

## **Diagnóstico situacional da rede de atenção à violência de crianças e adolescentes com deficiência no município de Pesqueira-PE**

### **Situational diagnosis of the network of attention to violence in children and adolescents with disabilities in the municipality of Pesqueira-PE**

DOI: 10.55905/rcssv12n5-030

Received on: September 11<sup>th</sup>, 2023

Accepted on: October 10<sup>th</sup>, 2023

#### **João Victor da Silva Rodrigues**

Mestrando em Saúde e Desenvolvimento Socioambiental  
Instituição: Fundação Universidade de Pernambuco (UPE)  
Endereço: R. Cap. Pedro Rodrigues, São José, Garanhuns - PE  
E-mail: victorodrigues.ifpe@gmail.com

#### **Ana Luiza Paula de Aguiar Lélis**

Doutora em Enfermagem  
Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC)  
Endereço: Loteamento Redenção, Prado, Pesqueira - PE  
E-mail: ana.lelis@pesqueira.ifpe.edu.br

#### **Cláudia Fabiane Gomes Gonçalves**

Mestre em Hebiatria  
Instituição: Fundação Universidade de Pernambuco (UPE)  
Endereço: R. Cap. Pedro Rodrigues, São José, Garanhuns - PE  
E-mail: claudia@pesqueira.ifpe.edu.br

#### **Danielle Bezerra Calado Galindo**

Mestranda em Educação  
Instituição: Universidade Nacional de Rosário (UNR)  
Endereço: Rua da Cachoeira, Centro, Pesqueira - PE  
E-mail: daniellebezerracalado@yahoo.com.br

#### **RESUMO**

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, que objetivou analisar a configuração da rede de assistência à criança e ao adolescente com deficiência no enfrentamento da violência na visão dos profissionais de saúde e da assistência social, verificar como se dão os vínculos na rede na assistência à criança e ao adolescente com deficiência e investigar o fluxo de atendimento à criança e ao adolescente no âmbito saúde e social, desenvolvido na rede de assistência de saúde e social à crianças e adolescentes com deficiência no Município de Pesqueira, PE. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais atuantes na rede de cuidados de saúde e assistência social do município e os envolvidos na Gestão Municipal, no período de 2018 a 2019. O levantamento dos dados foi realizado segundo etapas pré-estabelecidas e complementares, dentre estas a aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturado de PEREIRA (2016) com questões relacionadas a identificação, acompanhamento, encaminhamento para serviços especializados, ótica e desafios enfrentados para a garantia do acesso à rede de atenção

para a criança e adolescente com deficiência, que pautaram a construção da caracterização dos sujeitos, dos eixos temáticos e posteriormente foi apresentado o desenho dos mapas Mapa mínimo da Rede Social Institucional Externa de acordo com a visão dos sujeitos. Diante dos resultados obtidos destaca-se que a maioria dos sujeitos não possui capacitação para o atendimento às situações de violência com o público deficiente, o que é representado nos discursos apresentados que denotam fragilidade no cuidado à essas vítimas e a invisibilidade do fenômeno da violência com este público em específico. Dentre os principais serviços acionados para o trabalho em rede os mais presentes nas falas dos entrevistados foram o CRAS e Conselho Tutelar. Diante disso, aponta-se a necessidade de maiores investimentos nos serviços de formação para fomentar a temática da violência no público de crianças e adolescentes com deficiência e instrumentalizar os profissionais dos serviços de referência afim de que se reduza a invisibilidade deste público e garanta a igualdade para todos sem distinção.

**Palavras-chave:** criança com deficiência, violência, rede de serviços.

### **ABSTRACT**

Descriptive, exploratory, qualitative study that aimed to analyze the configuration of the network of assistance to children and adolescents with disabilities in facing violence in the vision of health professionals and social assistance, to verify how the links in the network in assistance to children and adolescents with disabilities and to investigate the flow of care to children and adolescents in the health and social sphere, developed in the network of health and social assistance to children and adolescents with disabilities in the municipality of Pesqueira, PE. The subjects of the research were the professionals active in the healthcare and social assistance network of the municipality and those involved in Municipal Management, in the period from 2018 to 2019. The data survey was carried out according to pre-established and complementary stages, among these the application of a semi-structured interview roadmap of PEREIRA (2016) with questions related to identification, follow-up, referral to specialized services, optics and challenges faced to guarantee access to the network of care for children and adolescents with disabilities, which guided the construction of the characterization of the subjects, the thematic axes and later was presented the drawing of the maps Minimum map of the External Institutional Social Network according to the view of the subjects. In view of the results obtained, it is noteworthy that the majority of the subjects do not have training for the treatment of situations of violence with the disabled public, which is represented in the presented speeches that denote fragility in the care of these victims and the invisibility of the phenomenon of violence with this specific public. Among the main services activated for networking, the most present in the interviewees' talks were CRAS and Tutelary Council. In view of this, it is pointed out the need for greater investment in training services to promote the issue of violence in the public of children and adolescents with disabilities and to use professionals from reference services to reduce the invisibility of this public and guarantee equality for all without distinction.

**Keywords:** child with disabilities, violence, network of services.

## 1 INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes com deficiência perpassa por várias esferas, dentre elas os processos de comunicação, organização familiar, institucional e comunitária. A invisibilidade social demonstra sua maior vulnerabilidade diante das várias formas de violências praticadas. Há evidências crescentes de que indivíduos com deficiências constituem um grupo particularmente vulnerável no que diz respeito à probabilidade de experiências abusivas durante a infância, bem como mais tarde na vida adulta (MOREIRA et al. 2014); (SOSSALA; CATANI, 2015).

