



ORIGINALES

Violência contra pessoas com deficiência que vivem em contexto rural: perspectivas de gestores em saúde

Violencia contra personas con discapacidad que viven en un contexto rural: perspectivas de los gestores de salud

Violence against people with disabilities living in rural context: perspectives of health managers

Yasmin Sabrina Costa¹

Marta Cocco da Costa²

Andressa da Silveira²

Jaqueline Arboit²

Carmem Layana Jadischke Bandeira³

Thaylane Defendi⁴

¹ Enfermeira no Hospital Divina Providência, Frederico Westphalen/RS, Brasil. yasminncosta@outlook.com

² Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde e Ruralidade da Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.

⁴ Enfermeira no Hospital São João Batista, Nova Prata/RS, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.549801>

Submissão: 30/11/2022

Aprovação: 16/04/2023

RESUMO:

Objetivo: Analisar as perspectivas de gestores em saúde acerca das violências vividas pelas pessoas com deficiência que residem em contexto rural.

Material e método: Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em nove municípios da região norte/noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no qual participaram 18 gestores de saúde.

Resultados: A primeira categoria revela a concepção da violência pelos participantes, que se caracteriza pelos maus-tratos, abandono, negligência e falta de atendimento. A segunda categoria aborda as fragilidades na condução de ações e as formas para qualificar o trabalho em saúde, associadas ao planejamento em saúde, capacitação profissional e ao trabalho por meio da Rede de Atenção à Saúde.

Conclusões: Diante das concepções, evidenciou-se que a violência permanece invisibilizada no contexto rural. Com isso, destaca-se a importância da integralidade e das ações de saúde para a implementação de políticas públicas para as vítimas de violência que vivem no contexto rural.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Violência; Políticas Públicas; Gestor de Saúde; Pesquisa em Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Analizar las perspectivas de gestores de salud sobre la violencia vivida por personas con discapacidad que viven en un contexto rural.

Material y método: Estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo, desarrollado em nueve municipios de la región norte/noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, en el cual participaron 18 gestores de salud.

Resultados: La primeira categoría revela la concepción de la violencia por parte de los participantes, que se caracteriza por el maltrato, abandono, negligencia y falta de atención. La segunda categoría aborda las debilidades em la realización de acciones y formas de calificación del trabajo en salud, asociadas a la planificación em salud, la formación profesional y el trabajo a través de la Red de Atención a la Salud.

Conclusiones: Considerando las concepciones, se evidenció que la violencia permanece invisibilizada em el contexto rural. Con esto, se destaca la importancia de la integralidad y las acciones de salud para la implementación de políticas públicas para las víctimas de violencia que viven em el contexto rural.

Palavras clave: Personas con Discapacidad; Violencia; Políticas Públicas; Gestor de Salud; Investigación em Enfermería.

ABSTRACT:

Objective: To analyze the perspectives of health managers about the violence experienced by people with disabilities living in a rural context.

Material and method: A descriptive-exploratory study with a qualitative approach, developed in nine municipalities in the north/northwest region of the State of Rio Grande do Sul, in which 18 health managers participated.

Results: The first category reveals the conception of violence by participants, which is characterized by maltreatment, abandonment, neglect and lack of care. The second category addresses the weaknesses in the conduct of actions and the ways to qualify health work, associated with health planning, professional training and work through the Health Care Network

Conclusions: Faced with the conceptions, it was evidenced that violence remains invisible in the rural context. This highlights the importance of comprehensiveness and health actions for the implementation of public policies for victims of violence living in the rural context.

Keywords: People with Disabilities; Violence; Public Policies; Health Manager; Nursing Research.

Fonte de Financiamento:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n. 03/2017- Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde. Projeto de pesquisa intitulado “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”.

INTRODUÇÃO

A violência não é uma, é múltipla, e o termo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e uso da superioridade sobre o outro. Considerada um fenômeno sócio-histórico que acompanha a evolução da humanidade, atinge a saúde individual e coletiva e, para seu enfrentamento, requer a formulação de políticas específicas, bem como a organização das práticas e dos serviços⁽¹⁾. Na saúde, a violência reduz a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, coloca problemas para os serviços e necessita de prevenção e tratamento, com atuação multiprofissional e intersectorial, visto que todo agravo e ameaça à vida integra o campo da saúde pública^(2,3). Devido às estruturas sociais vulnerabilizantes e de isolamento no contexto rural, as pessoas com deficiência (PCDs) podem vivenciar várias situações de violência. Associadas às condições de exclusão a que estão expostas⁽⁴⁾, como a limitada disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde, a baixa qualidade dos serviços prestados, a falta de transportes, as grandes distâncias geográficas, o conhecimento

limitado e a dificuldade de comunicação e informação, isso repercute no seu desempenho e na sua qualidade de vida⁽⁵⁾.

