo, porque o serviço pesado eu não posso fazer [...] (M5)

A mulher rural desenvolve atividades muitas vezes consideradas masculinas, porém não é reconhecida como serviço e sim como ajuda, no entanto quando são atividades voltadas para a subsistência e que não irão gerar renda, se tornam atividades femininas; esta ideia de que existe o serviço do homem e o da mulher está muito presente no meio rural e muitas vezes são definidas pela questão de força (LOPES, LANGBECKER, 2018).

O presente estudo nos faz refletir que a deficiência não impede a mulher de desenvolver algumas atividades, pelo contrário, o fato dela não sair a impõe a condição de cuidadora do lar e das atividades leves que cercam este ambiente, no entanto em alguns momentos ela precisa de auxílio, pois as exigências dos afazeres ultrapassam suas limitações. Para Tonini (2017) com deficiência ou não, o serviço que a mulher desenvolve em casa auxilia a dinâmica familiar, apresentando grande relevância e fazendo falta quando não realizado.

Mulheres rurais desenvolvem atividades fora do espaço da casa durante o dia todo, organizam-se de forma que incluem atividade como trabalhar na horta e apanhar os alimentos; tratar das galinhas e colher os ovos; cortar e recolher lenha; tratar as vacas e ordenhar o leite entre outras atividades que estão associadas as da casa e de cuidado dos familiares (HERREIRA, 2016).

Não conseguir dar conta das atividades que são atribuídas ao feminino, para as mulheres do estudo pode ser uma condição agravante para além da condição de deficiência.

O trabalho doméstico, aqui compreendido como o cuidado da casa, das roupas e alimentação é passado de geração a geração e mesmo com limites, uma das mulheres relata que consegue desenvolver os cuidados ensinados pela mãe.

Trabalho(doméstico em casa), faço de tudo, o que a minha mãe me ensinou né.(M8)

O trabalho doméstico no Brasil é tido como a ocupação principal das mulheres, desde a época colonial. Atualmente este cenário vem se modificando, a mulher está participando mais do trabalho produtivo, que se dá em espaços públicos, políticos e de decisão, e o homem por sua vez desenvolve atividades domésticas, porém a principal mão de obra deste trabalho ainda é feminina (FERREIRA, 2015).

Pelo fato da mulher rural não ter opção de escolha, ela vê o trabalho doméstico como sua

única função e não permite se desvencilhar desta ideia, sendo assim, é possível perceber que estas mulheres se mantêm alienadas a uma ideia de que este serviço é único e o melhor que elas podem ter, ainda mais quando se considera o fato de que aprendem desde criança com suas mães, avós e tias que a mulher precisa saber desenvolver estas atividades e além de tudo repassá-las para suas filhas no futuro (TONET et al, 2016).

A questão do cuidado prestado pela mulher seja ele referente ao lar ou com as pessoas (filhos, maridos, idosos...) é atividade direcionada para elas desde muito tempo, porém Silva (2008) nos diz que essa atividade pode gerar sobrecarga psicológica, desencadeando ansiedade, medo, e preocupações referentes ao ato de cuidar ou ainda para quem esta mulher esta prestando o cuidado, neste sentido, ao tratar-se de mulheres deficientes o acúmulo de preocupações as expõe e submete-as a condições de maior vulnerabilidade à saúde psíquica e emocional.

O estudo nos faz refletir que as atividades do lar são desde muito tempo voltadas para às mulheres, ficando estas nomeadas para fazê-las, no entanto, uma mulher que apresenta deficiências, por vezes encontra dificuldades para realizar algumas atividades e requer maior ajuda, o que por sua vez não significa incapacidade total .

Mobilidade física prejudicada

Em alguns casos, quando a mulher apresentou deficiência física adquirida, ela referiu ter dificuldade em sua rotina devido à dependência que elas desenvolveram após a deficiência, e completam expressando seu sentimento de incomodo com a situação vivida, o que é confirmado nas falas:

...Agora tem que viver assim[..] eu subia na moto saia e voltava a hora que queria, agora tudo tem que depender dos outros(M2).

Não pode caminhar é ruim né, eu me sinto estressada. (M10)

Para Amaral et al. (2012) a mobilidade das PcD's influencia diretamente na conquista dos direitos. A ausência de acesso arquitetônico ou atitudinal impede a PcD de ir a locais como a ESF, ao banco, ao mercado e outros lugares, neste sentido seu direito de ir e vir esta sendo perdido, bem como o de acesso a saúde, sendo assim, a dificuldade no deslocamento não é apenas um item na vida deste individuo, mas sim um divisor, que irá permitir ou não o acesso nos demais serviços.

A PcD carrega consigo o medo da dependência e piora de sua deficiência, no entanto é preciso permitir-lhe autonomia, para que assim se sinta segura e livre para tomar decisões e realizar atividades, porém tendo consciência de seus limites e sabendo que ao precisar de alguma ajuda esta estará disponível através da família, amigos, profissionais da saúde ou de outros âmbitos (OTHERO, AYRES, 2012).

A pessoa só é caracterizada como deficiente a partir do momento que apresenta algum impedimento que gere obstáculos e não a permita tomar suas próprias decisões. No entanto é natural do ser humano sem deficiência depender de outras pessoas em determinadas situações e este evento não a torna inferior, apenas demonstra a importância de viver em sociedade e participar (GAUDENZI, ORTEGA 2016).

(Des) acesso aos direitos

Quando questionadas sobre os direitos que elas têm, observou-se que elas acreditam precisar de mais atenção e respaldo, no entanto entendem que não é algo fácil para se adquirir e que em algumas ocasiões precisam de um profissional do direito para auxiliar no encaminhamento do pedido.

Pois é o certo era ter mais[direito], porque que nem o benefício eu não tenho, e tinha que ter algo pra ajudar a compra o remédio[...](M4).

[...] as vezes eu queria ter mais direito, mas a gente tem que entender que não depende so da gente né, então vai fazendo conforme dá (M5).

Acho que ainda falta muito, merecia mais, porque é tudo tão difícil, se não tivesse pago advogada não teria benefício (M7).

Eu sei que tenho direitos, mas muitas vezes, não consigo, até advogado já tentei e não deu certo (M3).

As PcD têm direitos assegurados em lei, no entanto o que está descrito no papel por vezes não sai dele, deixando assim, o individuo sem respaldo. É necessário esclarecer que a sociedade, por mais que tenha evoluído ainda não está preparada para acolher de forma generalizada este público, propiciando desta forma barreiras para o alcance pleno dos direitos (PALUMBO, 2012).

PcD's que residem em meio rural, se tornam invisíveis, pois estão geograficamente distantes de órgãos representativos de direitos. Para Tonini (2017) a PcD deve ser a protagonista de sua vida, ter o papel central na discussão a cerca de direitos, pois são eles que devem ter o poder de escolha e decisão visto que são as pessoas que conhecem e vivem as dificuldades do dia a dia.

O acesso aos direitos que as mulheres deficientes de meio rural não tem, estão relacionados à dimensão social da vulnerabilidade, uma vez que a inclusão das PcD passa despercebida, e perpetua as inequidades, ainda neste sentido é possível dizer que o desconhecimento de seus direitos é relevante, visto que aliam seus direitos apenas a concessão de benefícios sociais, esquecendo-se de condições de lazer, cultura, aspectos da maternidade e vida sexual (NICOLAU, SCHRAIBER, AYRES, 2013).

Neste sentido é importante que se desenvolvam espaços na sociedade onde haja discussões a cerca do tema, direitos das PcD's, pois é desta maneira que a sociedade passará a entender as peculiaridades deste público e principalmente, irá incluí-las no meio social por compreender que

dentro de suas limitações elas são capazes de se relacionar e vivenciar as experiências (MANTOANELLI, 2014).

A PcD só alcançará de forma plena seus direitos quando tiver poder de voz, quando for protagonista de sua vida e responsável por suas escolhas e caminhos tomados.

(Des) acesso ao Benefício Assistencial

O BPC é um benefício garantido em lei para as PcD's, no entanto no decorrer do estudo foram encontradas mulheres que não o tem, elas explicitam a incessante busca na assistência social, devido a exigências legais para a obtenção do benefício e por falta de apoio da família.

Não recebo nada [benefício], e quando morei em [nome da cidade] fui atrás, fiz raio x, mas eles disseram que eu teria que ter pelo menos mais uma deficiência (M3).

Não recebo nada, e o mano diz que dá muito correria ir atrás, e eu falei pra ele que se fica dormindo não consegue nada [...]nem o benefício eu não tenho, e tinha que ter algo pra ajudar a comprar o remédio, a roupa, [...] e eu gosto de me arrumar, comprar perfume, precisava de uma ajuda(M4).

A lei 8.742 de 7 de Dezembro de 1993 respalda a concessão do BPC para idosos e pessoas com deficiência dispõe que para o recebimento deste o requerente deve: apresentar deficiência física, mental, intelectual ou sensorial que cause impedimentos temporários ou definitivos por no mínimo 2 anos, renda familiar não pode ultrapassar $\frac{1}{4}$ per capita do salário mínimo vigente no período solicitado, avaliações médicas e da assistência social, com intuito de confirmar ou não a existência da deficiência e não exercer atividade remunerada como trabalho formal ou micro empreendedorismo, podendo ser suspenso o benefício em caso de irregularidade (BRASIL, 1993).

Stopa (2019) discorre que o BPC atende 2.527.257 pessoas com deficiência, dado que confirma a importância de tal benefício, considerando que este é concedido apenas quando confirmado a necessidade para tal, no entanto, para confirmar esta necessidade as PcD têm um caminho longo, encontrando inúmeras burocracias e comprovações que devem ser realizadas e dificultam o acesso. Para a autora, o BPC se tornou um benefício voltado para a extrema pobreza e não para PcD's. As dificuldades encontradas pelas mulheres do estudo para obter o BPC é um aspecto que as vulnerabiliza nas dimensões sociais e programáticas.

Estudo mostra que as mulheres estão em segundo lugar no que concerne o recebimento do BPC, no entanto em 2014 houve uma diminuição de pedidos deferidos em razão dos critérios que avaliam as limitações e restrições da pessoa e neste ano em questão, a intensidade foi reconhecida como menor e as alterações do corpo foram consideradas de leve a moderadas, não sendo reconhecida a necessidade do BPC para este público (DUARTE et al, 2017).

Ao questioná-las sobre como foi o processo para conseguir o BPC, uma delas precisou

entrar na justiça, ter gastos com advogados.

Cabe salientar que a Política Nacional de Assistência Social(PNAS) de 2004 menciona a Assistência Social como Proteção Social não contributiva e universalizante e direciona as ações para proteger em especial as famílias em situação de vulnerabilidade e risco social(BRASIL,2004). Essas ações são ofertadas pelos Centros de Referência e Assistência Social(CRAS) unidades de proteção social básica que entre outros serviços estão os de Proteção Básica no Domílio(PBD) e de Convivência e Fortalecimento de Vínculo(CFV), Serviço de Atendimento Integral a Família(PAIF) da PcD. O PBC é um benefício assistencial que habitualmente é encaminhado pelos profissionais do CRAS, quase sempre cabe ao assistente social oferecer informações sobre eles durante a visita no domicílio ou então quando a PcD busca tais informações.

Sim [benefício], e tive que entrar na justiça porque o INSS sempre me negava, aí agora descobri que é pelo serviço social, faz 13 anos que consegui, mas tive que pagar ate advogado(M7).

A concessão deste benefício é aprovada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), no entanto envolve a avaliação de um assistente social, perícias médicas e outros requisitos que demonstram caráter subjetivo, pois cada profissional envolvido nestas avaliações pode ter sua própria visão de deficiência e julgar de diferentes maneiras a necessidade ou não daquela mulher em receber o BPC (VAITSMAN, LOBATO, 2017).

Essas visões diferentes e a necessidade de um grupo de avaliadores para conceder ou não o BPC, como já citado, configuram um obstáculo, outro fator que também dificulta o alcance deste direito é o valor de renda per capita que a família deve dispor, considerando que pessoas com deficiência têm gastos altos com medicação, atividades de reabilitação e outras intercorrências, por vezes, mesmo que a renda per capita seja maior que $\frac{1}{4}$ por familiar, ainda assim não contempla todas as necessidades, e o recebimento de mais este salário seria de suma importância para a PcD e suas família, possibilitando assim maiores condições de cuidado diante sua deficiência e até mesmo contribuições no núcleo familiar, visando seu desenvolvimento pleno e sadio (DUARTE et al, 2017).