Quando se fala de crianças deficientes com problemas de comportamento, estas são as que apresentam maior vulnerabilidade à violência, quando comparadas às crianças sem deficiência: 7 vezes para negligência, violência física e violência psicológica, e 5,5 vezes para abuso sexual. Por outro lado, as que tinham deficiência múltipla mostraram vulnerabilidade maior para violência física e abuso sexual do que as crianças que tinham apenas um tipo de deficiência (BARROS ACMW et al. 2016).

A vulnerabilidade social de crianças e adolescentes com deficiência é evidenciada pelas condições de moradia, renda familiar e pela dependência dos serviços de saúde, que apresentam relações pouco articuladas com este público dentro da rede de cuidados (REZENDE; CABRAL, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi um avanço na garantia dos direitos desta população, onde prega a necessidade de cuidados na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e de especialidades, pois a pessoa com deficiência é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência. O estudo da violência na área da deficiência ainda é embrionário no Brasil, quando se compara países como Canadá, Estados Unidos e Europa com mais de duas décadas de pesquisas realizadas à respeito deste tema (BRASIL, 2008); (CAVALCANTE et al. 2009).

Destaca-se que, para lidar com casos de violência, a rede de assistência em saúde é o modelo mais aceito pela literatura, O enfrentamento dos diversos tipos de violência junto à criança e ao adolescente deficiente requer a articulação de uma rede que atenda às necessidades da abordagem do problema em sua complexidade, como planos e políticas públicas voltadas para ações interdisciplinares e intersetoriais (SILVA, 2010).

Diante do exposto, objetivou-se analisar a configuração da rede de assistência à criança e ao adolescente com deficiência no enfrentamento da violência na visão dos profissionais de saúde e da assistência social no Município de Pesqueira-PE, verificar como se dão os vínculos na rede na assistência à criança e ao adolescente com deficiência e investigar o fluxo de atendimento à criança e ao adolescente no âmbito saúde e social.

## **2 METODOLOGIA**

### **2.1 TIPO DE ESTUDO E CAMPO DE DESENVOLVIMENTO**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na rede de assistência de saúde e social à crianças e adolescentes com deficiência no Município de Pesqueira, PE.

A rede SUS de Atenção Primária à Saúde no município de Pesqueira, Pernambuco, é composta por 30 Equipes de Saúde da Família (ESF), correspondendo a 87% de área coberta no município, dentre as quais 16 estão situadas na área urbana e 14 na área rural. Dispõe também de duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A rede de atenção secundária à saúde é composta por um Centro de Saúde da Mulher, que atende as mulheres em diversas áreas e crianças até 12 anos de idade, um Centro de Especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Atenção Psicossocial II, uma Unidade Básica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e pelo Hospital Dr. Lídio Paraíba.

Entre as instituições que recebem a pessoa com deficiência, ressalta-se também a Associação PODE Portadores de Direitos Especiais de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, políticos ou religiosos, localizada no município, que compõe a Rede de Cuidados de Saúde da Pessoa com Deficiência com a finalidade de desenvolver ações de prevenção, habilitação e reabilitação, bem como atendimentos especializados às pessoas (crianças e adolescentes) com deficiência, prioritariamente aqueles que se encontram em vulnerabilidade social.

No aspecto social, existe o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), sendo uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social sendo responsável pela organização e oferta dos serviços sócio assistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF.

Menciona-se também um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) que oferece serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos como violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto etc.

O Município conta com uma unidade do Conselho Tutelar. Estes foram criados pelo Artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente e funcionam como uma instância estratégica do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes com a função de proteção e garantia de direitos desse segmento populacional.

## 2.2 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais atuantes na rede de cuidados de saúde e assistência social do município. No âmbito assistencial: Hospital Dr. Lídio Paraíba composta por Coordenador de Enfermagem (01), Enfermeiro da ala pediátrica (01), Técnico de Enfermagem da ala pediátrica (01), Assistente Social (01), Equipe de duas ESF's compostas por Enfermeira/o (02), Médico (01), Técnico de Enfermagem (02), Agente Comunitário de Saúde (02); Equipe da PODE composta por: Enfermeira/o (01), Fonoaudiólogo (01), Psicóloga (01), Fisioterapeuta (01), Equipe do CRAS: Assistente Social (01) e Equipe do CREAS: Assistente Social (01);

Os profissionais envolvidos na Gestão Municipal, no período de 2018 a 2019, também participaram da pesquisa, sendo eles: Secretário de Saúde (01), Coordenação de Atenção Básica (01), Coordenação da PODE (01), Coordenador do CRAS (01), Coordenador do CREAS (01) e Conselheiro Tutelar (02), tendo um total de 24 (vinte e quatro) sujeitos de pesquisa.

O procedimento de amostragem se deu pelo método de conveniência, que consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível. Ou seja, os indivíduos empregados nessa pesquisa foram selecionados porque eles estão prontamente disponíveis. Geralmente, essa conveniência representa uma maior facilidade operacional e baixo custo de amostragem e nos pode oferecer informações valiosas em inúmeras circunstâncias, especialmente quando não existem razões fundamentais que diferenciem os indivíduos acessíveis que formam o total da população (OCHOA, 2015).