A violência em contexto rural adquire múltiplas formas e encontra-se potencializada, uma vez que a maioria dos serviços situa-se em áreas urbanas. Somam-se os fatores que inviabilizam e naturalizam o problema, associados à ausência de recursos, dificuldade de acesso às delegacias, aos serviços de saúde, à assistência social e à falta de proteção dos direitos⁽⁶⁾.

Em resposta à invisibilidade, destacam-se a implementação das políticas públicas, o apoio dos gestores, os recursos financeiros, a atenção integral e a colaboração intersetorial⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, os gestores de saúde são responsáveis pela transformação, no campo da saúde, de condições de vida das PCDs, na implementação e gerência das políticas públicas⁽⁸⁾ e no cuidado pensado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁽⁹⁾, a fim de que a atenção em saúde esteja voltada à realidade do território, ampliando o cuidado integral a esta população⁽¹⁰⁾.

O cuidado por meio da integralidade assume a condição de princípio e modelo de ação do Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção às vítimas de violência no contexto rural. Assim, está associado ao esforço dos profissionais e gestores dos serviços de saúde envolvidos em atender demandas relacionadas ao sofrimento gerado pela violência⁽¹¹⁾, de forma efetiva, e estruturado por meio de diretrizes básicas que garantam a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde às vítimas da violência com base na integralidade⁽¹²⁾.

Tendo em vista as particularidades da PCD no rural, o agravo da violência neste contexto e os inúmeros desafios quanto às desigualdades de acesso aos serviços, relatar o vivido dessa população poderá contribuir no desenvolvimento de estratégias de prevenção, atendimento e encaminhamento da violência neste cenário. Nessa perspectiva, este estudo centra-se nas concepções de gestores referentes às questões da violência dirigida às PCDs que vivem no rural, visto que são sujeitos importantes no que concerne à articulação de ações de saúde, planejamento em saúde e implementação de políticas públicas para as PCDs que sofrem violência no contexto rural. Por isso, tem-se como proposição responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as concepções e ações de gestores em saúde acerca das violências e as pessoas com deficiência que residem em contexto rural?

Assim, tem-se como objetivo: analisar as perspectivas de gestores em saúde acerca das violências vividas pelas pessoas com deficiência que residem em contexto rural.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. O método qualitativo se aplica ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões resultantes das interpretações que os humanos fazem de si mesmos, de suas formas de viver e construir seus artefatos, além de seus sentimentos e pensamentos⁽¹³⁾. A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema de investigação. Já as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, podendo identificar possíveis relações entre variáveis⁽¹⁴⁾.

O estudo foi desenvolvido em nove municípios das regiões norte e noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Estes municípios situam-se na área de abrangência de duas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), uma delas localizada em Palmeira das Missões e a outra em Frederico Westphalen, correspondendo à 15ª e 2ª Macrorregiões de Saúde. Optou-se por desenvolver este estudo em municípios que apresentassem mais de 70% de população rural, conforme o último CENSO demográfico⁽¹⁵⁾. Neste sentido, fizeram parte da amostra os municípios pertencentes à 15ª CRS, sendo Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões e Palmeira das Missões, e os municípios pertencentes à 2ª CRS: Liberato Salzano, Alpestre, Derrubadas, Pinheirinho do Vale e Frederico Westphalen. Palmeira das Missões e Frederico Westphalen foram incluídos por representarem a sede das CRS.

A pesquisa foi realizada com 18 participantes, sendo sete gestores municipais de saúde, sete enfermeiros responsáveis pelas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dois representantes estaduais das políticas públicas para PCD e dois gestores estaduais de saúde. Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos participantes foram: estar atuando há mais de seis meses no cargo de gestão na área da saúde e trabalhar com a temática das políticas públicas para as pessoas com deficiência. Como critério de exclusão: estar de férias ou licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados.

Os possíveis participantes foram contatados via telefone para a apresentação da proposta do projeto e o convite. Após o aceite, foram contatados novamente, para agendar as entrevistas conforme a sua disponibilidade.