Nesta direção, para a obtenção do BPC, a pessoa com deficiência precisa comprovar o tipo de deficiência, tempo que a têm, quais limitações trás, e para isso, passam pela avaliação médica e da assistência social, o que demandará maior tempo, maior burocracia e a coloca em exposição, situações estas que poderiam ser evitada se o sistema fosse menos exigente com questões não tão relevantes (COSTA et al, 2016).

Fazer uso do BPC é direito da pessoa com deficiência, no entanto as barreiras encontrados

no caminho para consegui-lo são relevantes para a conseqüente desistência da busca por este direito.

(Des) acesso ao Transporte público e barreiras ambientais e arquitetônicas.

Neste estudo as mulheres relatam não ter transporte público disponível, tão pouco com adaptação que ofereça acessibilidade para as PcD. Além disso, as estradas que transitam são quase intrafegáveis devido à presença de buracos e pedras, dificultando o deslocamento dessas mulheres para outros lugares.

Transporte não oferece acessibilidade e eu não tenho cadeira de roda(M2)

...Ao mesmo tempo tem e não tem[transporte], tem que caminha muito em lugares de difícil acesso, estrada com muita pedra, escadas[...]Falando assim do ônibus essas coisas, é difícil pra mim conseguir[...] (M5).

Todo e qualquer cidadão, tem assegurado na legislação brasileira o direito de “ir e vir”, uma forma de garantir o acesso a este direito foi desenvolver programas de implantação de transporte público nos contextos urbanos e rurais, os quais visam dar acesso a quem precisa deste serviço, porém para a PcD a existência deste transporte não é suficiente, é necessário ainda que haja adequação deste meio para as suas privações e que sejam pensadas mudanças além do transporte, possibilitando estradas com melhor infra estrutura e segurança para evitar a exposição da mulher a situações de vulnerabilidade (VIEIRA, CAVALCANTI e ALVES, 2015).

Estas adequações constituem a chamada acessibilidade, garantida na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBIPCD) de 2015, que enfatiza a oferta e o acesso ao transporte, serviços, programas, educação, saúde e todos os espaços que são de comum uso entre os indivíduos (BRASIL, 2015), porém para o público com deficiência deve ser pensando de maneira a garantir a equidade.

As dificuldades que as PcD encontram em seus deslocamentos ultrapassa a ausência de ônibus, pois muitas vezes eles até existem e passam próximos a suas casas, porém não são adaptados para receber um cadeirante ou uma pessoa com deficiência visual e/ou auditiva por exemplo, e estas dificuldades são encontradas tanto no âmbito urbano como principalmente no rural, sendo assim a PcD fica restringida de se deslocar por falta de acessibilidade no meios disponíveis (TONINI, 2017).

Já ao falarmos de carro próprio as PcD's relatam que o carro é de segunda mão e foi comprado sem o desconto, pois não tinham conhecimento deste direito.

O carro foi num brique de terra, então não utilizamos o desconto (M3).

Carro velho de uma herança, então não teve desconto (M4)

O carro foi comprado antes de eu fica sem as mãos. (M9)

Ele compro parcelado, mas eu não sabia que tinha direito a esse desconto (M7)

As PcD's desconhecem inúmeros direitos que lhes pertencem, por este motivo passam por situações de desfavorecimento, ficando desassistidas e sem respaldo legal (MARTINS, et al, 2018). Realizar a compra de automóveis com determinado desconto é direito garantido na lei 8.989, esta vigora há mais de 20 anos no país, e discorre sobre a isenção de taxas como IPI, IOF, ICMS e IPVA que resulta na diminuição de cerca de 30% no valor do automóvel (BRASIL, 1995), porém esta informação não é de conhecimento de todos e passa despercebida.

O objetivo desta lei é gerar acessibilidade e equidade, permitindo a pessoa com deficiência transporte adequado e disponível no tempo necessário, as pessoas responsáveis por crianças com deficiência e por pessoas com deficiência que as impede de dirigir, diante comprovação, também recebem este desconto, é interessante ressaltar que para renegociar o veículo após sua compra, é necessário permanecer com este por no mínimo 24 meses, estando sob condição de perder o direito por suspeita de fraude (MARÇON e MARTINS, 2016).

Uma das mulheres relata que paga um parente que tem carro próprio para levá-la as consultas ou outro deslocamento que precise.

Eu pago corrida para o meu sobrinho que mora ali adiante, quando toca de sair, eu pego ele, eu fui muito para [nome da cidade] por causa do aparelho do ouvido, eu pagava para ele, agora fui transferida para [nome da cidade] e pago outro sobrinho que mora lá, mas é só 50 pila, é barato, e eles me carregam, colocam no carro, tiram, então tem que pagar alguma coisa mesmo (M6)

Os transportes intermunicipais para consultas agendadas normalmente são disponíveis pelas prefeituras do município de origem da PcD, as quais em parceria com as Secretarias de Saúde concedem esse meio de transporte que facilita o acesso, no entanto, muitos usuários relatam a dificuldade nos horários de saída e chegada, visto que se considera a primeira e última consulta (TONINI, 2017).

Para Silva et al (2017), a acessibilidade e o direito ao transporte são condições que viabilizam todos os demais direitos, considerando que o deslocamento, seja no rural ou urbano, é que irá propiciar o acesso aos serviços de necessidades básicas, a cultura e ao lazer, a PcD estar assegurada pelo transporte público lhe confere maior autonomia, e a possibilita ir e vir sem depender de outras pessoas.

Ainda que se tenham estas dificuldades, a importância deste transporte para aqueles que não apresentam condições financeiras para subsidiar sua locomoção é de grande relevância, visto que são viagens rotineiras e, por vezes distantes, tal condição pode vulnerabilizar as mulheres no que se refere ao acompanhamento de sua condição de reabilitação.

4.1.2 Aspectos que protegem as mulheres

Acolhimento na escola

A infância vivida na escola e as relações existentes naqueles espaços promoveram cuidados às mulheres deficientes, as professoras auxiliavam e incentivam as atividades de acordo com as possibilidades de cada uma. Além disso, outras pessoas faziam companhia e alcançavam lanches para aquelas que não desfrutavam do convívio coletivo com os colegas.

A minha infância, eu lembro assim quando eu comecei a ir na escola[...].Jeu quase nunca participava da educação física e a professora me dava outras atividades e me ensinava a dar toques na bola, na hora do jogo de vôlei, porque eu não conseguia né. (M2).

Não posso me queixar da escola, porque sempre tinha alguém pra me ajuda, fica comigo, quando eu não saia no recreio sempre ficava alguém pra me traze um lanche um copo de agua(M5).

Os laços que se desenvolvem no âmbito escolar representam importante fator protetivo para a mulher deficiente, a compreensão dos professores diante as limitações que cada pessoa tem é de suma importância para o desenvolvimento pleno daquela mulher que por vezes apresenta limitações diferentes e mais acentuadas. Para Mattos (2008) os laços afetivos contribuem no desenvolvimento da criança deficiente, gerando um espaço de compreensão e confiança entre o professor e o estudante e entre o estudante e os colegas que o cercam.

Além dos laços que se cria, a forma como a escola acolhe esta criança com deficiência pode influenciar diretamente na sua experiência de aprendizagem, podendo tornar-se um aluno mais calmo ou agressivo, concentrado ou distraído, ter maior ou menor desconforto e aceitar ou não as atividades propostas, porém é importante observar essas reações e propiciar um ambiente acolhedor e seguro (SANTOS, CENCI, 2018).

Para Dainez e Smolks (2019) o incentivo que o professor gera ao seu aluno com deficiência, é grande influenciador no seu desenvolvimento, refletem ainda que a partir do momento que o professor esta preparado para receber o aluno e esta disposto a ensinar-lhe, o tempo será aproveitado e renderá um bom crescimento seja no âmbito do conhecimento quanto no pessoal da PcD.

Outra mulher do estudo refere ter acesso a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), oportunidade não tida quando criança, no entanto atualmente usufrui deste direito e avalia como positivo.

Hoje em dia vou na APAE e me sinto bem. (M8)

No decorrer da entrevista a M8 referiu sentir-se bem ao frequentar a APAE, pois é bem tratada pelas professoras e cultivava várias amizades, é possível salientar que o vínculo construído na escola, seja esta regular ou a APAE, soma grandes avanços e atua de maneira positiva na construção integral destas mulheres.

As APAE's são organizações sociais que buscam promover atenção de maneira integral as

PcD, independente do tipo de deficiência, sendo interessante ressaltar que os serviços prestados são de educação/formação, saúde, com atendimento de uma equipe formada por médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, enfermeiros e outros profissionais da saúde e ainda atendimento da assistência social, o que garante uma equipe multiprofissional que trabalha em rede e defende os direitos da PcD (BANDEIRA et al, 2019).

Ainda que se tenha disponível a APAE, Rodrigues e Lima (2017) discorrem que as escolas de um modo geral, devem assumir papel inclusivo, possibilitando assim um ensino eficaz, que agregue no crescimento intelectual e humano do estudante, seja este deficiente ou não. No que concerne o ensino especial, Ferreira (2015) diz que apesar das conquistas em torno deste ensino, ainda há muitos obstáculos a serem vencidos, desmistificando para a sociedade que o estudante destes espaços seja diferente dos estudantes de escolas regulares.

Aceitação da deficiência

Algumas mulheres ao aceitar a deficiência conseguem empenhar-se nas potencias pessoais e desenvolver habilidades para desempenhar atividades da vida

Olha eu na verdade depois de adulta... [...] não sinto dificuldade, tudo normal, até uma vez meu pai falou para por uma mão e eu falei que não queria, não vou dizer que consigo fazer tudo de cara, tu me pede para fazer alguma coisa eu vou tentando até conseguir (M3).

No começo foi difícil, [...]de preconceito sabe? Na sociedade, porque às vezes as pessoas te olham dos pés a cabeça, então você se sente mal[...]mas passou um tempo e eu comecei a botar na cabeça que tinha que me aceitar e gostar de mim, porque se as outras pessoas acham que isso é um problema sério, ok, mas eu me gosto e sei que tem gente que gosta de mim. (M5)

É necessário que a mulher aceite sua deficiência, segundo Valença (2017) a autoaceitação é um fator muito importante na garantia de sua identidade, a partir do momento que a mulher entende e aceita a sua deficiência ela consegue encontrar meios para uma vida com objetivos, buscando sempre se inovar diante os obstáculos e perpassar pelas barreiras.

Outro fator que coopera com a aceitação é a família, por existir um vínculo e questões de afeto, a família representa um alicerce importante nesta construção. Para Queiroz et al (2016) a família é o ponto de partida para questões como autoconfiança, auto-aceitação, otimismo e força e torna as PcD's mais seguras de si.

Esperança na reabilitação

Uma das mulheres deste estudo apresenta limitação física, contudo tem o desejo de recuperar suas habilidades e voltar a fazer atividades que realizava antes da deficiência.

Antes de me acidentar eu fechava a loja e ia naquelas reuniões que faziam, era palestra de dia da mulher, dia das mães, aqueles encontros que faziam, tava lá eu, pulando e fazendo folia, agora não dá mais. Mas eu vo

volta a andar , a moto eu já peguei, mas o pé machucado é o do pedal e dói no fazer pegar, por isso eu não consigo, mas eu vou comprar uma de arranque e vou andar de moto de novo(M2).

A possibilidade de reabilitação tem papel fundamental na vida da PcD, é importante que seja disposto espaços onde haja ações de reabilitação, para tanto os profissionais devem estar preparados para desempenhar este serviço, segundo Amorim et al (2018) recomenda-se dispor de espaço, profissionais e uma dinâmica adequada para atender este público, no entanto a formação biomédica dos profissionais e a carência de políticas públicas que respaldem este grupo são um obstáculo para um reabilitação saudável e prazerosa.