### 2.3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

O levantamento dos dados foi realizado segundo as etapas: 1) Elaboração do roteiro semiestruturado adaptado de PEREIRA (2016) com questões relacionadas a identificação, acompanhamento, encaminhamento para serviços especializados, ótica e desafios enfrentados para a garantia do acesso à rede de atenção para a criança e adolescente com deficiência; 2) Solicitação da anuência dos profissionais de saúde e assistência social, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); 3) Entrevista com base no roteiro semiestruturado com os profissionais e gestores municipais.

As entrevistas foram pré-agendadas, gravadas, transcritas e duplamente conferidas. Estas foram realizadas em um local privativo na instituição no qual o profissional e gestor se encontravam e durou uma média de 20 a 30 minutos. Após transcrição, as narrativas foram analisadas e em seguida categorizadas de forma empírica por meio da convergência do conteúdo central apresentado, conforme utilizado em estudo de Cecílio et al., 2012 que analisou a rede de atenção primária do ABCD Paulista. A discussão dos resultados foi subsidiada pela literatura relacionada a violência à criança e ao adolescente com deficiência, e posteriormente a partir das falas dos sujeitos foram construídos os mapas mínimos da rede de acordo com a visão dos profissionais e gestores entrevistados.

### 2.4 MAPA MÍNIMO DA REDE SOCIAL INSTITUCIONAL EXTERNA

O mapa mínimo da Rede Social Institucional Externa compreende-se como uma ferramenta que auxilia na identificação dos vínculos institucionais bem como aponta lacunas que subsidiam o trabalho de intervenção das instituições pesquisadas, inicialmente foi criado pelo psiquiatra argentino Sluzki e mais tarde adaptado por Ude para contextos institucionais (SLUZKI, 1997); (UDE, 2008).

A articulação desse mapa à contextualização de um dado problema auxilia na construção de uma identificação, representação e sinalização de aspectos de um todo, com uma visão global e articulada das partes que o compõem, a fim de se compreender o seu contexto (CARLOS Et. Al., 2016).

O registro do mapa é realizado de forma gráfica pelo pesquisador, e compreende todos os indivíduos com os quais interage uma determinada pessoa ou serviço, a fim de descrever um determinado momento ou situação vivenciada pela pessoa informante, e seu

registro pode ser enriquecido e analisado em profundidade por meio da exploração das diferentes características, funções e atributos da rede. Nesse contexto, os aspectos que subsidiam a construção do mapa são considerados tanto na entrevista com o participante, como em todos os passos do procedimento de coleta que incluem a observação do pesquisador (MORÉ; CREPALDI, 2012).

A incorporação da dimensão dos mapas da rede social na atividade de pesquisa no campo das metodologias qualitativas permite potencializar as análises descritivas presentes nas narrativas, aumentar as possibilidades explicativas dos fenômenos humanos estudados, visibilizando de forma mais concreta o impacto das transformações que uma rede social significativa pode ter para o desenvolvimento do sujeito, e contextualizar os dados às realidades estudadas, por meio da observação dos diferentes sistemas envolvidos, permitindo uma efetiva ampliação de um foco, uma situação ou um problema a ser investigado (MORÉ; CREPALDI, 2012).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Dos 24 profissionais pesquisados, 41,66% estão na faixa etária de 30 a 40 anos, configurando uma amostra relativamente jovem. Na variável tempo de formação, 45,84% destes concluíram a graduação nos últimos 5 a 10 anos.

Tabela I: caracterização dos sujeitos da amostra

Variáveis	N	%
<b>Idade (anos)</b>		
20-30	6	25%
30-40	10	41,66%
40-50	6	25%
50-60	1	4,17%
60 ou mais	1	4,17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de formação (anos)</b>		
1-5	8	33,33%
5-10	11	45,84%
10-15	2	8,33%
15-20	0	0%
20-25	2	8,33%
25 ou mais	1	4,17%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de Experiência Profissional (anos)</b>		
Menos de 1 ano	2	4,17%
1-5	8	33,33%
5-10	8	33,33%
10-15	2	8,33%
15-20	1	4,17%
20-25	3	12,6%

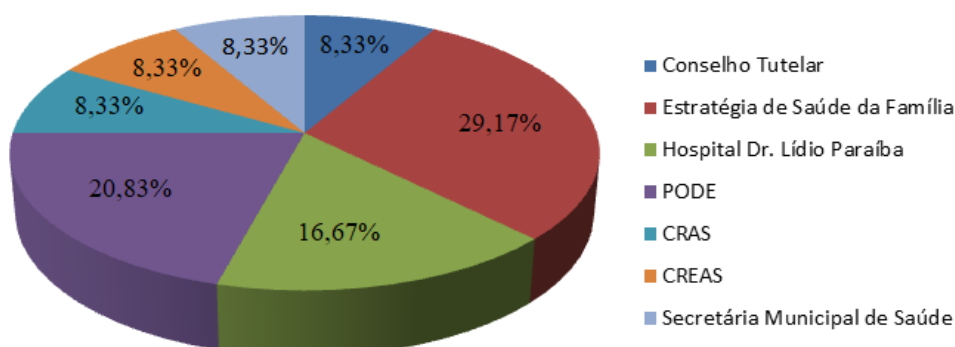
25 ou mais	0	0%
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de atuação no tema Violência (anos)</b>		
1-5	10	41,6%
5-10	5	20,83%
10-15	2	8,30%
15-20	0	0
20-25	1	4,17%
25 ou mais	0	0
Não tem	5	20,83%
Algumas vezes	1	4,17%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>
<b>Tempo de atuação no tema deficiência (anos)</b>		
1-5	7	29,16%
5-10	7	29,16%
10-15	2	8,33%
15-20	0	0
20-25	1	4,15%
25 ou mais	0	0
Não tem	5	20,83%
Algumas vezes	2	8,33%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autores