Os dados foram coletados no período de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. A coleta se deu por entrevista semiestruturada, mediante um roteiro guia com questões relacionadas à problemática do estudo, contemplando todas as hipóteses, e permitindo que o interlocutor tivesse flexibilidade nas conversas⁽¹³⁾. As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, nos locais de trabalho dos profissionais, em um ambiente com a maior privacidade possível. Cada entrevista teve duração de aproximadamente 25 minutos. Elas foram registradas por gravação em MP3, a partir do consentimento dos participantes, e, após, transcritas na íntegra.

Para análise dos dados, optou-se pela Análise de Conteúdo, a mais conhecida para representar o tratamento dos dados em uma pesquisa qualitativa, sendo uma técnica de pesquisa que permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, a qual é composta por três etapas⁽¹³⁾. Na primeira etapa, que corresponde à pré-análise, ocorreram a escolha dos documentos a serem analisados e na retomada do objetivo inicial da pesquisa. Essa etapa foi realizada por meio de três passos: a leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação do objetivo⁽¹³⁾. Inicialmente, fez-se a transcrição na íntegra dos dados obtidos a partir das gravações de MP3 das entrevistas semiestruturadas, no editor de textos Word versão 2013 e, após, esse material foi organizado na planilha Excel versão 2013 para facilitar a sistematização e constituição do *corpus* para análise. Em seguida, realizou-se a leitura flutuante, a qual permitiu gerar impressões iniciais acerca do material oriundo das entrevistas. Posteriormente, efetuou-se uma sequência de leituras detalhadas, destacando-se, através da análise cromática, os trechos nos quais as falas dos participantes se assemelhavam.

Na segunda etapa, ocorreu a Exploração do Material. Para tanto, inicialmente foi realizado o recorte de informações comuns encontradas no conteúdo das falas transcritas, permitindo elencar as unidades de registro, que se referem a palavras, frases e expressões que dão sentido ao conteúdo das falas e sustentam a definição das categorias. Nesta fase, o primeiro passo compreendeu a busca dos temas – núcleos de sentido – que compuseram as unidades de registro⁽¹³⁾. Após encontrar estas unidades, tornou-se possível definir as duas categorias temáticas.

A última e terceira etapa foi o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, na qual os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples que permitiram destacar as informações obtidas. Nesta fase, a pesquisadora realizou interpretações acerca dos resultados, com base no objetivo da pesquisa, inter-relacionando-as com a teoria⁽¹³⁾. Este estudo seguiu a legislação que aborda a pesquisa com seres humanos, expressa por meio da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 69973817.4.0000.5346.

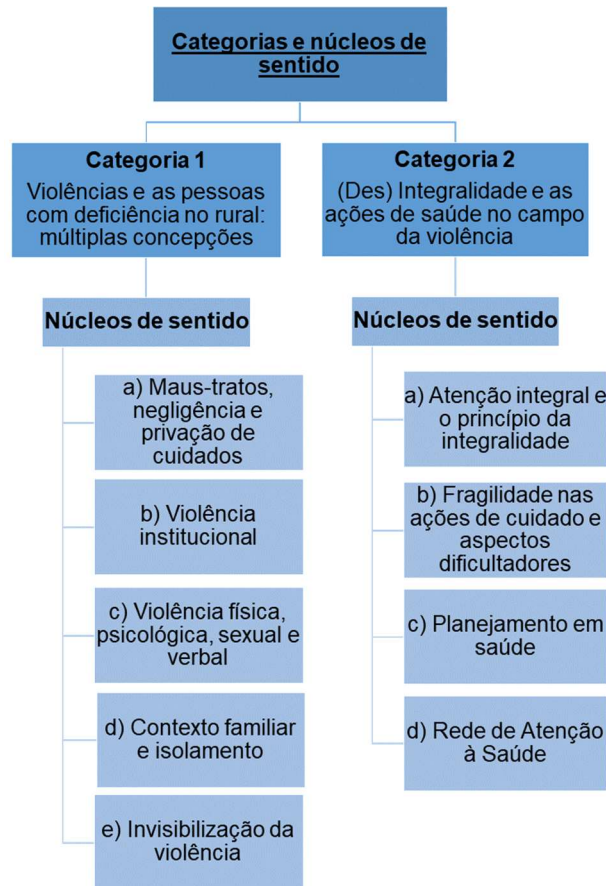
As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por todos os participantes da pesquisa. O TCLE foi redigido em duas vias, conforme as normas expressas na resolução, permanecendo uma delas com o participante da pesquisa, que lhe garantirá: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si, a privacidade, o anonimato, o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos. Com o objetivo de atender aos aspectos éticos, a privacidade dos gestores foi respeitada, assegurando e esclarecendo que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo seu anonimato preservado. Para tal, utilizaram-se a nomenclatura (P), de participante, e o respectivo número, que respeitou a ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Os participantes apresentavam como média de idade 41,8 anos, sendo 56% do sexo feminino e 44%, do sexo masculino. No que se refere à escolaridade, 44% possuíam ensino fundamental incompleto e 56%, nível superior completo. Quanto aos profissionais graduados, 58% eram formados em enfermagem; 14%, em administração; 7%, em psicologia; 7%, em fonoaudiologia; 7%, em serviço social; e 7%, em ciências contábeis.