A reabilitação vai muito além de atividades motoras, para Cardoso (2011) a reabilitação faz parte da formação humana, agindo diretamente nas capacidades adaptativas de cada pessoa diante das mudanças ocorridas em seu cotidiano, ele discorre ainda que atividades esportivas sejam muito úteis neste processo, podendo ser avaliado os limites e capacidades da PcD e aos poucos ir diminuindo as barreiras, além de gerar interação e troca de experiências entre um público semelhante.

Reabilitar é necessário, influencia na vida da PcD de uma forma integral, no entanto é preciso políticas públicas que olhem este grupo, e que invistam em ações eficientes e eficazes, para que o desenvolvimento destas mulheres seja amplo e real.

O atendimento no serviço de saúde

Quanto ao atendimento nos serviços de saúde, as mulheres deficientes o avaliam de maneira positiva, referindo serem bem atendidas.

A qualidade [do serviço de saúde] é boa, porque antes não tinha nada, agora tem as coisas [...] Me sinto bem, eles atendem bem (M1).

Olha, tem gente que se queixa, mas pra nos, pra mim pro meu pai sempre que precisei tive ajuda (M3)

Muito bem, eles são muito queridos e atendem bem (M7).

Ao necessitar do serviço de saúde a mulher é atendida, tendo suas necessidades sanadas e questões pontuais são tratadas, por este motivo podem avaliar o serviço como “bom”, em estudo realizado por Pitilin e Lentsck (2015) conclui-se que as mulheres sentem-se assistidas ao sair da ESF com medicamentos ou receitas médicas e que suas idas até este serviço são limitadas a atendimentos específicos voltados para a cura de determinada patologia.

Estudo mostra que ao procurar os serviços de saúde, as PcD's esperam ainda por auxílio na descoberta de novas atividades, e neste sentido a rede de apoio constituída por profissionais de saúde da atenção básica cede este subsídio, cooperando com a inserção delas na sociedade e possibilitando experiências que geram independência física e psicológica (BRIGNOL et al, 2017).

O vínculo entre a PcD e a equipe de saúde, se mostra como fator positivo, possibilitando o poder de fala e opinião, onde a mulher se sente segura para expressar suas angustias e o profissional da equipe tem abertura para orientar e construir possibilidades e alternativas para questões e necessidades de saúde destas (MOURA, 2018).

Ao serem questionadas sobre os serviços que acessam as mulheres deficientes referiram as consultas ginecológicas e clínicas, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo e realização de fisioterapia

[...] é mais fácil pra gente que mora aqui. Antes ia não tinha ficha, agora tem [...] Eu comecei a fazer as coisas porque tem quando a gente procura (M1.)

Uma vez ao mês eu faço consulta para pegar o remédio e exames quando vou fazer cirurgia, daí faço exame do coração e de sangue. Mamografia e preventivo faz uns 4 anos que não faço, porque eu dependo de pegar a requisição e depois alguém me levar então eu acabo não fazendo(M2).

Comecei a participar da escolinha(APAE), e daí lá eu ando no cavalo, faço fisioterapia, jogo bola, e eu gosto porque saio (M4)

As falas acima refletem ações que não ocorrem somente no espaço da ESF, mas também outras atividades que estão interligadas como é o caso da APAE e visam à promoção da saúde destas mulheres, neste sentido Santos (2017) reflete sobre a importância das redes de apoio, ela apresenta que rede significa um emaranhado de possibilidades, ou seja, é o conjunto de serviços que o SUS pode ofertar para estas mulheres e que irá auxiliar na promoção da saúde e reabilitação de sua condição.

Este conjunto de serviços podem ser de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, assistência social, terapia ocupacional, consultas médicas e de enfermagem, que a partir do acolhimento realizado na ESF, a equipe observa a necessidade desta mulher ser encaminhada ou não (BRASIL, 2009), é importante ressaltar que estes serviços podem ser encontrados na ESF, na APAE e em centros de reabilitação de pessoas com deficiência, os dois últimos não estando localizados necessariamente na cidade da PcD, porém sendo de obrigatoriedade do município dispensar transporte para o acesso.

É necessário destacar que a ESF é a porta de entrada do SUS, e é neste espaço onde as mulheres com deficiência acessam os serviços que precisam, desde consultas ginecológicas até encaminhamento para atividades em outros ambientes. Ressalta-se ainda que a ESF seja o primeiro acesso, mesmo estando localizada distante das residências, e segundo Holanda et al (2015) as atitudes e ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde são fatos que ampliam e potencializam a rede de apoio das PcD's, as estimulando na busca por novas habilidade e interação social.

Relações com os profissionais dos serviços de saúde

As mulheres do estudo relatam ter uma ótima relação com os profissionais dos serviços de saúde e da APAE, suas relações são anteriores a relação profissional atual.

Me sinto feliz, porque ontem ainda me encontram e bateram palma pra mim porque eu vendi tudo os calendários que a professora [nome da professor] me deu (M4)

Me sinto bem, me encontro com os conhecidos e amigos, porque eu tenho muitos (M6).

Bem, eles são todos amigos e a maioria eram meus colegas de aula.(M8)

Pra mim ta otimo (M9)

As cidades do estudo são de pequeno porte, viabilizando o contato entre as PcD e os profissionais dos serviços que elas fazem uso, algumas referem ser amigas dessas pessoas desde a infância, o que fortalece o vínculo e por vezes torna o atendimento melhor, na visão das mulheres. Para Netto et al (2017), é importante que a mulher faça parte de uma rede, pois é desta que virá o apoio, seja, psicológico, financeiro ou estrutural, e para Maia (2010) os laços afetivos que a mulher deficiente desenvolve são muito importantes para sua saúde psicológica, pois estes contatos irão afirmar e/ou reforçar que ela é uma mulher querida, agradável, desejável e que mesmo tendo uma deficiência ela é sobre tudo um ser humano que tem varias aptidões e pode chamar a atenção de quem a cerca.

Os laços que se desenvolvem no decorrer da vida destas mulheres influenciam não só naquele momento ou naquele atendimento, estas amizades são condições que possibilitam a autonomia da mulher, a auto estima dela e a segurança em saber que podem contar com alguém que não seja da família ou mantenha laços consangüíneos (CORREIA, 2013).

Manter relações de afeto é um caminho de auto cuidado, é bom para o ser humano confiar em alguém e saber que em momentos de necessidade terá alguém que pode lhe ajudar.

Acesso ao benefício assistencial

Algumas mulheres do estudo tiveram acesso ao benefício de prestação continuada (BPC), e referem não ter tido dificuldade para o alcance deste direito, as falas nos confirmam:

Recebo, foi bem tranquilo, não teve dificuldades para conseguir[...](M8)

Sim, em questão de 30 dias eu tava recebendo(benefício), foi bem rápido[...](M9)

O BPC representa autonomia no cotidiano dessas mulheres, uma vez que perfaz um montante financeiro que qualifica a vida e proporciona aquisições de materiais necessários. O valor do BPC é de um salário mínimo e este é concedido após rigorosa avaliação do INSS por profissionais médicos e assistente social (BRASIL, 1993).

Para a concessão deste é necessário que a PcD ou pessoa responsável por ela se encaminhe até uma agencia do INSS com os documentos de todos os integrantes da casa, comprovação de

renda de cada um e o laudo médico que explicita a deficiência desta mulher, ao entregar estes documentos o INSS agenda uma perícia médica e uma consulta com a assistente social, após passar por estes dois profissionais, eles definirão se o benefício deve ser deferido ou não e no prazo de aproximadamente 45 dias a PcD já estará recebendo (VAITSMAN,LOBATO, 2017).

O significado de deficiência pra aquisição do BPC vem sofrendo inúmeras alterações ao longo dos anos e em 2007 foi afirmada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a qual considera as deficiências como alterações funcionais e da estrutura do corpo, levando em conta as condições sociais e pessoais do PcD (VAITSMAN e LOBATO, 2017).

Estudo mostra que analisar o perfil da mulher deficiente usando a CIF, contribui para a concessão do BPC de forma positiva, uma vez que são consideradas as condições do meio em que esta mulher vive e de que forma isto influencia para a expor a maiores situações de vulnerabilidade o que por sua vez confere a necessidade do benefício o qual objetiva a proteção e subsidio para as condições mínimas de vida (DUARTE et al, 2017).

As mudanças ocorridas tornam o acesso a este benefício menos árduo e a necessidade dele para as PcD é notória, visto que asseguram dignidade e uma vida com melhores condições a um público ainda muito vulnerável e desamparado (PAULA, ALMEIDA, 2017).

A maioria das mulheres deste estudo que recebem o BPC refere utilizá-lo para além de suas necessidades particulares, complementam a renda da família, auxiliam no pagamento de contas da casa e de gastos com a saúde dos filhos.

Utilizo pra pagar a luz (M1).

Compro remédio, pago a luz, e ajudo nas contas da casa (M2).

No que posso, ajudo na casa, pra remédio, pra minha menina, é mais pra saúde ou pra alguma outra necessidade minha (M5).

Eu uso[o benefício] para comprar o que eu preciso e estou fazendo uma poupança, e já falei para[...a família, que até que eu for viva e ela [irmã] puder me cuidar é com ela que eu quero ficar, e o dia que eu morrer quem ficar comigo até o fim é para quem eu deixo a poupança(M6)

Pras compra minhas coisinhas, alimentação e bem estar. (M8)

Pra remédio, consultas, coisas pra mim. (M7)

Pra viver né, gastos da casa e essas coisas.(M9)

A utilização do BPC, trás para as mulheres autonomia, segundo Costa (2016) receber o BPC vai muito além de obter um montante financeiro, é uma condição que reflete na independência e cidadania da mulher. A partir do momento que elas conseguem auxiliar nos gastos da casa elas se sentem melhores, e por ser um ganho próprio elas podem consumir da maneira que consideram mais apropriada, seja acrescentando na renda familiar ou obtendo produtos que são de

seu interesse.

A partir das falas, é possível observar que o BPC recebido pela mulher deficiente não supre somente as necessidades individuais dela, mas auxilia com o bem estar de toda a família, diante disso, Rodrigues e Osterne (2015) refletem que a família é parte central no cuidado prestado à deficiente, e que para concessão deste benefício é considerada a renda familiar e não somente da PcD, sendo assim o uso também pode ser em conjunto e não individualizado, um vez que o bem estar da mulher deficiente depende, na maioria dos casos, do conjunto familiar.

Para a mulher deficiente de meio rural, o BPC como já citado representa autonomia e ganho de poder, podendo gerar sentimento de protagonismo de sua vida e refletindo em condições de bem estar para a PCD.

4.2 Mulheres e Situações de violência

Para discutir as situações de violência que as mulheres deficientes que vivem em contexto rural sofrem, neste estudo, adotou-se o conceito de violência de gênero trazido por Minayo (2010) o qual discorre que violência de gênero são formas de repressão e perversidade que ocorrem nas relações entre homens e mulheres, e que independente da classe social, raça, etnia ou faixa etária, a mulher geralmente é quem sofre violência. Ao acarretar processos de adoecimento na vida das mulheres, ela torna-se a uma questão de saúde pública. Ademais, também representa uma violação dos direitos da mulher. (MINAYO, 2010).

É pertinente mencionar ainda o conceito de violência intrafamiliar, que “é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e em relação de poder à outra” (BRASIL, 2001, p15). A partir destes conceitos será possível compreender e discutir as situações de violência que envolvem o cotidiano destas mulheres.

Concepção de Violência

As mulheres concebem como violência a agressão física que ocorre quando o marido agride a mulher fisicamente.

O marido bate na gente, acho que não deveria fazer isso, já que vive com a gente (M1)

Violência é quando tu é agredido... (M3)

A concepção de violência para as mulheres deste estudo esta baseada principalmente na agressão física, e neste aspecto estudo realizado com mulheres do meio rural sobre violência

corroborar estes achados. Ademais, fora desta condição às mulheres não conseguem perceber a violência (HIRT et al, 2018).