Também buscou-se entender o tempo de atuação nos temas Violência e Deficiência, respectivamente, bem como a existência de capacitação para o atendimento à vítima de violência na rotina de trabalho. Em ambos os temas a atuação é recente dos últimos 1 a 5 anos ao longo de sua jornada de trabalho. Por sua vez, a maioria dos entrevistados, 58,33% afirmaram não ter tido capacitação para o atendimento a vítima de violência, o que implica de forma direta na atuação perante os casos suspeitos de violência com este público.

No quesito categoria profissional, houve predomínio de 75% da amostra de profissionais em relação aos gestores. Quanto aos serviços participantes do estudo a equipe com maior percentual de participantes foi a da Estratégia de Saúde Família.

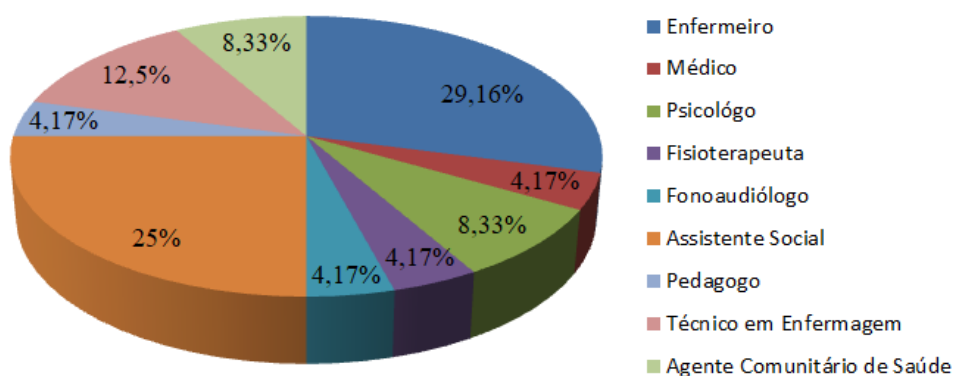
Gráfico 1: Serviço/Equipe  
**Serviço/Equipe**



Fonte: Autores

Quanto à categoria profissional dos entrevistados, destaca-se a predominância de Enfermeiros participantes do estudo, explicado pelo fato de sua ampla atuação nos diversos cenários do cuidado.

Gráfico 3: Serviço/Equipe  
**Categoria Profissional**



Fonte: Autores

### 3.2 EIXOS TEMÁTICOS

A partir das entrevistas semiestruturadas, a análise temática dos dados permitiu a identificação de quatro eixos temáticos: “A percepção da violência na rotina de trabalho”, “Notificação dos casos identificados”, “O cuidado e a família no enfrentamento do contexto da violência” e “A rede e seus serviços”, que pautaram as discussões a seguir.

### 3.3 A PERCEPÇÃO DA VIOLÊNCIA NA ROTINA DE TRABALHO

Os participantes do estudo conceituaram violência de acordo com as suas concepções e experiências mais corriqueiras, com ênfase na violação de direitos observada em duas das quatro narrativas, e ressaltaram a vulnerabilidade social e econômica como um aspecto influenciador da ocorrência da violência, conforme se verificou nos discursos a seguir:

*[...] hoje é um tema que deve ser abordado com muita delicadeza e na verdade tem que reforçar porque a gente não faz essa abordagem tão forte [...]. P10*

*“Eu entendo a violência como uma violação de direito, toda violação de direito é uma violência” P16*

*“O que a gente percebe também que um dos motivos é sobre o benefício, então assim que é como se fosse a renda da família, isso torna um atrativo para os outros quererem usufruir desse dinheiro” P17*

*“Muitas vezes essa violência é resultado da vulnerabilidade social, aí a gente trabalha com isso, eles encaminham e a gente vê o que realmente fez com que a violência surgisse porque muitas vezes também é questão socioeconômica” P24*

O termo violência é compreendido como o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação de liberdade (SOUZA et. Al. 2014).

O risco aumentado de violência está associado à combinação de fatores sociais, culturais e econômicos e não apenas à deficiência em si, mas ao modo como ela é combinada com fatores de risco (isolamento social, estigma, estresse psicossocial, outros distúrbios) ou protetores (cuidados pessoais e sociais, acesso a serviços, escola, e benefícios) ou a vulnerabilidades associadas à deficiência (impossibilidade de andar, de enxergar, de ouvir, de gritar e pedir ajuda, de discernir sobre o certo ou errado) (CAVALCANTI et. Al., 2009).

Os profissionais evidenciaram em seus discursos uma menor frequência de casos de violência na criança e adolescente com deficiência se comparado às sem deficiência:

*“Difícilmente acontece com deficiência, a gente é mais o problema com crianças, digamos, sei lá, normais né?” P05*

*“Olha, na minha rotina não é com frequência que eu pego crianças deficientes que sofreram violência” P07*

*“A demanda aqui não é grande já que existem outros órgãos que atuam diretamente com essa demanda de crianças com deficiência e que sofrem alguma violência” P21*

Diante dos discursos apresentados observa-se que um dos motivos desta ausência de casos nas falas dos entrevistados se dá pelo pouco conhecimento dos mesmos sobre a temática, o que resulta na invisibilidade da ocorrência da violência neste público.