Da análise dos dados emergiram duas categorias: “Violências e as pessoas com deficiência no espaço rural: múltiplas concepções” e “A não Integralidade e as ações de saúde no campo da violência”. A Figura 1 ilustra a organização das categorias e os respectivos núcleos de sentido.

Figura 1: Síntese das categorias e núcleos de sentido



Fonte: Autoras, 2022.

Violências e as pessoas com deficiência no espaço rural: múltiplas concepções

A primeira categoria a ser apresentada remete à concepção dos participantes acerca das violências e as PCDs que vivem em contexto rural. Esta categoria é composta por cinco núcleos de sentido: a) Maus-tratos, negligência e privação de cuidados; b) Violência institucional; c) Violência física, psicológica, sexual e verbal; d) Contexto familiar e isolamento; e) Invisibilização da violência.

Na concepção dos participantes da pesquisa, a violência era compreendida pelos maus-tratos a essa população, bem como negligência e privação de cuidados:

Observo muito e acho que os maus-tratos são muitos, no rural. (P1)

Na concepção desses participantes, a violência está relacionada à falta de cuidados de vida diária, como higiene e banho (P3).

Eu acredito que violência é até você deixar um acamado sem banho, pra mim é uma violência, entende? (P7)

Tipo sujas, com higiene precária, aconteceu já de trazer para unidade de saúde e ter que desde cortar unha, fazer higiene, porque estava meio abandonada. (P5)

A violência institucional se manifesta como barreira que compromete a assistência às PCDs, apesar dos avanços na legislação e nas políticas públicas. Nas falas a seguir, foi possível identificar a violência institucional, sendo representada pelos participantes pela falta de atendimento.

Só de deixar de atender já é uma agressão. Falta de atendimento, acho que é a maior violência que tem hoje. (P11)

Para além das concepções relatadas, os tipos de violência sofridos pelas PCDs que vivem neste contexto foram referidos nas concepções dos participantes. Eles citaram a violência física, psicológica, sexual e verbal.

Na zona rural, eu acredito que exista também violência física, psicológica e sexual. (P18)
Violência verbal, porque às vezes tu insulta alguém, ofende alguma pessoa. (P10)

Na concepção dos participantes, no contexto familiar a violência ocorre, muitas vezes, pela dificuldade de aceitar a PCD, já que não estão preparados para conviver e enfrentar as questões que envolvem o vivido dessa pessoa, como expressam as falas a seguir:

Muitas vezes, acontece pela própria família, que é o grande problema da família não aceitar o que a pessoa tem. (P14)

Às vezes é o próprio familiar que faz essa violência, em função de não estar preparado para enfrentar essa situação. (P16)

Os participantes também reconheceram que a violência ocorre em todos os contextos. No contexto rural, a violência remete-se ao isolamento social.

É um abuso, um abuso da pessoa, independente se seja no rural ou não, mas, no rural, por ela estar mais isolada e tal. (P15)

Essas condições contribuem negativamente para que as PCDs tenham piores condições de vida e saúde, o que coloca esta população num cenário de múltiplas violências. No entanto, identificou-se nas falas de alguns participantes a invisibilização da violência contra as PCDs no contexto rural.

Não tem uma violência assim. A gente não tem casos. (P3)

Não existem dados, tá zerado, então não existem casos de violência. (P18)

Observa-se, na concepção dos participantes, que as PCDs que vivem no rural vivenciam as diferentes formas de violência. No entanto, para alguns participantes a violência permanece invisibilizada, sendo uma forma de transformar a problemática em algo distante ou invisível neste cenário, contribuindo para que essas questões se intensifiquem no espaço rural e na vida das PCDs.

A não Integralidade e as ações de saúde no campo da violência

A segunda categoria relaciona-se à não integralidade e as ações de saúde no campo da violência. Esta categoria é composta por quatro núcleos de sentido: a) Atenção integral e

o princípio da integralidade; b) Fragilidade nas ações de cuidado e aspectos dificultadores; c) Planejamento em saúde; d) Rede de Atenção à Saúde.