Neste aspecto, estudo internacional com mulheres Uganenses com e sem deficiência revelou que as mulheres com deficiência têm maior vulnerabilidade a violência por parceiro íntimo do que aquelas que não apresentam deficiência (VALENTINE, AKOBIRHOEV, MITRA, 2019)

No Brasil, estudo realizado no meio rural, na metade sul do Rio Grande do Sul revela maior prevalência de violência física em mulheres com idade de 34 anos ou menos registrados em delegacias, sendo que dados da saúde mostram que as maiores taxas são de lesão corporal e feminicídio ocorrem na região norte do estado (BUENO, LOPES, 2018). Tanto nos registros da delegacia e do serviços de saúde com mulheres rurais observa-se que a violência física é a mais presente. Isso reforça o senso de que a violência física é mais frequente, no entanto os demais tipos de violência estão na sociedade mas não reconhecidos como tal, especialmente pelas mulheres.

Quanto a prevalência de violência em mulheres rurais deficientes, infere-se que há possibilidade de ser alta, tendo em vista as construções sociais de identidade de gênero, no entanto observa-se escassez de estudo tendo em vista a dificuldade de abordar este tema.

A violência de gênero é aquela que ocorre quando o homem perpetua situações que afetam física e psicologicamente a mulher, e pode ser explicada como sendo uma condição em que o homem impõe superioridade, poder e medo sobre a mulher a fim de persuadi-la a algo ou simplesmente ser mais que ela, este tipo de violência pode ocorrer dentro de casa ou em espaços públicos e pode causar desde lesões físicas, traumas psicológicos e morte da mulher (SILVA, 2018).

Quando relacionamos a violência à mulher rural, as condições se agravam, visto que essas mulheres vivem em territórios com pequenas populações, distantes dos serviços da rede de atenção e enfrentamento a violência e com o difícil acesso devido à ausência de transportes públicos e estradas sem estrutura para trafegar. Ademais vivem relações conjugais permeadas por uma cultura de dominação masculina, uma vez que são os homens que assumem o papel de provedores da família e, com isso detém maior poder (COSTA, NARVAZ, CAMARGO, 2018).

As mulheres deficientes que vivem em meio rural, não diferente das não deficientes também consideram a violência física praticada pelo homem contra mulher como noção de violência contra mulher.

Tipos de violência

Ao serem questionadas sobre os tipos de violência, as mulheres deste estudo identificam à psicológica, e consideram-na grave. A agressão verbal foi a mais citada.

Principalmente se for verbal, for agressão com palavras... pra mim é pior que me dar uma facada(M2)

...não so fisicamente mas também verbalmente(M3)

Eu acho assim que não é so o bater, uma palavra pode doer muito mais(M5)

Brigar, agredir, xingar(M6)

Ah, acho que a palavra as vezes machuca bem mais que bater. (M9)

Maltratar né. (M10)

A violência psicológica está presente no cotidiano da mulher rural muito além do que ela imagina, se configura na forma de dominação por parte do homem sob a mulher, aparecendo por meio de xingamentos, ameaças, coerção e privação da liberdade e origina consequências mais profundas que a violência física (HONNEF et al, 2017).

Este tipo de violência ainda que invisibilizado dentro e fora de casa provoca medo e angustia na mulher, a expondo a maiores vulnerabilidades e deixando-a suscetível a outros tipos de violência ou situações constrangedoras, as quais não permitem seu desenvolvimento social por estar imersa em uma situação de insegurança (ACOSTA et al, 2015).

A violência psicológica é prevalente em mulheres usuárias da Atenção Primária a Saúde, e esta ocorre majoritariamente no domicilio sendo o agressor na maioria dos casos é alguém conhecido da vítima (SIQUEIRA et al, 2018). E infere-se que quanto a mulheres rurais e deficientes essa situação possa também ocorrer de forma ainda mais severa quando esta tem ausência de suporte familiar.

A violência psicológica pode afetar a mulher de diversas maneiras dentre elas prejuízos em sua vida social, repressão e abalos emocionais, o que compromete o físico, o psíquico e o social da mulher (SIQUEIRA, ROCHA, 2019).

A violência psicológica está escondida num cenário vasto de múltiplas vulnerabilidades, e os achados nos fazem refletir sobre a necessidade de maior atenção para esta situação que deixa as mulheres exposta e sem representações no corpo, pois seu maior impacto permanece invisível, no psicológico.

Presenciou Violência

As participantes do estudo vivenciaram a violência e atualmente estão livres dessas situações, assim como já presenciaram contra outras pessoas e sentiram-se impotentes diante da situação.

Já vi os outros sofrerem [violência] mas não pude fazer nada, fiquei triste mas não tinha o que fazer(M1)

Já presenciei, [...] (M2)

As mulheres mesmo em situação de violência, inúmeras vezes podem não conseguir se desvencilhar do parceiro agressor seja por questões afetivas ou financeiras, segundo estudo realizado por Netto et al (2015), algumas mulheres referem esperar o seu limite máximo para procurar ajuda e denunciar, elas alimentam a esperança de que o sujeito possa mudar e passar a tratá-las como no início do relacionamento ou despendem preocupações com os filhos em relação à ausência de um pai.

Ao viver a violência, o registro do Boletim de ocorrência na Delegacia de Polícia é realizado por algumas mulheres, sobre o efeito da raiva. Após elas repesam sua atitude, e evitam medidas judiciais, Já outras mulheres, mantêm o BO e dão seguimento ao processo e o caminho percorrido não é fácil sendo preciso ser firme e ter apoio (MACARINI e MIRANDA, 2018).

Ao presenciar a violência, estudo mostra que algumas mulheres que vivem em contextos rurais, têm em suas memórias lembranças que marcaram suas vidas ao ver suas mães, vizinhas e outras mulheres sendo tratadas verbalmente de maneira grosseira e destacam que nunca se libertaram destas memórias. (HONNEF et al, 2017)

Mulheres que presenciaram a violência vivida por outras mulheres não conseguem dar apoio e suporte, devido a questões culturais como a famosa frase “em briga de marida e mulher ninguém mete a colher” o que em muitas situações representa omissão de ajuda. Vizinhos, amigos, serviços de saúde e outros indivíduos mascaram a real situação, a sociedade aceita e naturaliza essa convivência violenta (THURLER, 2017)

Vivenciou a violência na família

As participantes do estudo sofreram violência intrafamiliar, seus familiares humilhavam, as agrediam verbal e fisicamente durante a infância e a deficiência não foi motivo para proteção.

Até em casa minha irmã fazia farra[deficiência] de mim(M7)

Eu apanhava da minha irmã e também meu irmão me chamava de pepino (M4)

O meu pai né, bastante agressivo, eu era pequena né, e meu pai pegava aquelas mangueira preta de água sabe, e daí eu sentada na cadeira ele pegava elas e vinha e dava nas minhas pernas, deixava uns vergões. (M8)

...já vivi, hoje não vivo mais [...] (M2)

Agressão, eu já vivi... (M8)

A violência intrafamiliar pode ocorrer no espaço doméstico, dentro de casa, ou em locais públicos, estudo realizado no nordeste brasileiro mostra que em 53% dos casos de violência, o agressor era homem e em 96% das vezes este homem era familiar da vítima (FIGUEIREDO, 2019). Outro estudo realizado no Distrito Federal mostrou que 68% dos agressores são homens e 19% são

os companheiros, seguidos de pais e amigos (SILVA, OLIVEIRA, 2016). Estudo revela que os agressores além do pai e do irmão são também a, irmã, mãe, filho ou padrasto (OLIVEIRA et al, 2019).

O fato do homem ser na maioria dos casos o agressor reforça a ideia do patriarcado, trazendo à tona a condição de subordinação da mulher ao homem e de hierarquia onde ele é o detentor do poder e toma as decisões (HONNEF, 2017).

A violência intrafamiliar ocorre de maneira silenciosa e deixa marcas profundas nas vítimas desde sua infância, estudo mostra que a violência física e maus tratos corresponde a 84,4% seguida da violência psicológica, 83,7%, além disso, os maus tratos físicos sobrepõem-se em crianças com deficiência intelectual quando relacionados a outras deficiências. O vínculo afetivo que as crianças deficientes apresentam com seus agressores, inviabiliza a fala, pois a mesma pessoa que bate é a que cuida (BARROS, DESLANDES, BASTOS, 2016). Neste estudo, as mulheres deficientes rurais verbalizaram a violência sofrida por seus familiares na infância e na idade adulta.

Ter alguma deficiência, ser mulher e morar no rural não minimiza situações de violência, pelo contrário, são condições que deixam a mulher mais exposta e vulnerável, e fatores como acesso aos direitos, distanciamento dos serviços de saúde e proteção e o medo, interferem na busca por ajuda, tornando o ciclo da violência longo e deixando marcas.

Vivenciou a violência na escola

Algumas mulheres sofreram violência na escola por meio de discriminação, isso ocorreu em virtude da deficiência física, elas relataram ser imitadas e receber apelidos.

Quando ia na escola, faziam deboche e imitavam como eu caminhava, eu me sentia mal(M7)

Quando criança diziam, a mãozinha, davam aqueles apelidos, e eu chorava,[...] uma vez eu caí na escola e ralei todo o braço, eu fui pra sala e puxei a carteira bem perto e não mostrei pra ninguém, e aquilo sangrava, mas por vergonha não mostrei pra ninguém.(M3)

[...] às vezes no colégio davam apelidos e coisa né e brigavam bastante comigo (M8)

A deficiência na fase adulta pode representar condições de preconceito e discriminação, no entanto o impacto psicológico para a criança é muito mais marcante, algumas mulheres do estudo relatam estas situações quando crianças dentro da escola e trazem suas falas carregadas de sentimento e demonstram certa tristeza diante os episódios vividos.

A escola para além de um ambiente de ensino representa ainda um fator importante para a socialização das crianças com deficiência, incluí-las neste ambiente é essencial para seu desenvolvimento em sociedade e para que estas desenvolvam bons sentimentos com relação a suas deficiências, porém Tavares, Teixeira e Bispo (2017) nos dizem que esta inclusão ainda sofre

entraves em função da formação dos professores, que não sabem de maneira integral trabalhar com estas crianças e por questões do espaço físico disponível, que por vezes não é adaptado para receber este público.

Outro motivo que interfere nesta inclusão é a ideia que alguns professores criam antes mesmo de conhecer a criança com deficiência, estigmatizam a PcD, imaginando que esta não será capaz de se desenvolver e por conseguinte acaba se tornando realidade, pois o ensino prestado não alcança o entendimento daquele novo aluno que traz consigo singularidades (RIBEIRO, 2016).

Em sua pesquisa Silva (2018) discorre sobre estudos que mostram que deficiências físicas que prejudicam a mobilidade e deficiências que afetam a fala, tornam as crianças mais dependentes de professores e/ou monitores, diminuindo conseqüentemente sua interação e socialização com os demais colegas, e aponta ainda que a presença de olhares negativos sobre aquela criança, proveniente dos colegas e dos próprios profissionais da escola, os desmotiva, tornando-os excluídos do convívio escolar.

No ambiente que deveria ser para ensino, a criança se depara com a discriminação de várias formas, verbal, física e psicológica; estudo mostra que os meninos representam a violência contra colegas principalmente de forma física enquanto que as meninas investem nas condições verbais e psicológicas, esses atos contra a crianças deficientes acarretam em danos no seu desenvolvimento e na participação em aula, as tornando excluídas das interações escolares (REIS, OMODEI, 2015).

Estudo internacional com jovens adolescente revela que a violência esta presente na escola e é praticada por colegas e funcionários e quando relacionada a presença de deficiência há maior prevalência com adolescentes com deficiência. As intervenções educativas realizadas com o grupo de alunos e funcionários da escola mostrou mudanças nos níveis de violência na escola (DEVRIES et al, 2018).

A lembrança da violência sofrida pelas mulheres rurais na escola revela que estes locais ainda não estão preparados para receber crianças com deficiência e que isto pode afetar emocionalmente estas e impedir o desenvolvimento intelectual e social.

Discriminação

Uma das participantes relata que sofre discriminação e preconceito em função da deficiência física especialmente dos estranhos na rua.

Ah, tem dias que não tenho nem vontade de sair, já vai fazer 5 anos né, mas as vezes na rua as pessoas olham, cochicham, aí quem já ta acostumado comigo assim beleza, mas sempre tem aqueles que nunca viram e começam a falar (M9)

As discriminações existem desde muito tempo, pessoas sofrem preconceito em função de sua raça/etnia, nível socioeconômico, grau de escolaridade, escolha sexual, idade e sexo

(CAVALCANTI, 2017) e não diferente é com a mulher que apresenta alguma deficiência, nestes casos ela sofre dupla, triplamente e acaba por ser exposta a questões discriminatórias com maior frequência, muitas vezes é reconhecida apenas pela sua deficiência sendo usados termos pejorativos e de baixo calão para agredi-la de forma que não somente física (QUINTEIRO, VEIGA, PINTO, 2017).