Há evidências crescentes de que indivíduos com deficiências constituem um grupo particularmente vulnerável no que diz respeito à probabilidade de experiências abusivas durante a infância, bem como mais tarde na vida (CATANI; SOSSALA, 2015).

Pesquisa realizada na Uganda, África com crianças e adolescentes no ambiente escolar revelou que meninas com deficiência relatam sofrer violência física e sexual numa proporção maior se comparada às sem deficiência já para rapazes com e sem deficiência, os níveis não diferem estatisticamente apontando que o ambiente escolar é um dos principais locais onde a violência está ocorrendo (DEVRIES et al. 2014).

### 3.4 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS IDENTIFICADOS

A ação de notificação esteve presente de forma incipiente nas falas em apenas dois dos 25 sujeitos entrevistados, o que demonstra uma fragilidade neste processo:

*“Notifica com a ficha do SINAN, a epidemiologia” P01*

*“A gente faz a notificação de violência” P08*

A escassez de notificação pode ser um reflexo do não conhecimento dos aspectos da violência inculcados no cotidiano das pessoas, por perceberem como “normal” ou “natural” contexto relacionado à violência propriamente dita. Por parte dos profissionais, há um despreparo sobre a forma de abordagem à vítima e a sistematização da assistência, que se deve principalmente à escassez de protocolos específicos, fluxogramas, que abordem parâmetros técnicos e científicos para a condução da prática assistencial e encaminhamentos (ANDRADE et. Al., 2016).

O Ministério da Saúde (MS) incluiu, no ano de 2009, a violência doméstica, sexual e/ou outras violências na listagem de doenças e agravos de notificação compulsória. Desta forma, toda suspeita ou confirmação de violência, tanto no serviço de atenção primária quanto no hospitalar, deve ser registrada na Ficha de Notificação e Investigação (FNI) (BELENTANI et. Al., 2012).

Essa notificação é primordial na intervenção dos casos de violências, pois consiste num instrumento que possibilita a garantia de proteção às crianças e aos adolescentes, por meio da divisão de responsabilidades entre os profissionais de saúde, da educação, da assistência social, do CTutelar e da Justiça (BUDÓ et al., 2012).

A Lei 8.069/1990, do ECA torna obrigatória a notificação dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos infantis, o qual institui uma penalidade para os profissionais da saúde ou da educação que descumprirem essa determinação (BRASIL, 1990).

### 3.5 O CUIDADO E A FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DO CONTEXTO DA VIOLÊNCIA

No que tange aos tipos de violência os entrevistados apontam em suas falas a frequência da ocorrência da violência intrafamiliar e doméstica nos casos de crianças e adolescentes com deficiência, como apresentado nos discursos abaixo:

*[...] muitas vezes as violências são intrafamiliares, então eu acho que 95% dos casos que nós atuamos, geralmente a violência parte de dentro de casa. Às vezes é um abandono né, é agressão física [...] P04.*

*“Às vezes tem a violência doméstica contra o deficiente, às vezes eles são tratados com um certo diferencial, com menosprezo por algumas famílias que elas mesmas rotulam que ele não pode desenvolver e hoje eu acredito que eu acompanho pessoas, que elas desenvolvem bem.” P10*

*“Às vezes chega pra gente através de outro parente, às vezes é um tio, um outro familiar que vem nos dizer, pra depois a gente chegar nessa família porque a gente tem que ter todo um jeitinho, porque as vezes ela quer esconder, que a vezes é um marido, é um tio, é um irmão quem comete a violência junto a criança com deficiência.” P17*

Considerado um fenômeno histórico, presente no cotidiano de crianças e adolescentes de todos os segmentos sociais a violência intrafamiliar define-se como a ação ou omissão por parte de algum integrante da família, ainda que sem laços sanguíneos, que cause danos a este indivíduo (MAGALHÃES et. Al., 2017).

A violência doméstica pode ser definida como “toda ação ou omissão praticada dentro ou fora de casa por algum membro da família ou pessoa que assume função parental, com relação de poder sobre a pessoa em situação de violência (LEITE et. Al 2016).

Dentro desse contexto, aqueles que necessitam de cuidados complexos e contínuos, como crianças e adolescentes com deficiência, encontram-se ainda mais

vulneráveis às diversas formas de maus-tratos (físicos, psicológicos, negligência e abuso sexual) (BARROS et. Al., 2016).

Diante deste contexto os profissionais evidenciam em seus relatos as formas de cuidado afim de assegurar a garantia da proteção e manutenção do bem-estar para a criança e o adolescente e sua família:

*“Assim, a gente fica na procura né? Para saber se eles estão sendo violentados pelas famílias, se são abandonados, se ficam lá desprezados” P02*

*“Assim, já tem com frequência crianças com deficiência, a gente tenta fazer um atendimento multidisciplinar, que eles precisam né? E fazer todo o acolhimento que reduza um pouco o sofrimento tanto da criança quanto dos cuidadores dela.” P07*

*“Nossa parte seria dar apoio psicossocial a essa vítima e a família e todos os cuidados de saúde necessários tanto a nível de média complexidade quanto a nível de atenção básica.” P19*

Os profissionais dos serviços de atendimento assumem um papel preponderante diante das circunstâncias da violência, pois a sua atuação e responsabilidade não se reduzem a uma questão técnica, configurando-se também como uma prática social importante para o combate da desigualdade (CORTES et. Al., 2015).