Para os participantes, a atenção integral refere-se a considerar o paciente em seu todo, levando em conta suas condições, necessidades e o contexto em que vivem, possibilitando um conjunto de ações.

Acho que atenção integral seria isso, você observar o paciente num todo, no meio que ele vive, as condições dele e quais ações que poderia fazer para mudar a situação. (P4)

O princípio da integralidade é um dos pilares do SUS. Observa-se, nas falas dos participantes, o conhecimento sobre o significado da integralidade, a sua importância e a atuação no enfrentamento da violência às PCDs que vivem em contexto rural.

Integralidade a gente ver as pessoas como um todo, né, a questão holística da situação. É de extrema necessidade que se acompanhe, que se avalie, que se ofereçam melhores condições, principalmente, que não aconteça violência, né. (P6)

Por mais que houvesse conhecimento acerca do conceito de integralidade por parte dos participantes, ocorre que, na prática, havia fragilidade na condução de ações de cuidado que consideram este princípio e na implementação das políticas públicas de saúde. É o que expressa a fala a seguir:

Não temos programas voltados às pessoas com necessidades especiais para as áreas rurais. (P16)

O depoimento indica que os participantes desconheciam as políticas públicas existentes para as PCDs em situação de violência no contexto rural, o que fragiliza as ações por meio da atenção integral. Além disso, falar sobre a problemática da violência é falar sobre uma demanda “não preocupante”, o que contribui para que a temática da violência permaneça oculta.

Ações não têm específicas, até porque a demanda não é preocupante. (P13)

Essa fragilidade, ao olhar a violência, faz destacar os aspectos que dificultam as ações que balizam a atenção integral nos serviços de saúde voltadas aos casos de violência às PCDs. Os participantes apontaram que o déficit de profissionais, de suporte e a falta de capacitação profissional corroboram com alguns dos aspectos dificultadores os quais prejudicam no direcionamento do princípio da integralidade.

É fundamental você ter mais profissionais. É importante que o município dê suporte na questão do gestor. (P5)

Profissionais capacitados. (P7)

Quanto ao planejamento em saúde, este foi mencionado pelos participantes como forma de qualificar o trabalho em saúde e melhor atender às questões da violência contra esta população, o que é demonstrado na fala a seguir:

A gente falha um pouco na questão do planejamento. Numa questão de planejamento da rede para se trabalhar melhor. (P1)

As ações no campo da violência são realizadas por um conjunto de serviços e profissionais que compõem a rede de atenção. Dentre esses serviços, os participantes citaram a assistência social, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar e a polícia, e dentre os profissionais citaram o assistente social, psicólogo, médico e o enfermeiro.

Assistente social, o CRAS que vão, que visitam, que orientam. (P2)

Envolve assistência, polícia, conselho. (P13)

Psicólogo, enfermeiro, vem o médico, então ela é uma ação regional para atender estas pessoas contra violência. (P10)

De acordo com os participantes, quando ocorriam casos de violência, eles buscavam se reunir com a equipe e acionavam a rede de atenção para resolvê-los. No geral, o processo acontecia com o relato da situação entre a equipe, o qual era repassado para a rede, que determinava quais ações seriam adotadas.

Nesse caso, a gente tem sempre a equipe, a rede, a gente tenta sempre acionar o pessoal do CRAS, então, a partir do momento que o agente relatar que tem alguém sofrendo algum tipo de violência, vai acionar toda a rede, vai encaminhar, vai tentar atendimento. (P1)

Nessa perspectiva, observa-se que a condução de ações de saúde pelos gestores não se configura de forma efetiva, destacando a necessidade de planejamento em saúde, implementação de políticas públicas, a fim de atender às singularidades da violência enfrentada pelas PCDs no espaço rural.

DISCUSSÃO

Quanto ao objetivo do estudo, os resultados mostram as perspectivas dos participantes referentes à violência e às ações de cuidado em saúde. Na primeira categoria, os participantes apontaram suas concepções em relação à violência contra as PCDs no meio rural e como essas questões dificultam a vida e a saúde dessa população. No que se refere às concepções, os participantes indicaram as formas de violência a que essa população está submetida e os contextos em que ela ocorre.

Quanto aos maus-tratos referidos, na concepção dos participantes, estes estão associados a todas as formas de violência, a maioria dos casos ocorrendo dentro do contexto familiar e em qualquer deficiência. Os maus-tratos, quando produzidos por familiares, impactam na conduta, percepção e potência das PCDs⁽¹⁶⁾, o que pode repercutir de forma negativa nos campos psicológico e social, acarretando o adoecimento⁽¹⁷⁾.