Nesta mesma linha de pensamento, Diniz (2017) discorre que a deficiência deve ser vista como algo natural, todas as pessoas apresentam singularidades, algumas menos a mostra, outras mais, neste sentido a deficiência toma seu lugar, ela representa uma parte de um ser humano que é diferente de outro e assim como as demais pessoas precisa de mais ou menos cuidados médicos, porém isso não deve torná-la alvo de discriminação, pois cada corpo se adapta a sua maneira no meio em que vivemos o que conseqüentemente faz com que ninguém viva da mesma forma.

Para reforçar este pensamento é interessante trazer para a discussão o modelo social da deficiência, Costa et al (2016) afirmam que este modelo embasa a ideia de que a deficiência não é caracterizada pela lesão que a pessoa tem, mas sim pela dificuldade que a sociedade tem em se adaptar com aquela diferença, e que a partir do momento que o grupo social se adaptar não haverá mais discriminações ou preconceitos.

Procura de ajuda

Algumas participantes do estudo, após sofrer violência procuraram ajuda com profissionais da saúde, serviços de saúde e Delegacia de Polícia.

Procurei a psicóloga pra me ajudar(M4)

...eu, lacranhada, vertendo sangue, fui a pé, no vizinho, paguei pra ele me levar no meu pai, [...] fui por dentro do mato, para eles [marido e filho] não me vêem, com as crianças. No outro dia fui para [outra cidade] fiz a ocorrência, tirei laudo médico e depois fiquei uns 15 dias com as crianças lá no pai(M2)

A busca por ajuda representa um passo importante na conquista pela liberdade, Machado e Lourenço (2017), relatam que algumas mulheres que sofreram violência buscaram ajuda. Os amigos foram à primeira opção, seguido da família.

As mulheres deste estudo procuraram ajuda nos serviços de psicologia e da Delegacia de Polícia. Neste sentido, estudo realizado por Soares e Lopes (2018) mostra que mulheres em situação de violência buscam ajuda em serviços de psicologia, psiquiatria, e médicos da Saúde da Família.

Quando a mulher sente a necessidade de ajuda e sai em busca deste auxílio, pode-se chamar este processo de rota crítica, esta pode ser uma experiência positiva ou negativa, estando fortemente vinculada com o serviço ofertado, uma vez que, ao ser bem acolhida e encaminhada a mulher encontra respaldo para suas angústias, no entanto, se não se sentir bem é possível que desista de sua

busca e mantenha-se no ciclo da violência (BARAGATTI et al, 2018).

Mulheres em situação de violência buscam por ajuda de diferentes formas e em diversas esferas da sociedade. Estudo mostra que o isolamento social e a indiferença são maneiras de buscar proteção, no entanto ao buscarem ajuda na assistência social, em serviços de proteção que fornecem apoio emocional e se necessário financeiro, estas mulheres recebem de fato uma ajuda efetiva e começam a sensibilizar-se diante a situação que estão vivenciando, percebendo que não é natural e precisa ser freada (ROCHA, GALELI, DE ANTONI, 2019).

Ajuda não significa fraqueza, mas sim coragem e força para sair de uma situação não condizente com uma vida digna. Buscar ajuda é buscar liberdade e traz sentimentos bons para a mulher. A partir de estudo realizado por Assis et al (2017) com mulheres em situação de violência, foi possível perceber após terapias comunitárias que elas manifestaram sensação de bem estar, relatando sentimento de empoderamento, melhora da autoestima, autoconhecimento e autonomia, destacando aspectos de auto valorização e mudança no pensamento a fim de trilhar novos caminhos.

Segundo estudo, os filhos representam significativo apoio e são fonte motivadora na busca por ajuda, já o agressor, é na maioria dos casos o companheiro da vítima e é considerado obstáculo para a mulher pedir ajuda (BARAGATTI et al, 2018).

Além disso, mulheres que apresentam condições econômicas mais favoráveis e tiveram acesso a educação por maior tempo aliada com a severidade da violência sofrida e a presença e acesso a serviços protetivos que sejam estruturados e apresentem atendimento qualificado incentivam a busca por ajuda (BARAGATTI et al, 2019).

As mulheres deste estudo moram no meio rural que geograficamente situa-se distante dos serviços protetivos, desta maneira precisaram buscar apoio nos vizinhos e amigos mais próximos, as questões da deficiência tornam este caminho mais árduo, considerando que ir apenas uma vez no serviço protetivo não basta, pois é um processo que absorve tempo e exige a presença delas mais de uma vez, neste aspecto a mulher sente-se ameaçada até realmente estar protegida e conseguir desfrutar de sua liberdade.

Enquanto algumas mulheres do estudo relataram busca por ajuda para desvencilhar-se da situação, outra não procurou por ajuda.

... nunca procurei ajuda(M3)

Os fatores que influenciam a busca ou não por ajuda estão muitas vezes relacionados a questões de afeto, vínculo financeiro ou a criação dos filhos, estudo de Oliveira e Leal (2016) ressalta que estas são condições ponderadas por elas para permanecer na situação. Além disso, mulheres rurais que vivem em situação de violência de gênero se encontram em isolamento e seus contatos mais próximos são os filhos.

A falta de informação e conhecimentos, percepções a cerca da situação, atitudes negativas das pessoas nos serviços procurados, escassez de recursos disponíveis e experiências anteriores afetam a motivação das mulheres para prosseguir na busca por ajuda, desestimulando-as e perpetuando a violência (BARAGATTI et al, 2018).

Cabe aqui dizer que mesmo após inúmeros avanços no sistema de saúde e de políticas públicas ainda é preciso muito esforço para que as ações cheguem até as mulheres deficientes que vivem no contexto rural pois estas encontram-se desassistidas, com relação ao acesso e acessibilidade. Na maioria dos casos a residência fica distante dos serviços, o preparo da equipe que irá acolher esta demanda por vezes não é qualificado o suficiente e ainda hoje, se encontra fragmentado, dificultando um cuidado efetivo. Há também falta de atenção por parte dos órgãos gestores, que não buscam se atualizar e repensar políticas e cuidados inerentes a este público (PITILIN e LENTSCK, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer deste estudo, foi possível conhecer e compreender as situações de vulnerabilidades e violências que as mulheres deficientes experienciaram em seu cotidiano. Viver em contexto rural pode ser um fator agravante para esta situação, pois limitações físicas, intelectuais, auditivas e visuais que são impostas pela deficiência, quando associada a privações de suporte familiar e dos serviços ofertados pelo estado e aliadas à distância geográfica destes, acentuam as vulnerabilidades incluindo a violência.

As 10 mulheres participantes do estudo apresentaram média de idade de 52 anos, variando entre 38 e 84 anos, 6 delas eram casadas, 7 têm filhos, 6 sabem ler e escrever e apenas uma concluiu o ensino médio, quanto a renda 4 disseram receber o BPC que representa R\$998,00, uma delas recebe bolsa família que equivale a R\$230,00, duas recebem aposentadoria por idade perfazendo o valor do salário mínimo (R\$998,00) e uma auxílio doença também no valor do salário mínimo (R\$998,00) e 2 delas não recebem nenhum tipo de auxílio financeiro, fora estes valores referiram ainda receber às vezes algum valor sobre a venda da “criação”, ou então em relação a algum plantio e no caso das que não recebem nenhum auxílio assistencial são os amigos e a população da cidade que contribuem.

No que tange as deficiências, seis delas têm congênita e quatro adquirida. As M1e M8 têm deficiência intelectual congênita de baixo grau, as M3, M5, M6 e M7 têm deficiência física congênita e as M2, M9 e M10 apresentam deficiência física adquirida e a M4 tem deficiência múltipla, física adquirida e intelectual de baixo grau.

Os serviços que desenvolvem estão aliados a ideia cultural do patriarcado onde o poder esta centrado nas mãos dos homens e mesmo aquelas que exerciam atividade remunerada fora do lar dependiam de seus companheiros para o deslocamento, as expondo a situações de inacessibilidade a direitos mínimos de vida.

No que tange as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, que fragilizam essas mulheres o estudo revelou: a responsabilidade na infância, (des)acesso a escola, (des)acesso ao trabalho e renda, (des)acesso aos direitos, (des)acesso a Benefício Assistencial, (des)acesso ao transporte público e barreiras ambientais e arquitetônicas, inaptidão para o trabalho doméstico e mobilidade física prejudicada.

Os fatores que protegeram essas mulheres foram: acolhimento na escola, esperança na reabilitação, aceitação da deficiência, o atendimento no serviço de saúde, relações com os profissionais dos serviços de saúde e acesso ao benefício assistencial.

Com isso, observa-se que os fatores que fragilizam e protegem as mulheres deficientes estão relacionados aos contextos de vida de suas famílias (condições de trabalho, terra própria ou

não, recursos financeiros vindos da agricultura, se estes são suficientes para o sustento da família e da deficiente e relações interpessoais que podem ser protetivas ou abusivas), locais onde residem (próximo ou distante dos serviços - acesso por meio de transporte público ou privado) e organização dos municípios com a oferta de serviços essenciais da rede de atenção a pessoa com deficiência, além dos serviços básicos como escola, saúde, lazer entre outros.

As vulnerabilidades evidenciadas neste estudo revelam aspectos relacionados às concepções de gênero que tangenciam a vidas dessas mulheres e de suas famílias e implicam na violência simbólica vivenciada por elas a exemplo da divisão sexual do trabalho, quando ainda crianças, algumas assumiram o cuidado de pessoas da família e da casa. E aquelas que na fase adulta tiveram a oportunidade de trabalhar, quando sobreveio a deficiência e a necessidade de readaptação a uma nova forma de executar o trabalho, que foi sob o suporte do marido.

Este estudo reforça a ideia de que as mulheres deficientes que vivem no meio rural crescem em meio a normas sociais muito tradicionais, com papéis masculinos e femininos definidos e distintos em que a mulher cabe cuidar da casa, dos filhos, marido e pessoas mais velhas estendendo com limites a algum tipo de trabalho produtivo cuja renda complementa a familiar, ainda assim o homem é o responsável pela administração da renda familiar. Neste, aspecto a mulher com deficiência também assume esses papéis e enfrenta dificuldades para desempenhá-los, especialmente por não obterem suporte da família ou do estado.

Algumas mulheres mesmo em condições limitadas desempenham esses papéis, quando não conseguem solicitam auxílio das filhas mulheres, reforçando a ideia que este é um serviço feminino.

As mulheres deste estudo tinham lembranças da infância de preconceito e discriminação sofridas no espaço doméstico e público, em função da deficiência, e praticada por familiares e colegas da escola e quando se referiram a concepção de violência contra mulher foi a violência física praticada pelo homem à mulher. Também identificaram a violência psicológica como um dos tipos que afeta de forma contundente a vida e a saúde. Algumas mulheres presenciaram a violência vivida por outras mulheres e não conseguiram ofertar ajuda como parceiras e nem auxiliá-las na busca de suporte dos serviços.

Outras mulheres que vivenciaram a violência procuraram ajuda, nos vizinhos, na Delegacia de Polícia e nos serviços de saúde. A discriminação também esteve presente na vida dessas mulheres em idade adulta no espaço público, estas transitam nas cidades e causam estranhamento aos olhos da população que ainda não consegue respeitá-las, ao contrário, ainda há atitudes preconceituosas por parte de algumas pessoas que vivem em contexto rural.

A sensibilização dos gestores dos municípios quanto a existência dessas mulheres

deficientes vivendo em contextos rurais e suas vulnerabilidades à violência por ausência de direitos e (des)acesso a estes, que as impede de ter melhores condições de vida e desenvolvimento social e violências vividas relacionadas neste estudo poderá servir de base para reflexões e elaborações de propostas que ampliem ações intersetoriais que proporcionem a proteção e o desenvolvimento social destas mulheres e de outras que podem estar nas mesmas condições.

No trajeto percorrido para a realização do estudo foram encontradas algumas limitações, das quais salienta-se a dificuldade na entrevista com a mulher que por vezes não sabia responder e se sentia constrangida, no entanto em momento algum a pesquisadora expôs estas mulheres, agindo de maneira íntegra e buscando amenizar essas situações de forma que as PcD's se mantivessem a vontade para os demais questionamentos a cerca de suas vidas, houve também dificuldades no que confere a confiança, visto que a pesquisadora teve apenas um contato com estas mulheres e de primeiro momento elas não se sentia seguras para expressar suas angústias, porém no decorrer da entrevista elas se demonstraram mais solícitas e abertas para a conversa.

Cabe ressaltar aqui que o número de entrevistadas não é tão expressivo, uma vez que o trabalho buscou qualificar as condições e não quantificá-las, sendo assim, seria audacioso generalizar os dados encontrados, considerando ainda que o contexto pesquisado é específico de uma região e não pode ser comparado com todas as demais, pois apresenta características muito peculiares e próprias.

No entanto este estudo mostrou relevância quando comparado com estudos nacionais, o que contribui para os avanços da pesquisa e valida a necessidade de espaços para as PcD's, onde elas possam se expressar, decidir e se empoderar diante as condições de vida que são submetidas; esta reflexão corrobora ainda com a premência de políticas públicas voltadas para esta população, que permitam maior visibilidade e assegurem de maneira clara que a deficiência não é um empecilho na vida de ninguém, e que a sociedade é que precisa se adaptar as diversidades humanas. Soma-se a isso, a necessidade de articular políticas públicas de enfrentamento a violências em contextos rurais, as quais na prática são difíceis de serem executadas, especialmente nos serviços de saúde, para tanto é preciso disponibilizar ações individuais e coletivas de prevenção, promoção e proteção nos serviços de assistência social como CRAS e CREAS e nas Delegacias de Polícia e demais serviços da rede.

6. REFERÊNCIAS

- ACOSTA D.F et al. Violência contra a mulher por parceiro íntimo: (in) visibilidade do problema. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis vol. 24, nº 1, p. 121-127, Janeiro/Março 2015.
- ALMEIDA H.J.L. **Vulnerabilidade de mulheres com deficiência que sofrem violência**. Monografia (Bacharelado em Serviço social), Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011
- ALMEIDA M.G Mulheres rurais: a descoberta e conquista da cidadania pela valorização dos quintais. **Rev. GeoNordeste**, Goiás, nº 2, p. 138-161, fevereiro 2016.
- AMARAL F.L.J.S et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, nº 7, p. 1833-1840, Julho 2012.
- AMORIM E.G.; LIBERALI R.; MEDEIROS NETA O.M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Holos**, [S.I.], vol. 1, p. 224-236, fev. 2018.
- AMORIM E.O.; FIUZA A.L.C.; PINTO N.M.A Mulher e trabalho no meio rural: como alcançar o empoderamento? **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, vol. 28, nº 1, p. 195-213, janeiro/junho 2015.
- ASSIS N.M. et al. Grupo de empoderamento e terapia comunitária para mulheres em situação de violência doméstica: relato de experiência. **Rev. SANARE**, Sobral, vol.16, nº 01, p. 96-101, 2017.
- AYRES J.R.C et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. Tratado de saúde coletiva [S.l: s.n.], 2009.
- AYRES J.R.C. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol.18, supl.2, p. 11-23, Abril/Junho 2009.
- BANDEIRA C.L.J et al. Educação em saúde para crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde. **Revista Varia Scientia**, Paraná, vol. 5, nº 1, p. 59-65, 2019.
- BANDEIRA L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Rev. Soc Estado**. Brasília, vol. 29, nº 2, p. 449-69, Maio/Agosto 2014.
- BARAGATTI D.Y et al. Rota crítica de mulheres em situação de violência: revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**, vol. 43, e34, p. 1-9, Março 2019
- BARAGATTI D.Y et al. Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 26, e3025, p. 1-9, 2018.
- BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. 1ª Ed, 3ª reimp. São Paulo. Edições 70º, 2016
- BARROS A.C.M.W.; DESLANDES S.F.; BASTOS O.M A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, nº 6, e00090415, Junho 2016.
- BARZONE C.V.; ALMEIDA R.A Protagonismo das mulheres assentadas no Território Rural do

Bolsão-ms: gênero, território e resistência camponesa. **Rev. Colombiana de Geografia**, Colômbia, vol. 28, n.º 2, p. 241-254, março 2019.

BAYLÃO A.L.S.; SCHETTINO E.M.O **A inserção da mulher no mercado de trabalho brasileiro**. XI Simpósio de excelência em gestão e tecnologia. 2014

BOCCOLINI P.M.M.; et al. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.22, nº11, p. 3537-3546, Novembro 2017

BOURDIE P. **A dominação masculina**. 11ª Ed, Editora Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL Lei nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília, DF, 2006

BRASIL. Decreto nº 7.612 de 17 de Novembro de 2011. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF, Julho de 2015.

BRASIL. Lei nº 13.836 de 4 de Junho de 2019. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Brasília, DF, 1991.

BRASIL. Lei nº 8.742 de 7 de Dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF, 1993

BRASIL. Lei nº 8.989 de 24 de Fevereiro de 1995. Brasília, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da agricultura, pecuária e abastecimento. Secretaria de agricultura familiar e cooperativismo. **O que é a agricultura familiar?** 2016

BRASIL. Ministério da cidadania. Secretaria especial do desenvolvimento social. **Benefício assistencial ao idoso e à pessoa com deficiência (BPC)**. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. 2ª ed. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço** / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. Norma Operacional Básica NOB/SUA**. 1ª reimpressão. Brasília, 2009

BRIGNOL P et al. Rede de apoio a pessoas com deficiência física. **Rev. enferm UERJ**, Rio de

Janeiro, vol. 25, nº 1, p. 175-184, Março 2017.

BUENO A.L.M.; LOPES M.J.M Mulheres rurais e violências: leituras de uma realidade que flerta com a ficção. **Rev. Ambiente & Sociedade**, São Paulo, vol. 21, e01511, Julho 2018.

CARDOSO V.D A reabilitação de pessoas com deficiência através do desporto adaptado. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, vol. 33, nº 2, p. 529-539, Abril/Junho 2011.

CARMO M.E., GUIZARDI F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 34, nº 3, e00101417, Março 2018.

CARVALHO A.J **A importância do transporte público e da acessibilidade como meios de acesso a direitos de cidadania das pessoas com deficiência: o caso dos cadeirantes de franca-sp.** Dissertação (Mestrado em Planejamento e Análise de Políticas Públicas). Universidade Estadual Paulista, Franca, 2017

CARVALHO P.R Gênero e identidade: pressupostos sociobiológicos e pós-modernidade. **Rev. O olho da história**, nº 24, Dezembro 2016

CAVALCANTI M.E.F.G **O direito e as discriminações sociais no âmbito da deficiência física.** Monografia (Bacharelado em Direito), Universidade Federal de Pernambuco, 2017.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Ed. USP; 2003.

COIMBRA C.E.A. Saúde rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol.52 supl.1, 2s, Setembro 2018

CORREIA N.S.P **Amizade é...As relações de amizade em adultos com Deficiência Intelectual.** Tese (Mestrado em psicologia). Instituto Universitário ciências psicobiológicas, sociais e da vida, Lisboa, Portugal, 2013.

COSTA C.; NARVAZ M.G.; CAMARGO K. Violência de gênero em áreas rurais: o caso de Santana do Livramento (RS). **Rev. Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, vol. 54, nº 2, p. 229-239, Maio/Agosto 2018.

COSTA M.C.; LOPES M.J.M.; SOARES J.S.F. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol, 19, nº 1, p:162-168, Março 2015.

COSTA N. R et al Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. **Rev. Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, vol. 21, nº 10, p. 3037-3047, Outubro 2016.

CRUZ D.L **Família, deficiência e proteção social: Mães Cuidadoras e os serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).** Monografia (Mestrado em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social). Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, DF, 2011.

DAINEZ D.; SMOLKS A.L.M A função social da escola em discussão, sob a perspectiva da educação inclusiva. **Rev. Educ. Pesqui.**, São Paulo, vol. 45, e187853, Abril 2019.

DEVRIES K et al. Reduzindo a violência física em relação aos alunos da escola primária com

deficiência. **Rev. Saúde do adolescente**, vol. 63, nº 3, p. 303-310, Março 2018

DINIZ D **O que é deficiência**. Editora Brasiliense, São Paulo, 2017

DUARTE C. M. R et al Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil. **Rev. Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, vol. 22 nº 11, p. 3515-3526, Novembro 2017.

DUARTE, F. M. O.; CORREA, M. H.; BUENO, R. C. O Desafio de Incluir Pessoas com Deficiência (PCDS) no Trabalho: Um Estudo para Mais Recursos Humanos. **Rev. Científica Doctum: Multidisciplinar**, Caratinga, vol. 1, nº 1, p. 1-17, Abril 2018.

DUPONT S.L **O espaço das mulheres: a exploração e precarização na nova divisão sexual do trabalho**. Congresso Internacional Humanidade nas Fronteiras, Paraná, 2017.

FERREIRA J.S **Gênero e trabalho doméstico: mudanças para manter as mulheres no mesmo lugar?** XXVIII Simpósio Nacional de História, Florianópolis, 2015

FERREIRA R.M.T.F **Inclusão de alunos com deficiência visual no ensino superior: um estudo de caso na universidade federal de Sergipe**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Lisboa, 2015.

FIGUEIREDO T.R.M **Violência intrafamiliar e comunitária contra mulheres: um problema de saúde pública**. Dissertação (Bacharel em Odontologia), Universidade Estadual da Paraíba, 2019.

FONTANELLA B.J.B., RICAS J., TURATO E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 24 nº 1, p. 17-27, jan, 2008.

FRANÇA T.H.P.M **Deficiência e pobreza no Brasil a relevância do trabalho das pessoas com deficiência**. Tese (Doutorado em Sociologia - Relações de Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo). Universidade de Coimbra, Portugal, 2014

GAUDENZI P.; ORTEGA F Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21, nº 10 p. 3061-3070, Outubro 2016.

GESSER M; NUERNBERG H.A; TONELI J.F.M. Constituindo-se sujeito na intersecção gênero e deficiência: relato de pesquisa. **Rev. Psicol. estud.** Maringá, vol.18, n.3 p. 419-429, Setembro 2013.

GIL A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. 12. Reimpr. São Paulo: Atlas, 2009

HASSE M. **Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade de São Paulo Ribeirão Preto, SP, 2016.

HERERRA K.M Da Invisibilidade ao Reconhecimento: mulheres rurais, trabalho produtivo, doméstico e de care. **Rev. Política & Sociedade**, Florianópolis, vol.15, Especial, p. 208-233, Outubro 2016.

HIRT M.C. et al. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, vol.38 nº.4, e68209, Junho 2018.

HOLANDA C.M.A et al. Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, nº 1, p. 175-184, Janeiro 2015.

HONNEF F. et al. Representações sociais da violência doméstica em cenários rurais para mulheres e homens. **Rev. Acta Paul Enferm.** São Paulo, Vol. 30 nº 4 p. 368-74; Agosto 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência do Censo Demográfico 2010**. Brasil, 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência do Censo Demográfico 2010**. Rio Grande do Sul, 2010.

LOPES M.J.M.; LANGBECKER T.B Inclusão produtiva, pecuária familiar e situação das mulheres rurais do Programa Brasil Sem Miséria em um município do RS - contexto de uma realidade pouco conhecida. **Rev. Redes** - Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, v. 23, nº1, p. 31-52, Janeiro/Abril 2018.

MACARINI S.M.; MIRANDA K.P Atuação da psicologia no âmbito da violência conjugal em uma delegacia de atendimento à Mulher. **Rev. Pensando fam.**, Porto Alegre, vol. 22 nº 1, p. 163-178, Janeiro/Junho 2018.

MACHADO A.S.M.; LOURENÇO L.M Violência entre parceiros íntimos: articuladores de enfrentamento e ajuda. **Rev. Aletheia**, vol. 50, nº 1-2, p. 71-82, 2017.

MAIA A.C.B **A importância das relações familiares para a sexualidade e autoestima de pessoas com deficiência física**. Artigo de revisão de literatura, Universidade Estadual Paulista, 2010.

MANTOANELLI I, et al. **A luta pela efetivação de direitos: a implementação do conselho municipal da pessoa com deficiência em Blumenau**. II Seminário Integrado de Ensino, Pesquisa e Extensão do IFC, Camboriú, 2014.

MARÇON M. D; MARTINS V. I O direito de isenção de tributos às pessoas com deficiência. **Rev. Revolução na ciência**, Toledo, vol. 12, nº 12, p.1-5, 2016.

MARTINS W.B. et al. Pessoas com Deficiências Motoras, Conhecimento e Usufruto dos seus Direitos Fundamentais. **Rev. bras. educ. espec.**, Bauru, vol. 24, nº 3, p. 441-454, Julho/Setembro 2018.

MATTOS C.D. **O Processo de luto diante da deficiência física adquirida: Análise de um relato de caso**. Psicólogo. 8 Ed. 2015

MATTOS S.M.N A afetividade como fator de inclusão escolar. **Rev. Teias**. Rio de Janeiro, vol. 9, nº 18, p. 50-59, Janeiro 2009.

MESQUITA G.R.I. **Aspectos de gênero no meio rural: revisão de literatura**. Trabalho (Mestrado em ciência animal), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012

MIES M Origens sociais da divisão sexual do trabalho. A busca pelas origens sob uma perspectiva

- feminista. **Rev. Direito e práxis**, Rio de Janeiro, vol. 7, nº 3, p. 838-873, setembro 2016.
- MINAYO M.C.S. **Violência e Saúde**. Editora FIOCRUZ, 1ª reimpressão, Rio de Janeiro, 2010.
- MINAYO M.C.S.; et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Rev. Ciênc. saúde colet.** vol. 23 nº 6, Janeiro/Junho 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2013
- MOURA I.B.L **Necessidades de saúde de pessoas com deficiência: uma análise de conceito**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2018.
- NETTO L.A et al. Mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo: tomada de decisão por apoio institucional especializado. **Rev Gaúcha Enferm.** Vol. 36, nº spe, pg. 135-142, 2015
- NETTO L.A et al. As redes sociais de apoio às mulheres em situação de violência pelo parceiro íntimo. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, vol. 26, nº 2,e07120015, julho 2017.
- NICOLAU S.M.; SCHRAIBER L.B.; AYRES J.R.C. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 18, n.3, p.863-872, Março 2013.
- OLESIAK L.R Ressignificações de Sujeitos com Paraplegia Adquirida: Narrativas da Reconstrução da Imagem Corporal. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, vol. 38, nº4, p. 730-743, Outubro 2018
- OLIVEIRA C.A.B et al. Perfil da vítima e características da violência contra a mulher no estado de Rondônia – Brasil. **Rev. Cuid.** Colômbia, vol. 10, nº1, e573, Janeiro/Abril 2019.
- OLIVEIRA L.A.S.; LEAL S.M.Z. Mulheres em situação de violência que buscaram apoio no centro de referência Geny Lehnen/RS. **Rev. Enferm. Foco**, [S.I], vol. 7, nº 2, p. 78-82, Agosto 2016.
- OLIVEIRA R.N.G.; FONSECA R.M.G.S. Gênero como categoria fértil para a pesquisa em violência. **Investigação Qualitativa em Saúde**, São Paulo, vol.2, p. 306-342, 2014
- ONU. **Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres**. Genebra , 1993.
- OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, vol.16, nº 40, p.219-33, Janeiro/Março 2012.
- OVIEDO R.A.M.; CZERESNIA D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Rev. Interface**, Botucatu, vol.19, n.53, p.237-250, junho 2015.
- PALUMBO L.P A efetivação dos direitos das pessoas com deficiência pelos sistemas de proteção dos direitos humanos: sistema americano e europeu. **Rev. Direitos Sociais e Políticas Públicas (UNIFAFIBE)**, vol. 1, nº 2, p. 114-135, Novembro 2013.
- PAULA A.C.A.; ALMEIDA H.L Benefício de prestação continuada como direito individual homogêneo de natureza assistencial e sua tutela por meio de ação civil pública. **Rev. RIPE. Divisão**

jurídica, vol. 51, nº 67, p. 1-15, 2017.

PEDROSO A.M.C.; TIRELLI C. **Relações de gênero e construção de redes no meio rural: a participação das mulheres em grupos no município de São Sepé/RS**. VIII Seminário Internacional Sobre Desenvolvimento Regional, Santa Cruz do Sul, 2017.

PITILIN E.B.; LENTSCK M.H Atenção Primária à Saúde na percepção de mulheres residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, vol. 49, nº 5 p. 726-732, Outubro 2015.

PIZZINATO A., HAMANN C., MARACCI-CARDOSO J.G., CEZAR M.M. Jovens mulheres do âmbito rural: gênero, projetos de vida e território em fotocomposições. **Rev. Psicologia e sociedade**. Belo Horizonte, vol.28, nº 3, p 473-483, Dezembro 2016.

QUEIROZ A.A.F.L.N et al. Vivências de vítimas de amputação por acidentes. **Rev. enferm UFPE**, Recife, vol. 10, supl. 2, p. 708-13, Fevereiro 2016.

QUINTEIRO M.C.; VEIGA C.V.; PINTO P.C Sou Diferente e Igual. Discriminação, violência e estratégias de sobrevivência de mulheres com deficiência. **Journal of Studies in Citizenship and Sustainability**, vol. 2, p. 97-112, 2017.

REIS L.J.T.S.; OMODEI J.D Educação inclusiva e bullying: a visão do outro. **Rev. Educ. art. Inclusão**, Florianópolis, vol. 11, nº 2, p. 120-140, 2015

RIBEIRO S.L Violência simbólica: impactos à inclusão escolar. **Journal of Research in Special Educational Needs**, Lisboa, vol. 16, nº 1, p. 1095-1098, Agosto 2016.

ROCHA R.Z.R.; GALELI P.R.; DE ANTONI C Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. **Rev. Contextos Clínicos**, São Leopoldo, vol. 12, nº 1, p. 124-152, Abril 2019.

RODRIGUES A.P.N.; LIMA C.A A história da pessoa com deficiência e da educação especial em tempos de inclusão. **Rev. Interritórios**, Caruaru, vol. 03, nº 5, p. 21-33, 2017

RODRIGUES A.S.; OSTERNE M.S.F Benefício de Prestação Continuada - BPC e Deficiência: um estudo sobre a relação de cuidado e dependência no âmbito das famílias dos beneficiários. **Rev. Conhecer: Debate entre o público e o privado**, vol.3, nº 13, p. 22-31, Janeiro 2015.

SAFFIOTI H.I.B **Gênero, patriarcado e violência**. Ed. Fundação Perseu Abramo, 2ª reimpressão, São Paulo, 2011

SANTOS A. L.; CENCI A. O processo de adaptação na educação infantil das crianças com deficiência no contexto da escola inclusiva. **Rev. Tempos e Espaço em Educação**, lado direito, vol. 11, nº 27, p. 95-112, Setembro 2018.

SANTOS M.C **Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das praticas de reabilitação no SUS**. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade de São Paulo, 2017.

SANTOS N.A Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 21, nº10, p. 331-337, Outubro 2016

SANTOS W.R.; Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Rev. Ciência e saúde coletiva**, Brasília, vol. 16, p. 787-796, 2011

SCOTT J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Rev. Educ. Realidade**, vol 20, nº 2, pg. 71-99, 1989.

SCOTT P., CORDEIRO R., MENEZES M. **Gênero e geração em contextos rurais**. Edit. Mulheres, Florianópolis, 2010.

SCOTT P., RODRIGUES A.C., SARAIVA J. **Onde mal se ouvem os gritos de socorro: notas sobre a violência contra a mulher em contextos rurais**. Florianópolis, Mulheres, Parte I, pg 63-94, 2010

SILVA D.F.L **Mulheres com deficiência e situações de estigmatização: um início de conversa**. Artigo (Bacharelado em Pedagogia), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

SILVA L.E.L.; OLIVEIRA M.L.C Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, vol. 25, nº 2, p. 331-342, Junho 2016.

SILVA L.Z **Violência doméstica: impactos psicológicos e sociais na vida da mulher**. Monografia (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Da Integração Internacional Da Lusofonia Afro-Brasileira, São Francisco do Conde, 2018.

SILVA M. V. G et al O Plano de Mobilidade Urbana e Transporte Integrado no Município de Curitiba: uma análise das políticas públicas de acessibilidade. **Rev. Paranaense de Desenvolvimento**, Paraná, vol. 38, nº 132, p. 149-162, Janeiro/Junho 2017.

SILVA M.O A convivência entre crianças com e sem deficiência e o papel do professor na educação infantil. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, vol. 31, nº 60, p. 107-118, Março 2018.

SILVA P.V.; PRAIS F.G.; SILVEIRA A.M Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 20, nº 8, p. 2549-2558, Agosto 2015

SILVA R.G **Gênero, cuidado e deficiência: um estudo no Ministério Público do Distrito Federal e territórios**. Monografia (Bacharelado em Serviço Social), Universidade de Brasília, 2008.

SIQUEIRA C.A.; ROCHA E.S.S Violência psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. **Rev. Arquivos Científicos (IMMES)**, Macapá, vol. 2, nº 1, p. 12-23, Junho 2019.

SIQUEIRA V.B et al. Violência psicológica contra mulheres usuárias da atenção primária à saúde. **Rev. APS**, vol. 21, nº 3, p. 437-449, Setembro 2018.

SOARES J.S.F.; LOPES M.J.M Experiências de mulheres em situação de violência em busca de atenção no setor saúde e na rede intersetorial. **Rev. Interface**, Botucatu, vol. 22, nº 66, p.789-800, Setembro 2018.

SOUSA L.P.; GUEDES D.R A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. **Rev. Estudos Avançados**, São Paulo vol. 30, nº 87, p. 123-139, Agosto 2016.

STADUTO J.R.; SOUZA M.; NASCIMENTO C.A. **Desenvolvimento Rural e Gênero: abordagens analíticas, estratégias e políticas públicas**. UFRGS, 1ª ed. Porto Alegre, 2015

STOPA R O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. **Rev. Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, nº 135, p. 231-248, Agosto 2019.

TAVAREZ M.T.S.; TEIXEIRA R.F.; BISPO E.P.F Inclusão de crianças com deficiência física na escola regular: desafios, estratégias e a importância da consultoria colaborativa. **Rev. Diálogos e Perspectivas em Educação Especial**, São Paulo, vol.4, nº 1, p. 105-118, Setembro 2017.

THURLER A. L **Feminicídio. Vida das mulheres imoladas no altar do patriarcado**. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, Florianópolis, 2017

TONET M.C et al. Prazer e trabalho: estudo sobre mulheres trabalhadoras rurais. **Rev. Sau. & Transf. Soc**, Florianópolis, vol. 7, nº 3, p. 84-95, 2016.

TONINI H. **Direitos e Liberdades das pessoas com deficiência em áreas rurais do Rio Grande do Sul: vulnerabilidades e desenvolvimento social ampliado**. Tese (Doutorado no Programa de Pós – graduação em Desenvolvimento Rural) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

TONINI H.; LOPES M.J.M. Pessoas com deficiência no rural da metade sul: uma análise do senso de 2010. **Rev. REDES**, Santa Cruz do Sul, vol.21, nº 3, p.180-195, Setembro 2016.

TRIVIÑOS A.N.S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas, 1987.

VAITSMAN J.; LOBATO L.V.C Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 22, nº 11 p. 3527-3536, Novembro 2017.

VALENÇA T.D.S **Envelhecer com deficiência física: Memória e Representações Sociais de pessoas idosas**. Tese (Doutorado em Memória: Linguagem e Sociedade), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista, 2017

VALENTINE A.; AKOBIRSHOEVI I.; MITRA M Violência por parceiro íntimo entre mulheres com deficiência no Uganda. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, vol. 16, pg. 947, Março 2019.

VIEIRA A.F.R.; CAVALCANTI A.; ALVES A.L O direito de ir e vir: a acessibilidade do transporte público. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, vol. 23, nº. 4, p. 775-780, Agosto 2015

WAGNER L.C et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. **Rev. Ciência em Movimento**, Porto Alegre, vol. 12, nº 23, p. 55-67, 2010.