### 3.6 A REDE E SEUS SERVIÇOS

Destaca-se que, para lidar com casos de violência, a rede de assistência em saúde é o modelo mais aceito pela literatura, e nela, “a entrada pode se dar em qualquer ponto, sendo a circulação dos casos uma convergência entre os diversos pontos desse conjunto (os distintos serviços), entre os quais não há hierarquia de disposição e sim uma colocação horizontal nas relações entre si (CORTES et. Al., 2016).

Dentre os serviços acionados quanto ao trabalho em rede os mais presentes nas falas dos entrevistados foram o CRAS, CREAS, Conselho Tutelar e Ministério Público:

*“Quando a gente pega, a gente geralmente trabalha com a rede, com o Ministério Público, o Juiz, CREAS, CRAS, a gente sempre coloca a rede pra trabalhar junto”. P05*

*“Depois de identificado o caso de violência, a gente se reúne com a coordenadora da instituição e vê quais são os encaminhamentos que a gente vai referenciar essa família, então a gente aciona o Conselho Tutelar do município, o CRAS e o CREAS também referente e a unidade básica de saúde para todos atuarem e ajudar essa família.” P17*

O CREAS é uma entidade governamental, estabelecida pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que presta atendimento especializado às vítimas de violência (FARAJ; SIQUEIRA, 2012).

O CRAS é uma unidade de proteção social básica, que visa prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania (BRASIL, 2009).

Os Conselhos Tutelares, criados pelo Artigo 131 do Estatuto da Criança e do Adolescente, funcionam como uma instância estratégica do Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e Adolescentes Com a função de proteção e garantia de direitos desse segmento populacional, os Conselhos se revestiram de um órgão de punição contra toda e qualquer forma de violência contra este público (MOREIRA et. Al., 2014).

Quanto aos serviços de comunicação de referência e contra referência os profissionais demonstraram novas formas de se comunicar e garantir a continuidade dos casos e vínculos dentro da rede utilizando-se das novas tecnologias para as comunicações:

*“Toda comunicação que é feita, é feita oficial, então se acontece alguma articulação com a rede é através de ofício ou de instrumentais específicos de visita, onde temos que firmar que realizamos a visita em tal instituição, a pessoa responsável pela instituição que recebeu a visita, que foi acordado encaminhamento de algum caso específico”. P16*

*“A gente tem a rede toda equipada e a gente trabalha muito bem com integralidade, a gente se comunica, então antes que o ofício chegue a gente já liga, já faz um contato mais imediato via também whatsapp, então a gente usa todos os meios, os leais e os que são mais acessíveis, então a gente faz essa articulação, referencia essa criança para onde ela precisa ser atendida” P20*

Os serviços de referência e contrarreferência definem-se como a prática de encaminhar os usuários para os diferentes serviços e níveis de atenção que implica corresponsabilização do cuidado, devido ao compartilhamento de informações sobre a história clínica, condutas e procedimentos adotados na assistência ao indivíduo. O seu uso configura-se como um dispositivo normativo que carece de esforços mútuos entre os níveis de atenção, para garantir o acesso dos usuários a todas as esferas de cuidado, de acordo com suas necessidades (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Estudo realizado no Estado da Paraíba apontou para uma descontinuidade do cuidado uma vez que seu sistema de referência e contrarreferência encontra-se com expressiva fragilidade na articulação entre suas instâncias gestoras, identificada entre os serviços de saúde. Da mesma forma, constatou-se fragilidade entre as práticas clínicas

desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços voltados a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos, (PROTASIO et al., 2014).

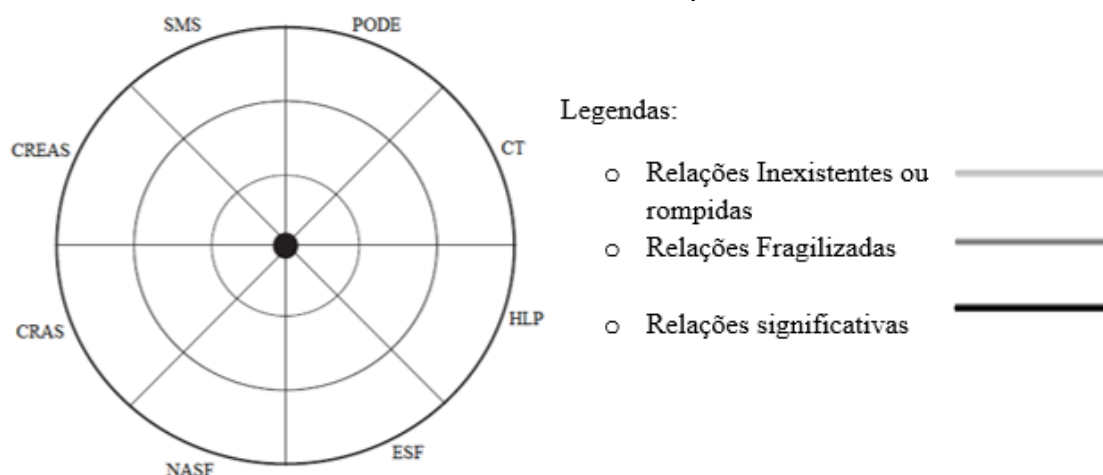
Estudo realizado no Chile à respeito das competências essenciais para o gerenciamento de rede do sistema de saúde, a referência e contrarreferência foram destaques nas falas dos entrevistados como ferramentas essenciais para desenvolver competências organizacionais essenciais para a gestão, contribuindo para o atendimento das necessidades de saúde da grande maioria da população chilena, em especial, quando focadas no sistema público de saúde como um todo (VERGARA; BISAMA; MONCADA, 2012).