A concepção dos participantes acerca da violência está relacionada à negligência e privação de cuidado. Tais concepções vão ao encontro do que é apontado por Minayo⁽¹⁸⁾, que classifica essa violência como ausência ou recusa de cuidados a quem deveria receber atenção, neste caso, a PCD. Além disso, estudo⁽¹⁶⁾ realizado em uma rede pública municipal, com estudantes com deficiência visual, revelou casos de negligência familiar associada ao abandono e à supressão das necessidades básicas, como a falta

de higiene, a questão da fome e do frio, situações essas que elucidam a precariedade de atenção e cuidados vivenciada por PCDs.

Corroborando com os achados, as PCDs no espaço rural vivem invisibilizadas, sem acesso a serviços essenciais, incluindo os serviços de saúde. Alguns participantes referiram, em suas concepções, que a falta de atendimento se configura em violência a essa população, a qual refere-se à violência institucional, que se manifesta pela ação ou omissão nos serviços públicos⁽¹⁹⁾. Esta apresenta-se como ausência de acesso aos serviços, a baixa qualidade dos serviços prestados e as relações desiguais entre profissionais e usuários, praticada por quem, em tese, deveria prestar atenção humanizada e ser fonte primária de cuidados em saúde⁽²⁰⁾.

As violências físicas, psicológicas, sexuais e verbais são vivenciadas no contexto de vida das PCDs e foram indicadas nas concepções dos participantes. Essas violências no contexto rural se encontram potencializadas, visto que a falta de acessibilidade aos serviços públicos os constitui como espaços de exclusão, uma vez que esses serviços estão localizados em áreas urbanas, levando as PCDs a enfrentar barreiras que impedem o deslocamento⁽⁶⁾.

Em se tratando do contexto familiar, a presença de uma PCD na família pode estar vinculada a sentimentos negativos e às incertezas, desencadeando dificuldades nas relações familiares. Um estudo internacional no espaço rural da Índia, com pessoas com deficiência, mostrou que o estresse físico, emocional, econômico e a sobrecarga de cuidados desencadeiam posturas violentas por parte dos familiares, como as ameaças e a violência física⁽²¹⁾.

A violência transfigura-se ainda mais potencializada no meio rural, pela singularidade, anonimato e isolamento das PCDs, como referida na concepção dos participantes, por ser um contexto de adversidade e exclusão, além da distância geográfica em relação à área urbana e aos serviços essenciais⁽¹¹⁾. Um estudo internacional realizado na Finlândia revelou a diminuição da oferta de serviços nas áreas rurais pela questão geográfica que, além da longa distância, que inclui a falta de acessibilidade pelos espaços precários, associada à falta de desenvolvimento nesse contexto, ao contrário do ambiente urbano, que está associado ao acesso fácil aos serviços, às atividades sociais, culturais e transporte público para o deslocamento⁽²²⁾.

Agravando a situação, a violência é invisibilizada, silenciada e naturalizada nos serviços de saúde e nas falas dos participantes⁽²³⁾. Ainda, as PCDs em contexto rural possuem dificuldades de acesso às delegacias e à assistência social, o que dificulta as denúncias e contribui para a invisibilidade do problema⁽²⁴⁾. Essa questão nos serviços de saúde se dá pela ausência de capacitação para detectar a violência, a falta de investimento e suporte profissional⁽²³⁾ ou ainda é mais uma das formas de transformar esse fenômeno em algo distante.

A segunda categoria trata da não integralidade e as ações de cuidado no campo da violência, apontando as fragilidades na condução de ações de cuidado e nas formas para qualificar o trabalho em saúde. Os participantes corroboraram com os achados na literatura⁽¹²⁾, que discorrem acerca da integralidade como aquela que permite ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação de saúde, garantindo às vítimas de violência o cuidado contínuo nos diferentes níveis de atenção, e pressupõe a articulação

da saúde por meio das políticas públicas⁽¹²⁾, a fim de assegurar qualidade de vida e atendimento das necessidades.

Nas falas, identificaram-se aspectos contraditórios, pois, embora os participantes conhecessem a importância da integralidade no campo da violência, havia fragilidade na condução de ações. Essas questões demonstram as falhas existentes na estruturação dos serviços e a desumanização no atendimento, o que motiva os entraves na busca pela assistência⁽²⁵⁾.