7. APÊNDICES E ANEXOS

7.1 APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA MULHERES COM DEFICIÊNCIA

Respondente – (código) _____

Cidade: _____

Data: ___/___/_____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS:

- 1 Qual sua idade?.....
- 2 Naturalidade?
- 3 Há quanto tempo reside aqui?
- 4 Que tipo de deficiência possui?.....
- 4.1 Congênita ou Adquirida ?
- 4.2 Como Foi sua infância?
- 4.3 Como foi o processo de diagnostico de deficiência?
- 5 Qual a cor de sua pele?.....
- 6 Qual sua situação conjugal?.....
- 7 Você tem filhos? () Não () sim. Quantos?.....
- 8 Qual sua religião?.....
- 9 Você sabe ler e escrever? () sim () não
- 10 Você frequenta ou frequentou escola? () sim () não Se não pq? Se sim, como se sente nesta escola? (onde ela se localiza, como se desloca até ela, que atividades realiza.)
- 10.1 Você recebe ou recebia atendimento especializado nesta escola? () sim () não Se sim, quais?
- 11 Você possui computador? () sim () não Se sim, sabe utilizar? () sim () não Possui internet? () sim () não
- 12 Você realiza algum tipo de trabalho remunerado () Não () sim. Se sim Qual?..... Se não, gostaria de trabalhar?.....
- 12.1 Quem mais na família realiza atividade remunerada? (Pai, Mãe, Marido, outros)
- 12.2 Você trabalha em casa? Fazendo o que?
- 13 Você recebe benefício de prestação continuada (BPC) do INSS? Se não, Porque? Se sim, como foi para obter este benefício?
- 13.1 De que forma é utilizado o benefício?
- 14 Qual é a renda mensal da família aproximadamente?..... Esta é proveniente de que atividades?
15. Em caso de atividade agrícola a terra é () própria () arrendada

- 16 Você mora: () sozinho () marido () filho(a) () outro
- 17 Sua moradia é: () Alugada () Própria () Outra. Qual?.....
- 18 Como você se desloca para suas atividades?
- 19 O transporte público oferece acessibilidade e quantas vezes ele passa?
- 20 Como foi adquirido o transporte da família? Vocês tiveram desconto para pessoa com deficiência?

SAÚDE DA MULHER

- 1 Você utiliza algum método contraceptivo? () Não () Sim SE sim, qual?
- 2 Porque você optou por utilizar esse(s) método(s)?
- 3 Você faz uso? () drogas ilícitas Qual?..... por que?.....
- 4 () cigarro Por que?.....
- 5 () bebida alcoólica? Qual?..... Por que?
- 6 () medicamento Qual?..... Por que?
- 7 Você já foi submetida a algum procedimento cirúrgico? Qual?
- 8 Você costuma ser uma mulher: () agressiva () calma () estressada () outros
- 9 Quando você procura os serviços de saúde e quais são eles? Fale sobre isso
- 10 Como você se desloca até eles?
- 11 Como você se sente ao ser atendida pelos profissionais de saúde?
- 12 Com que frequência você realiza exames?Quais?
- 13 Esses serviços de saúde são pagos ou gratuitos?
- 14 Como você considera a qualidade do serviço de saúde?
- 15 Você precisa de medicamentos? Se sim, como são adquiridos?
- 16 Em termos de reabilitação que atividades você realiza? E que tecnologias faz uso ou precisaria?
- 17 Quais as dificuldades encontradas no dia a dia em sua vida pessoal? Fale sobre isso.
- 18 Quais são as relações que você possui? (amigos, namoro, família, vizinhos, casamento)
- 19 Como você percebe o acesso aos seus direitos?

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA:

- 1.O que você entende por violência?
- 2 Você já foi obrigada a fazer algo contra a sua vontade ou sem o seu consentimento? Fale sobre isso.
- 3 Você vivenciou alguma situação de violência? Fale sobre isso.
- 4 Se você vivencio a quem você recorreu?
- 5 Você já denunciou alguma vez o agressor? 6 E na sociedade você sofre violência? De que forma?
- 7 Na sua concepção, o que representa pra você a forma mais grave de violência.

7.2 APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: Situações de vulnerabilidade à violência de mulheres deficientes em contexto rural: discutindo a luz do referencial de gênero

Pesquisador responsável: Ethel Bastos da Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Ciências da Saúde-Campus Palmeira das Missões

Telefone: 3742 88 00 ou 55 91495808

Endereço postal completo: Avenida Independência, 3751, sala 5 do bloco de enfermagem 2

CEP: 998.300-000 – Palmeira das Missões - RS

Local da coleta de dados: residência de mulheres rurais dos municípios

Eu Ethel Bastos da Silva, responsável pela pesquisa: Situações de vulnerabilidade à violência de mulheres deficientes em contexto rural: discutindo a luz do referencial de gênero convido a Sra. a participar como voluntária deste nosso estudo.

Esta pesquisa tem o objetivo de conhecer e compreender as situações de vulnerabilidade à violência vivenciada por mulheres deficientes residentes em contexto rural na perspectiva de gênero.

Acreditamos que ela seja importante porque conhecer as situações de vulnerabilidade à violência vivenciada por mulheres deficientes que vivem no meio rural pode contribuir para discutir e pensar ações de cuidado à violência no contexto do estudo.

Para a realização do estudo a sra. vai responder a uma entrevista com perguntas sobre vulnerabilidades e violência

É possível que aconteçam alguns desconfortos ou riscos quando ela responder a entrevista: poderá ficar nervosa por estar passando ou já ter passado por situações de violência em sua vida ou com alguém da família. Nesse caso, a pesquisadora a acompanhará até a unidade de Saúde da Família para atendimento e, caso haja custos se responsabilizará por estes.

As transcrições das entrevistas serão guardadas com a pesquisadora responsável na sala 05 do bloco B de Enfermagem por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Os benefícios que esperamos com o estudo será a oportunidade de compartilhar o conhecimento de maneira sigilosa, colaborando para que os resultados da pesquisa possa contribuir para a construção de um plano de cuidados às situações de vulnerabilidade à violência na ESF com base nas suas informações.

Durante todo o período da pesquisa sra. terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, deverá entrar em contato comigo ou minha professora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

A sra. tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar a permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Este termo será assinado em duas cópias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora responsável.

Eu _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informada, ficando claro que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Assinatura da voluntária

7.3 ANEXO A: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, FAMÍLIAS E REDE DE APOIO NO CENÁRIO RURAL: múltiplas vulnerabilidades

Pesquisador: Marta Cocco da Costa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69973817.4.0000.5346

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.208.566

Apresentação do Projeto:

A presente proposta aborda o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de pessoas com deficiência que residem no contexto rural. O tema da pessoa com deficiência faz parte dos estudos dos grupos de pesquisa das instituições envolvidas no projeto (UFSM, FURG, UFRGS, IFRS). A partir das experiências e produções dos grupos de pesquisa envolvidos foram identificadas diversas situações de vulnerabilidades individuais, familiares, sociais e programáticas de pessoas com deficiência e suas famílias em cenário rural, o que aponta a necessidade de outros/novos estudos propositivos de políticas públicas direcionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Trata-se de um estudo de abordagem mista, com uma etapa quantitativa e outra qualitativa. O local de estudo compreende os municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 15ª e a 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde que apresentam população rural maior que a urbana, perfazendo 16 municípios. Os participantes da pesquisa serão divididos em dois grupos: o primeiro será constituído pelas pessoas com deficiência e seus familiares residentes em cenário rural, e o segundo grupo compreenderá gestores e profissionais dos serviços que compõem a rede de

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

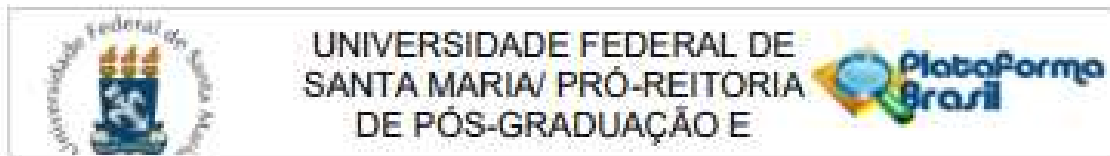
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (51)3220-0362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.208-568.

atenção e atendimento à saúde rural dos municípios em estudo.

Na etapa quantitativa será utilizado um questionário estruturado que investigará determinantes sociais de saúde, o qual será aplicado pelos pesquisadores nos domicílios das pessoas com deficiência, residentes no espaço rural dos municípios participantes do estudo e estará direcionado ao familiar mais próximo/cuidador da pessoa com deficiência, maior de 18 anos. A segunda etapa, qualitativa, os dados serão coletados por meio de pesquisa documental, entrevistas, genograma, ecomapa e dinâmica mapa falante. As entrevistas serão feitas pelos pesquisadores nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, mediante agendamento.

Para análise será utilizada análise estatística e análise de conteúdo, para cada uma das etapas respectivamente.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer o cenário em que vive a pessoa com deficiência residente no meio rural dos municípios da área de abrangência da 15ª e da 19ª Coordenadoria Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul.

Objetivos secundários:

- Avaliar os determinantes sociais de saúde que envolve o vivido das pessoas com deficiência e suas famílias em cenário rural;
- Analisar as políticas públicas municipais de saúde na dimensão do planejamento e da agenda de ações voltadas às pessoas com deficiências e suas famílias residentes no rural, na perspectiva de gestores e planos locais de saúde;
- Analisar o processo de trabalho das equipes multiprofissionais na atenção a saúde de pessoas com deficiência e suas famílias no cenário rural;
- Identificar e compreender a rede de apoio das famílias de pessoa com deficiência no cenário rural;
- Conhecer e analisar a trajetória e os itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas com deficiências residentes em contextos rurais na busca por serviços de saúde, nos três níveis de complexidade;

Endereço: Av. Itália, 1001 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-070
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-4062 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.208.658

- Conhecer e compreender os significados das violências implicadas no contexto de vida, familiar e social das pessoas com deficiências em cenário rural, na perspectiva dos direitos humanos;
- Construir materiais educativos para os serviços de saúde, a fim de subsidiar as práticas dos profissionais no cuidado a pessoa com deficiência, considerando a singularidade dos contextos rurais;
- Elaborar cartilhas informativas com orientações às pessoas com deficiência e suas famílias que auxiliem no cuidado, além de esclarecer os recursos disponíveis na rede de atenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados de forma clara e suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado em relação aos aspectos éticos em pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 939158.pdf	07/08/2017 14:58:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Deficiencia.pdf	07/08/2017 14:57:21	Marta Cocco da Costa	Aceito

Endereço: Av. Ronária, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

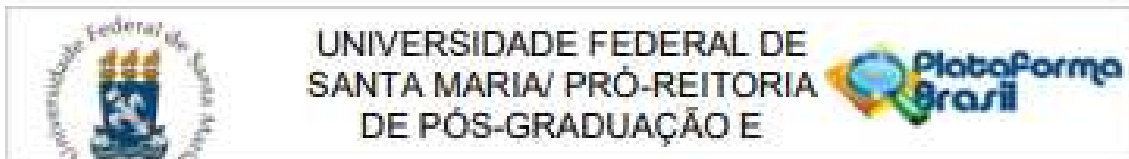
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3320-4352

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.208/508

Justificativa de Ausência	TCLE_Dificiencia.pdf	07/08/2017 14:57:21	Marta Cocco da Costa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestores_profissionais.pdf	07/08/2017 14:54:57	Marta Cocco da Costa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_REFORMULADO.pdf	07/08/2017 14:51:35	Marta Cocco da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_15.pdf	20/08/2017 09:44:46	Marta Cocco da Costa	Aceito
Outros	registro_GAP.pdf	20/08/2017 09:00:18	Marta Cocco da Costa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	aceite_15_CRS.pdf	16/08/2017 14:38:55	Marta Cocco da Costa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Confid.pdf	16/08/2017 14:25:04	Marta Cocco da Costa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	16/08/2017 14:21:15	Marta Cocco da Costa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 09 de Agosto de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

Endereço: Av. Itália, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-4062 E-mail: cap.ufsm@gmail.com