### 3.7 MAPA MÍNIMO DA REDE SOCIAL INSTITUCIONAL

Diante disto, o presente estudo propôs desenvolver o Mapa Mínimo da Rede Social Institucional dos serviços que compõem a Rede de Atenção a violência de crianças e adolescentes com deficiência do município de Pesqueira PE, na visão dos profissionais e dos gestores objetivando evidenciar como estão constituídos os vínculos entre as instituições estudadas, procurando identificar recursos e lacunas, com vistas a integrar, fortalecer e otimizar a rede de atenção existente.

O mapa mínimo aqui representado foi sistematizado por um diagrama formado por três círculos concêntricos (interno, intermediário, externo), a partir de então, coloca-se o nome da instituição estudada no centro do mapa e verificam-se os vínculos próximos, intermediários e distantes, nos diferentes campos mencionados. Para indicar as diversas instituições, programas e grupos identificados, utiliza-se o nome abreviado, divididos em oito quadrantes: (a) Associação PODE, (b) Conselho Tutelar (CT), (c) Hospital Lídio Paraíba (HLP), (d) Estratégia de Saúde da Família (ESF), (e) Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), (f) Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), (g) Centro de Atendimento Especializado da Assistência Social (CREAS) e (h) Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Com relação à disposição dos círculos, o interno representa as relações mais íntimas consideradas pelos indivíduos da rede. O círculo intermediário registra as relações com menos grau de compromisso relacional, e o círculo externo registra as relações ocasionais ou distantes. A qualidade dos vínculos é sinalizada por linhas para se referir aos vínculos significativos, fragilizados, rompidos ou inexistentes. Abaixo, apresenta-se o modelo de mapa desenvolvido para a análise:

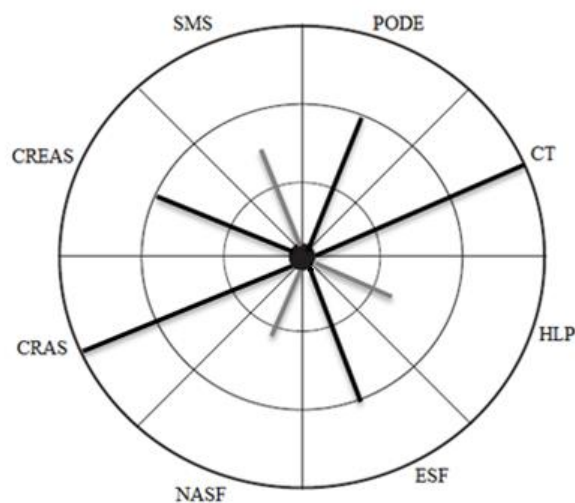
Figura 1 - Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa da Rede de atenção a violência de crianças e adolescentes com deficiência. Pesqueira, 2019.



Fonte: Autores.

De acordo com o demonstrado no mapa a partir da visão dos profissionais, identifica-se que existe uma relação mais significativa destes com os serviços do Conselho Tutelar e do CRAS em contrapartida demonstra-se relação fragilizada com o Hospital Doutor Lídio Paraíba e o NASF como exposto na figura abaixo.

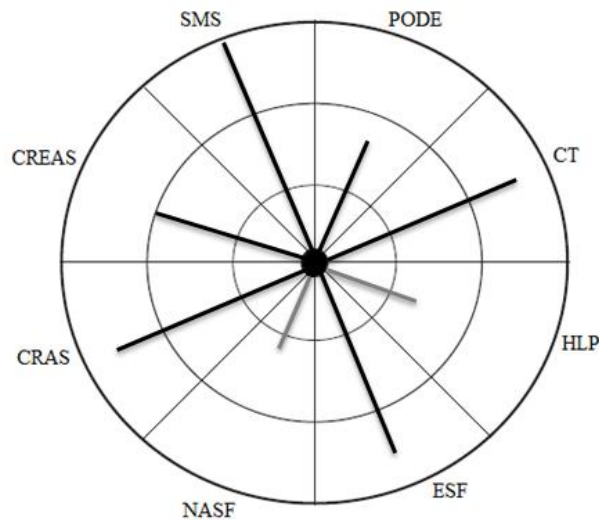
Figura 2 - Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa da Rede de atenção à violência de crianças e adolescentes com deficiência na visão dos Profissionais dos serviços de assistência. Pesqueira, 2019



Fonte: Autores.

Partindo para a visão dos gestores, há um vínculo maior com a Secretaria Municipal de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, e as relações fragilizadas também se fazem entre o Hospital Doutor Lídio Paraíba e o NASF como exposto na figura abaixo.

Figura 3 - Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa da Rede de atenção à violência de crianças e adolescentes com deficiência na visão dos Gestores dos serviços de assistência. Pesqueira, 2019.



Fonte: Autores.

#### 4 CONCLUSÃO

Este estudo objetivou apresentar um diagnóstico situacional da rede de atenção a violência de crianças e adolescentes com deficiência no município de Pesqueira, por meio das representações de discursos dos sujeitos e mostrar como se dão os vínculos dos serviços disponíveis no município com o apoio da ferramenta do Mapa Mínimo da Rede Social Institucional Externa segundo a ótica dos profissionais e gestores atuantes nos serviços.

Destaca-se que a maioria dos sujeitos não possui capacitação para o atendimento as situações de violência com o público deficiente, o que é representado nos discursos apresentados que denotam fragilidade no cuidado à essas vítimas e a invisibilidade do fenômeno da violência com este público em específico. Como consequência desta fragilidade o ato de notificação esteve presente de maneira incipiente quanto às principais condutas adotadas na assistência dos casos suspeitos.

Diante dos resultados encontrados, aponta-se a necessidade de maiores investimentos nos serviços de formação para fomentar a temática da violência no público de crianças e adolescentes com deficiência e instrumentalizar os profissionais dos serviços de referência para uma melhor atuação dos casos identificados, reduzindo as estatísticas dos estudos e reduzir a invisibilidade deste público e garantir a igualdade para todos sem distinção.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE JO, CASTRO SS, HEITOR SFD, ANDRADE WP, ATIHE CC. Indicadores da violência contra a mulher provenientes das notificações dos serviços de saúde de Minas Gerais-Brasil. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(3): 1-9.
- BARROS ACMW et al. A violência familiar e a criança e o adolescente com deficiências. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(6), jun, 2016.
- BELENTANI L, SARTORELLI ACM, MESCHIAL WC, LIMA MF, OLIVEIRA MLF. Violência Contra Crianças, Adolescentes e Mulheres: Desfecho de casos atendidos em um Hospital Ensino. *Rev Enferm UFSM [Internet]*. 2012 Jan/Abr; 2(1):10-9.
- BUDÓ, M. L. D. et al. O. Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de saúde da família. *Cogitare Enferm.*, Paraná, v. 17, n. 1, p. 21-8, 2012.
- BRASIL. Centro de Referência de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF, 2009; ed 1. p 72.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. 3<sup>th</sup> ed. Brasília (DF): Senado; 2008 [cited 2013 fev 18]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm).
- CATANI C.; SOSSALLA, IM. Child abuse predicts adult PTSD symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. October 2015 | Volume 6 | Article 1600
- CECÍLIO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2893-2902, 2012.
- CORTES GR, ALVES EC, SILVA LKR da. Mediação da informação e violência contra mulheres: disseminando a informação estatística no Centro Estadual de Referência da Mulher Fátima Lopes. In: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2015; João Pessoa.
- CORTES LF, PADOIN SMM, KINALSKI DDF. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(esp): 2016-0056.
- DEVRIES et al. Violence against primary school children with disabilities in Uganda: a cross-sectional study *BMC Public Health* 2014, 14:1017. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1017>.
- FARAJ GR, SIQUEIRA AC. O atendimento e a rede de proteção da criança e do adolescente vítima de violência sexual na perspectiva dos profissionais do CREAS. *Rev do dep de Ciências Humanas.* 2012 Jul/Dez; (37): 67-87.
- FERRIANI MGC, CARLOS DM, OLIVEIRA AJ, ESTEVES MR, MARTINS JE. Vínculos institucionais para o enfrentamento da violência escolar: um estudo exploratório. *Escola Anna Nery* 21(4) 2017.
- MAGALHÃES JRFM, GOMES NP, MOTA RS, CAMPOS LM, CAMARGO CL, ANDRADE SR. Violência intrafamiliar: vivências e percepções de adolescentes. *Esc Anna Nery* 2017;21(1):e20170003.

MORÉ C; CREPALDI MA. O Mapa de Rede Social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n. 43, p. 84-98, ago. 2012.

LEITE JT, BESERRA MA, SCATENA L, SILVA LMP, FERRIANI MGC. Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. Rev Gaúcha Enferm. 2016 jun;37(2):e55796.

MOREIRA MCN et al. Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19(9):3869-3877, 2014.

OCHOA, C. 2015. Amostragem não probabilística: Amostra por conveniência. Disponível em: <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-conveniencia>. Acesso em 27 abr. 2018

PEREIRA, T. I. A. F. A. A Estratégia de Saúde da Família na garantia do acesso da criança com deficiência à rede de atenção. 2016. 135 f.: tab. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Vitória da Conquista - BA, 2016.

PROTASIO, A. P. L. et al. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1o ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Saúde debate*, v. 38, n. esp., p. 209-220, 2014.

PEREIRA JS, MACHADO WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [ 3 ]: 1033-1051, 2016.

REZENDE J. M. M.; CABRAL I. E. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. R. pesq.: cuid. Fundam, [online], v.2, (Ed. Supl.), p.22-25, out/dez 2010.

SILVA, LMP. A prevenção da violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes sob ótica dos membros do Poder Judiciário. 215f. 2010. L.M.P e Silva, 2010 [Tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010. 215f.

SLUZKI CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

SOUSA GM de, DAMASCENO KCF, BORGES L de CF. Estratificação dos tipos de violência notificados pelo SINAN, no município de Porto Nacional, TO, em 2014. Rev Interface. 2016 Maio; (11): 34-45.

UDE W. Enfrentamento da violência sexual infantojuvenil e construção de redes sociais: produção de indicadores e possibilidades de intervenção. In: Cunha EP, Silva EM, Giovanetti MAC. Enfrentamento à violência sexual infantojuvenil: expansão do PAIR em Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG; 2008. p.30-60.

VERGARA, M.; BISAMA, L.; MONCADA, P. Competencias esenciales para la gestión en red. *Rev. Med. Chile*, v. 140, n. 12, p. 1593-1605, 2012.