Com relação às políticas públicas, alguns participantes desconheciam as políticas de saúde existentes para as vítimas de violência no contexto rural. Isso remete e faz pensar que inexistem políticas públicas nesse cenário, já que a maioria dos serviços se concentra no contexto urbano⁽²⁶⁾, impedindo que o atendimento em saúde ocorra por meio do princípio da integralidade. Referente às políticas públicas para as PCDs, o desconhecimento dos participantes decorre da falta de capacitação e articulação dos serviços de saúde, visto que a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência reforça que os profissionais de saúde deverão ser atualizados, capacitados e qualificados para o desenvolvimento de ações de prevenção, detecção, intervenção e os encaminhamentos adequados para as PCDs⁽²⁷⁾, o que não ocorria nos contextos estudados.

Os aspectos dificultadores das ações por meio da integralidade voltados aos casos de violência às PCDs estão relacionados ao déficit de profissionais, de suporte e falta de capacitação profissional. No contexto internacional, o cenário se repete. Estudo realizado no Malawi, com PCDs que viviam no meio rural, destacou a ineficiência e a falta de profissionais treinados nas unidades de saúde para trabalhar com essa população, constituindo-se em uma barreira direta ao acesso aos cuidados de saúde⁽²⁸⁾.

Para qualificar o trabalho em saúde e melhor atender às questões da violência, o planejamento em saúde foi mencionado pelos participantes. Trata-se de um instrumento de gestão fundamental para o cumprimento das diretrizes que orientam o SUS e que contribui para a organização da rede de serviços públicos de saúde, por meio dele, é possível enfrentar os problemas e desenvolver ações que atendam à população⁽²⁹⁾.

No que se refere às ações de enfrentamento no campo da violência, os participantes indicaram um conjunto de serviços e profissionais para atendimento e encaminhamento nos casos de violência e que compõem a rede de atenção. As RAS são arranjos organizativos dos serviços de saúde integrados por meio de sistemas de apoio e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado⁽⁹⁾. Um estudo apontou a importância do trabalho em rede por meio da abordagem intersetorial no enfrentamento da problemática da violência, já que a ausência do cuidado em rede gera o isolamento e a sobrecarga para os profissionais, sendo potencializada pelas características da ruralidade⁽³⁰⁾.

Dessa forma, a APS pode atuar como articuladora dos setores sociais, incluindo a saúde, educação, assistência social, justiça e como proponente da atenção integral à saúde realizada em rede para os casos de violência, assegurando a integralidade e a intersetorialidade nos atendimentos⁽¹²⁾.

Diante do exposto, reflete-se sobre a importância de ações de saúde para as PCDs por meio da integralidade, visando ao cuidado em toda a sua complexidade, assegurando

políticas públicas que atendam às necessidades. Além disso, serviços e profissionais que constituam a RAS para as PCDs vítimas de violência no espaço rural, a fim de realizar atendimento e encaminhamento adequados.

CONCLUSÕES

Diante das perspectivas dos participantes, os achados e discussões acerca da violência permitem evidenciar que esse fenômeno permanece invisibilizado nesse contexto, mesmo sendo reconhecido pelos participantes. Dessa forma, menciona-se que a concepção da violência baseia-se nos contextos de vida dessa população associada à sua deficiência, o que motiva os maus-tratos, o abandono e a negligência. Essas questões podem refletir as dificuldades dos gestores para compreenderem as necessidades das PCDs, acarretando na ausência de recursos, perpetuando a invisibilidade e a inexistência de intervenções sobre os eventos da violência.

Embora os gestores de saúde reconheçam a importância da integralidade, identificou-se que existem dificuldades para a efetivação, nos serviços de saúde, associadas à falta de ações e encaminhamentos nas situações de violência, à ausência do planejamento em saúde, ao déficit de profissionais, e até à dificuldade de acesso pelas PCDs aos serviços de saúde.

Esta pesquisa apresenta limitações intrínsecas de estudos qualitativos descritivos, porém revela dados importantes para se pensar em estratégias e ações de saúde, de modo a garantir atenção integral às PCDs. Ainda, observa-se a carência de estudos que discorram sobre violência contra as PCDs no espaço rural, com abordagens que considerem as concepções dos gestores e ações de saúde.

Dessa forma, recomenda-se o desenvolvimento de estudos futuros para visibilizar as PCDs em situação de violência no espaço rural, tendo em vista a complexidade desta problemática nesse cenário e as consequências na vida e na saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2007 [citado 2022 mar 19]; 11(suppl):1259-1267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vM4c5NGrjxPFj8Phv4Mghjw/?lang=pt>.
2. Lopes DTV, Oliveira MR, Souza TH, Pereira SP. Violência contra a mulher: uma problemática de saúde pública. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [internet]. 2021 [citado 2022 ago 26]; 7(10): 2675 – 3375, 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/2704>.
3. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 23(6):2007-2016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxmYj/>.
4. Sikweyiya Y. et al. Intersections between disability, masculinities, and violence: experiences and insights from men with physical disabilities from three African countries. *BMC Public Health* [internet]. 2022 [citado 2022 ago 26]; 22(705), 2022. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13137-5>.

5. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a “best-fit” framework synthesis. *Glob Health Res Policy* [internet] 2018 [citado 2022 ago 26]; 3:36, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30603678/>.
6. Bueno ALM, Loper MJM. Rural women and violence: readings of a reality that approaches fiction. *Ambiente & Sociedade* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 21:e01511. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/VVNcs38qHFGC5q3yvvh8xPzj/abstract/?lang=en>.
7. Organización Mundial De La Salud (OMS). Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres [internet]. 2014 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1.
8. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde em Debate* [internet]. 2018 [citado 2022 ago 26]; 42(117):455-467, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n117/455-467/>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet], Brasília (DF). 30 dez 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
10. Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2022 ago 26]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
11. Costa MC, Lopes MJM. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. *Revista Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2012 [citado mar 19]; 46(5):1088-1095. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48129>.
12. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [citado 2022 mar 19]; 25(6):2247-2257, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt>.
13. Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
14. Gil AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [internet]. 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=sobre>.
16. Saccol LRI, Vianna C, Pavão SMO. Negligência Familiar: Implicações na Aprendizagem Escolar de Estudantes com Deficiência Visual. *Revista Brasileira de Educação Especial* [internet]. 2021 [citado 2022 ago 26]; 27:e0014, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/dGTDDgBCC4wjyq4nrNYQWFp/abstract/?lang=pt#>.
17. Carvalho AMF, Lopes RE, Oliveira EM, Nunes JM. O suporte social como estratégia de enfrentamento de pessoas com deficiência frente a situações de violência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [internet]. 2018 out/dez; [citado 2022 mar 19]; 10(4): 991-997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916064>.
18. Minayo MCS. *Violência e saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>.

19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Ministério da Saúde [internet], Brasília (DF). 2011 [citado 22 mar 19]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-aviolencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
20. Taquette S. et al. Mulher adolescente/jovem em situação de violência [internet]. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF). 2007 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/mul_jovens.pdf
21. Mathias K, Kermodé M, Sebastian MS, Davar B, Goicolea I. Na asymmetric burden: Experiences of men and women as caregivers of people with psycho-social disabilities in rural North India. *Transcult Psychiatry* [internet] 2018 [citado em 2022 ago 26]; 56(1):76-102, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30141376/>.
22. Verma I, Taegen J. Access to services in rural areas from the point of view of older population- a case study in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [internet]. 2019 [citado 2022 mar 19]; 2;16(23):4854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31810348/>.
23. Moreira GAR, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM, Feitoza AR. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. *Saúde e Sociedade* [internet]. 2020 [citado 2022 mar 19]; 29(1):e180895. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YHkQDt7KQRYzbbYVh3Nw7mc/?lang=pt>.
24. Hirt MC, Costa MC, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Silva EB. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2017 [citado 2022 mar 19]; 38(4):e68209. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Tz3YkZnVJSYzKV5P99xvSVh/abstract/?lang=pt>.
25. Silva JG, Branco JGO, Vieira LJES, Brilhante AVM, Silva RM. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? *Saúde e Sociedade* [internet]. 2019 [citado 2022 ago 26]; 28(2):187-200, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XNLndLPPWYqW6Gh9TjZq8Cn/?lang=pt&format=html>.
26. Borth LC, Costa MC, Silva EB, Fontana DGR, Arboit J. Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 71(suppl 3):1287-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VsvhjkhwScCXzSVsR6kPjry/?lang=pt>.
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde [internet]. 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf.
28. Harrison, JAK. Access to health care for people with disability in rural Malawi: what are the barriers? *BMC Public Health* [internet]. 2020 jun; [citado 2022 mar 19]; 1;20(1):833. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32487088/>.
29. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? *Saúde e Sociedade* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 27(1):69-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6XdxDvqvLzKXWjTHNgZTdCp/abstract/?lang=pt>.
30. Mapelli LD, Sabino FHO, Costa LCR, Silva JL, Ferriani MGC, Carlos DM. Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [internet]. 2020 [citado em 2022

ago 26]; 41:e2019046.
<https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/109939>.

Disponível

em:

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia