

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Luíza Eduarda Portes Ribeiro

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA:
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Vitória

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Luíza Eduarda Portes Ribeiro

**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA:
ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para defesa no Mestrado em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Linha de pesquisa: Epidemiologia de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Orientadora: Profa. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite

Vitória

2023

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

P843v Portes Ribeiro, Luíza Eduarda, 1998-
Violência interpessoal contra a pessoa com deficiência :
Análise das notificações no estado do Espírito Santo / Luíza
Eduarda Portes Ribeiro. - 2023.
76 f. : il.

Orientadora: Franciéle Marabotti Costa Leite.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Violência. 2. Pessoas com deficiência. 3.
Epidemiologia. 4. Saúde Pública. I. Marabotti Costa Leite,
Franciéle. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Franciéle Marabotti Costa Leite
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Orientadora

Prof^ª. Dra. Mariana Rabello Laignier
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Membro interno titular

Prof^ª. Dra. Gracielle Karla Pampolim Abreu
Universidade Federal do Pampa - Unipampa
Membro externo titular

Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Membro interno suplente

Prof^ª. Dra. Márcia Regina de Oliveira Pedroso
Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB
Membro externo suplente

DEDICATÓRIA

Dedico a todas as pessoas que foram brutalmente negligenciadas ao longo da história, que sofreram de forma tão cruel e ainda sofrem pelo simples fato de terem limitações, de não serem ditas “comuns”. A todas as pessoas que lutam para sobreviver. A todas as pessoas que, mesmo com as dificuldades, medos e falta de cuidados, seguem firmes e resilientes. A todas as pessoas que se superam a cada dia. A todas as pessoas que cuidam dessas pessoas e sofrem suas dores com elas. A todas as pessoas que as compreendem mesmo com todas as circunstâncias dolorosas que isso inclui.

Dedico ao meu pai e à toda a sua família, incluindo seu tio Sebastião, que faleceu por “causas naturais” e solitário em um manicômio.

Dedico ao primeiro paciente que atendi no CAPS São Pedro em Vitória, ES, que me fez entender por que eu queria ser profissional de saúde. Ainda me lembro dele, sem compreender por que era tão diferente dos outros. Ele me ensinou que, no fundo, ser diferente não era algo ruim, tudo é uma questão de ponto de vista.

Pessoas comuns, como todas as outras, mas com condições diferentes, como qualquer ser humano. Enfim, pessoas com deficiência.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que sempre soube me instruir de forma paciente e generosa, me fazendo reconhecer minhas fraquezas, minhas limitações, colocando as pessoas certas no meu caminho e me fazendo acreditar que todo o processo valeria a pena e daria certo.

À minha família, Elisabeth, José Luiz, Thalmaturgo e Tia Lurdes, que, mesmo longe, compreenderam minhas ausências e respeitaram o meu processo, sempre me conferindo apoio e ajuda nos momentos de dificuldades.

À minha orientadora, professora Dra. Franciéle, que, como ela mesmo diz, é minha mãe na graduação e na pesquisa. Muitos são os mitos que se colocam em cima da pesquisa e de um orientador, muitas pessoas nos fazem acreditar que é extremamente difícil conseguir concretizar um estudo, mas ela nunca me fez pensar isso. Sempre me ensinou o caminho correto, me deu apoio e auxílio nos momentos difíceis, nunca se negou a ensinar. Sempre com maestria e paciência deu o seu melhor e me fez aprender a amar este processo. Minha eterna gratidão!

Aos meus amigos, Tatiana, Tamara, Daniely, Aline, Caroline, Fernanda e Dhener, que sempre me incentivaram, me apoiaram e me fizeram acreditar que isto tudo seria possível. Também agradeço ao Gustavo, pelo apoio incondicional durante este processo, por compreender todas as minhas aflições e por ter sido equilíbrio em tantos momentos de desespero.

Aos meus colegas de profissão. Primeiramente, ao meu eterno coordenador, Jocimar Lodi, que tornou este processo possível no momento em que passei no mestrado, sempre me liberou para assistir as aulas, foi flexível quanto aos meus horários e me incentivou a continuar.

Agradeço também às minhas brilhantes enfermeiras, Dayana e Luciene, que guerrearam junto comigo na Atenção Primária em momentos tão difíceis da nossa saúde. Foram muitos momentos caóticos com os quais tivemos que lidar, mas, juntas, sempre nos apoiando, conseguimos fazer uma enfermagem de saúde pública presente, consciente e efetiva, apesar dos baixos insumos, da falta de pessoal e de incentivo na maior parte das vezes. Agradeço, ainda, às enfermeiras Joelma, Nilaine, Eloína, Jeanine, Cristiane e Michele, vocês foram essenciais neste processo.

Agradeço à Equipe 17, minha eterna equipe de Estratégia de Saúde da Família, são elas: as ACS Rosilene, Audilá, Simone, Laiane, Luciene, Cláudia e Amanda; os Técnicos de Enfermagem Vanderlucia e Wemerson; a Médica Paula; e a Assistente Social Lívia, que sempre me apoiaram, me incentivaram, sempre acreditaram em mim, respeitaram as minhas ausências do trabalho e ainda tornaram os meus dias mais leves e acolhedores, me mostrando que o trabalho em grupo faz toda a diferença pelo bem da atenção primária. A toda equipe da USF Terra Vermelha, o meu muito

obrigado, vocês me ensinaram o que é ser uma enfermeira atuante na Atenção Primária a Saúde e no SUS.

Agradeço, ainda, aos companheiros das campanhas de vacina, Gisely, Ana Paula, Rebeca, Karina Rangel, Francielle, Gian, Thyrone, Diovania, Denise, Karina Martins, Rosineia, Edneia, entre outros, que proporcionaram momentos incríveis de trocas de conhecimento e também descontrações, sempre com o propósito de garantir a imunização de milhares de pessoas para o combate da COVID-19 e demais doenças.

Ao LAVISA e a todos os seus membros, Solange, Edleusa, Bruna, Márcia, Karina, Dherik, Prof. Fábio, por tantos compartilhamentos bons e de grande efetividade. Mais que um grupo, sinto o LAVISA como uma família que tem um imenso propósito de tornar a violência um assunto público e de grande discussão na sociedade, sabemos que só assim podemos um dia superar esse agravo tão importante!

Aos meus colegas de turma do mestrado, Célia, Josiany, Gláucia, Letícia, Leandra, Hércules, Angelita, Paula, muitos, como eu, trabalhadores e colegas de profissão. Agradeço imensamente pela parceria, muitas foram as atividades e trabalhos em que nos ajudamos e que só foi possível compreender e finalizar devido a essa união. Mesmo nas aulas *online*, conseguimos, cada um da sua forma, levar o mestrado à frente com qualidade e comprometimento. Tenho orgulho de todos nós, futuros sanitaristas.

Aos grandes mestres da saúde coletiva, Dra. Maria Angélica, Dra. Maria Helena, Dr. Álvaro Laranjeira, Dr. Edson Theodoro, Dr. Thiago Sarti, por tantas trocas, por tanto comprometimento com o ensino e por todos os conselhos, e também, puxões de orelha.

Aos meus mestres da banca examinadora, Thiago Prado, Mariana Rabello, Márcia Pedroso e Gracielle Pampolim, pelas considerações e contribuições de enriquecimento a este trabalho.

À Universidade Federal do Espírito Santo, que foi e está sendo a minha casa nos últimos anos. Tenho orgulho de fazer parte desta família que forma e produz tanto conhecimento de qualidade.

À Prefeitura Municipal de Vila Velha, por ter sido o meu sustento e ter me permitido tantos crescimentos profissionais.

Aos meus pacientes, que tanto me ensinaram sobre humildade, sobre dificuldades e sobre acreditar nos nossos sonhos. É incrível como, em dias e momentos em que eu não me sentia bem, apareciam pessoas que diziam que seria possível, que daria certo no final. Isso me fazia lembrar por que eu sempre quis ser uma profissional de saúde pública, e me deu subsídios para compreender que a concretização deste mestrado e desta dissertação seria importante para isso.

A todos os presentes neste processo meu obrigado, gratidão eterna!

*From up above I heard
The angels sing to me these words
And sometimes, in your eyes
I see the beauty in the world*

[...]

*Oh, hey, I'm floating up above the world now
Oh, hey, I'm floating up above the world now.*

Coldplay

RESUMO

Introdução: A pessoa com deficiência é tida como a população mais vulnerável ao agravo da violência e necessita de estratégias que possam garantir a sua proteção. **Objetivos:** Analisar os casos de violência interpessoal contra as pessoas com deficiência no estado do Espírito Santo, notificados entre os anos de 2011 e 2018 e os fatores associados. **Método:** Estudo epidemiológico transversal, realizado com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do estado do Espírito Santo disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde. As variáveis independentes foram as características da vítima, do agressor e do evento, tendo como desfecho a violência interpessoal contra a pessoa com deficiência. Os dados foram analisados pelo programa Stata 14.0, por frequências absolutas e relativas, análises bivariadas pelo teste Qui-Quadrado (χ^2), e a associação entre as variáveis pelo modelo de regressão de Poisson. A pesquisa foi aceita pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. **Resultados:** A violência interpessoal contra pessoas com deficiência no Espírito Santo correspondeu a 65,3% (IC95%: 63,0-67,6) dos casos notificados de violência. Crianças (RP: 1,64; IC 95%: 1,50-1,79) e idosos (RP: 1,52; IC95%: 1,40-1,64) tiveram maior prevalência quando comparados aos adultos. A raça/cor preta foi 15% mais frequente em relação à cor branca. Outros fatores associados que merecem destaque foram o agressor do sexo masculino (RP: 2,07; IC 95%: 1,73-2,48), idade de 25 anos ou mais (RP: 1,29; IC 95%: 1,10-1,51), e ter usado álcool (RP: 1,29; IC 95%: 1,14-1,47); bem como quanto ao evento, em via pública (RP: 1,48; IC: 1,26-1,73), e ser repetição (RP: 1,27; IC 95%: 1,09-1,48). **Conclusão:** A violência interpessoal contra a pessoa com deficiência se apresentou elevada no Espírito Santo e o reconhecimento dos seus fatores associados é importante para melhor identificação dos casos. A discussão desta temática pode auxiliar os profissionais de saúde a proteger e garantir a não violação de direitos desse público vulnerável e fornecer subsídios na formulação de políticas públicas de prevenção e proteção dentro do campo da saúde coletiva com o intuito de diminuir as diversas consequências à saúde física, mental e social das pessoas com deficiência expostas à violência em suas diversas naturezas.

Descritores: Exposição à violência; Notificação; Pessoas com deficiência; Violência.

ABSTRACT

Introduction: People with disabilities are included as the most vulnerable population to the aggravation of violence and need strategies that can guarantee their protection. **Objectives:** To analyze cases of interpersonal violence against people with disabilities in the state of Espírito Santo reported between the years 2011 and 2018, and the associated factors. **Method:** This is a cross-sectional epidemiological study, carried out with data from the Information System for Notifiable Diseases, in the state of Espírito Santo, made available by the State Department of Health. The independent variables were the characteristics of the victim, those of the aggressor, and the event, with the outcome being interpersonal violence against the disabled person. Data were analyzed using the Stata 14.0 program for absolute and relative frequencies, bivariate analysis using the Chi-square (χ^2) and Fisher's exact tests, and the association between variables using the Poisson regression model. The research was accepted by the Research Ethics Committee of the University. **Results:** Interpersonal violence against people with disabilities in Espírito Santo accounted for 65.3% (95%CI: 63.0-67.6) of reported cases of violence. Children (PR: 1.64; 95%CI: 1.50-1.79) and the elderly (PR: 1.52; 95%CI: 1.40-1.64) had a higher prevalence when compared to adults. Black race/color was 15% more frequent than white. Other associated factors worth mentioning were a perpetrator of male gender (PR: 2.07; 95% CI: 1.73-2.48), age 25 years or older (PR: 1.29; 95% CI: 1.10-1.51), and having used alcohol (PR: 1.29; CI 95%: 1.14-1.47), and regarding the event: on a public road (PR: 1.48; CI: 1.26 -1.73), and being a repetition (PR: 1.27; 95% CI: 1.09-1.48). **Conclusion:** Interpersonal violence against people with disabilities was high in Espírito Santo, and the recognition of its associated factors is important for the better identification of cases. The discussion of this theme can help health professionals to protect and guarantee the non-violation of the rights of this vulnerable public, and provide subsidies in the formulation of public policies for the prevention and protection within the field of collective health in order to reduce the various consequences to physical, mental and social health of people with disabilities exposed to violence in its various natures.

Descriptors: Exposure to Violence; Notification; Disabled People; Violence.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

| | | |
|-----------------|--|----|
| Figura 1 | Modelo ecológico para compreensão da causalidade do ato violento | 23 |
| Figura 2 | Esquema de modelo hierárquico tendo o desfecho da violência interpessoal contra a pessoa com deficiência | 44 |
| Quadro 1 | Descrição da variável dependente, o desfecho | 41 |
| Quadro 2 | Variáveis de interesse relacionadas à vítima | 42 |
| Quadro 3 | Variáveis de interesse relacionadas ao agressor | 42 |
| Quadro 4 | Variáveis de interesse relacionadas à agressão | 43 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|-----------------|---|----|
| Tabela 1 | Características gerais das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo-ES, Brasil – 2011 a 2018 | 52 |
| Tabela 2 | Análise bivariada dos dados das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo, ES, Brasil – 2011 a 2018 | 54 |
| Tabela 3 | Análise multivariada dos dados das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo, ES, Brasil – 2011 a 2018 | 55 |

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| Corde | Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência |
| dB | Decibéis |
| ES | Espírito Santo |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| LAVISA | Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes |
| LGBTQI+ | Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo + |
| NUPREVI | Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção à Saúde |
| SESA | Secretaria de Estado da Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-americana da Saúde |
| PcD | Pessoa com Deficiência |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| UFES | Universidade Federal do Espírito Santo |
| VIVA | Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes |
| WHO | World Health Organization |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 | REVISÃO DA LITERATURA | 17 |
| 2.1 | HISTÓRICO E LEGISLAÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA | 17 |
| 2.1.1 | Histórico mundial das pessoas com deficiências | 17 |
| 2.1.2 | Histórico brasileiro das pessoas com deficiência | 20 |
| 2.2 | CONCEITOS E DEFINIÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA | 24 |
| 2.3 | EPIDEMIOLOGIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNDO, NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO | 26 |
| 2.4 | AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA | 28 |
| 2.5 | EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL | 13 |
| 2.5.1 | Fatores associados à violência contra pessoas com deficiência | 32 |
| 2.6 | O PAPEL DO SERVIÇO DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO | 34 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 37 |
| 4 | OBJETIVOS | 38 |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL | 38 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 38 |
| 5 | METODOLOGIA | 39 |
| 5.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO | 39 |
| 5.2 | LOCAL | 39 |
| 5.3 | POPULAÇÃO E PERÍODO | 39 |
| 5.4 | FONTE DE DADOS | 40 |
| 5.5 | VARIÁVEIS DO ESTUDO | 41 |
| 5.5.1 | Variável dependente | 41 |
| 5.5.2 | Variáveis independentes | 41 |
| 5.6 | COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS | 43 |
| 5.7 | ANÁLISE DOS DADOS | 43 |
| 5.8 | ASPECTOS ÉTICOS | 44 |
| 6 | RESULTADOS | 45 |
| 7 | CONCLUSÃO | 62 |
| | REFERÊNCIAS | 63 |
| | ANEXOS | 68 |

1 INTRODUÇÃO

A temática da violência sempre esteve presente ao longo da minha trajetória acadêmica e profissional. Ainda no 3º período da faculdade de enfermagem, comecei a participar das reuniões do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (LAVISA) e, naquele ambiente, pude compreender as tipologias da violência e passar a ter um olhar mais sensível a esse importante agravo de saúde em minhas rotinas diárias de estágio. Particpei de congressos, estudos, construção de artigos, iniciação científica e experiência prática na vigilância epidemiológica do município de Vitória, onde permaneci alguns meses no Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção à Saúde (NUPREVI), auxiliando no manejo de casos de violência através de um projeto de extensão da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) promovido pelo LAVISA.

Todas essas experiências me tornaram uma profissional sensível à temática da violência, que é extremamente complexa de ser trabalhada. Sempre tive interesse em compreender esse agravo em sua amplitude, para que se torne possível a construção de medidas preventivas efetivas. Meu primeiro emprego enquanto enfermeira foi em uma unidade prisional e, nela, pude observar o olhar não só da vítima de violência, mas também do agressor, que pode se tornar também a vítima ou então se tornou agressor por ter sido vítima antes. Atualmente, trabalho em uma Unidade de Saúde com a abordagem em saúde da família e é notório como os casos de violência surgem na comunidade. As diversas formas de violência podem ser identificadas e, na maior parte das vezes, são levadas como algo natural e negligenciadas por familiares, conhecidos e até mesmo profissionais que convivem. Muitos profissionais de saúde, por exemplo, realmente não sabem como identificar, notificar e manejar os casos. Estando na linha de frente, percebo o quanto esse agravo ainda precisa ser discutido, conceituado e identificado para que se dê início a ações efetivas de proteção a vítima. As populações vulneráveis seguem cada vez mais vulneráveis e é papel de toda a sociedade garantir estratégias que possam protegê-las.

As Pessoas com Deficiência (PcD) são exemplos de indivíduos que se incluem dentro desses grupos vulneráveis. Muitos foram os pacientes com deficiências que atendi e que, de alguma maneira, foram abandonados, negligenciados e até mesmo castigados por familiares e conhecidos. Assim, enquanto enfermeira e profissional de saúde pública, vejo a necessidade de estudo desta temática e da proteção das PcD que são expostas a esse agravo de forma tão silenciosa.

Historicamente, as PcD sempre foram tratadas de forma segregacionista pela sociedade, incluindo muitos estigmas e discriminações quanto ao seu cuidado. Atualmente, é de conhecimento que tais atitudes influenciam de forma negativa nas condições sociais e de saúde dessa população, fazendo com que houvesse mobilizações para tratar a deficiência como uma questão de direitos humanos e um assunto universal (CIEZA, 2018; WHO, 2012).

No Brasil, com a Constituição da República Federativa, instaurada em 1988, em seu artigo 23, capítulo II, determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988). Outros instrumentos legais também foram sendo estabelecidos, merecendo destaque a Lei nº 7.853/89, que abarca sobre o apoio às PcD e sua integração social, e a Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, bem como a portaria nº 1.060, que instituiu em 2002 a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010b).

De acordo com essa Política, considera-se pessoa com deficiência aquela que, em caráter permanente, possui perdas ou anormalidades da sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, culminando em incapacidade para o desempenho das suas atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2010b). Os diferentes tipos de deficiência existentes, como a mental, motora, auditiva, visual e múltipla, geralmente surgem de aspectos relacionados à perda ou ausência, redução, aumento ou excesso e desvio em determinados sistemas do organismo (WHO, 2012).

Tal população engloba diversas dificuldades ao longo de sua vida, onde se destacam a exposição a acidentes e violências (WHO, 2012). A prática de infanticídio nas civilizações antigas e em tribos americanas e africanas, a segregação social por meio do isolamento, o saldo após a Segunda Guerra Mundial devido à dominação nazista, que dizimou milhares de PcD, são apenas marcos e registros históricos de como o fenômeno da violência sempre se fez presente na vida dessas pessoas (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007). Somando-se a isso, sabe-se que a violência é apresentada como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de deficiência, e ressalta-se que as PcD estão mais expostas a sofrer violência, demonstrando como ambas as condições se correlacionam (BRASIL, 2020b).

A violência é caracterizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um agravo de uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (DAHLBERG; KRUG, 2007), podendo ser dividida em três categorias distintas: a) violência autodirigida - comportamento suicida e agressão autoinfligida, cometidas contra si próprio; b)

violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer; e c) violência coletiva - violência social, política e econômica (DAHLBERG; KRUG, 2007).

De todo modo, as PcD possuem níveis de saúde piores quando comparados à população em geral e um dos agravantes é a maior exposição ao agravo da violência. Tanto danos físicos e mentais, como o aumento de comportamentos de risco e até mesmo a morte são consequências que podem ocorrer entre aquelas vitimadas (WHO, 2012).

Nesse cenário, os profissionais de saúde são fundamentais na identificação de casos de violência contra esse público que, muitas vezes, não possui ferramentas suficientes para denunciar seus agressores. A enfermagem é uma categoria protagonista nesse processo por, frequentemente, ser o primeiro contato do paciente nos serviços. A oferta de acessibilidade, bem como o acolhimento e escuta qualificada do usuário são estratégias fundamentais para identificação de situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2010a).

O termo acessibilidade refere-se à possibilidade e condição de alcance em igualdade do meio físico, do transporte, da informação e da comunicação que possam possibilitar aos PcD maior conforto e segurança em suas atividades (CNMP, 2023). Já o acolhimento e a escuta qualificada, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) englobam, em seu conceito, o reconhecimento de que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, que deve ser atendida de forma coletiva, com gestão de riscos e vulnerabilidades e incluindo o usuário de saúde (BRASIL, 2013). Isso faz com que os profissionais consigam estabelecer maior relação de confiança e atingir medidas mais assertivas de cuidado.

Por meio da notificação de violência, os trabalhadores de saúde, além de fomentar as bases de dados sobre esse agravo, conseguem realizar encaminhamentos importantes à vítima e permitir o seu acompanhamento nas redes de atenção, para minimizar danos à saúde física, social e emocional e prevenir a recorrência do ato violento, garantindo maior proteção das PcD vítimas de violência (BRASIL, 2010a).

É importante ressaltar que a violência contra a pessoa com deficiência ainda é pouco explorada na literatura brasileira, levando em conta suas dificuldades conceituais e culturais envolvidas no processo de identificação da deficiência e da violência nesse público (CERQUEIRA *et al.*, 2021). Este estudo traz dados do estado do Espírito Santo e pode contribuir ao desenvolvimento de pesquisas futuras sobre a temática, bem como à formulação de políticas públicas de saúde mais inclusivas e que estabeleçam estratégias de prevenção do agravo da violência entre PcD.

Ainda há muito a se desvelar e se avançar sobre a delimitação real dos fatores associados que levam à maior exposição à violência entre PcD e à sua vulnerabilidade, entretanto, a discussão e exposição das prevalências estabelece maior visibilidade a esse público que, por vezes, passa despercebido na sociedade. Essa visibilidade pode fortalecer vínculos de proteção e cuidado, tornando a inclusão social mais acessível ao dia a dia dessas pessoas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO E LEGISLAÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

2.1.1 Histórico mundial das pessoas com deficiências

Na era paleolítica, quando as pessoas da idade da pedra viviam como nômades e necessitavam da caça para sobreviver, não há registros sobre o tratamento das PcD, acreditando-se ser por conta do ambiente hostil em que os humanos viviam, que selecionava os sobreviventes por ordem natural (DICHER; TREVISAM, 2014).

Entretanto, quando o homem começa a viver em sociedade e desenvolver as demais atividades de sobrevivência, a presença de PcD começa a ser documentada, incluindo as más formações congênitas, amputações traumáticas, doenças mentais graves e anomalias físicas e intelectuais de caráter transitório ou permanente. Ao longo da história, tais condições foram sempre tratadas de formas diferentes pela sociedade, incluindo atitudes de aceitação até segregação e extermínio (DICHER; TREVISAM, 2014).

No antigo Egito, acreditava-se que as deficiências físicas ou mentais graves eram provenientes de maus espíritos, demônios ou pecados de vidas anteriores, e que tal condição só poderia ser tratada por meio da intercessão de sacerdotes que eram instruídos para tal ação. Todavia, vale ressaltar que os sacerdotes só poderiam atender a nobreza, os guerreiros e outros sacerdotes dentro das estruturas sociais da época (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Em registros bíblicos, as PcD eram vistas como impuras, como explanam Pereira e Saraiva (2017): “tais como a cegueira, a surdez e a paralisia eram consideradas consequências diretas de pecados ou de crimes cometidos.”

Dessa forma, apesar das deficiências e doenças sempre se fazerem presentes, elas eram vistas como medidas de limitação e que dificultavam a sobrevivência, quer em razão da própria limitação, quer devido ao tratamento excludente que experimentavam dentro da própria sociedade (DICHER; TREVISAM, 2014).

Entretanto, em determinadas tribos primitivas, a visão sobre as PcD era diferente de acordo com a cultura, com o caráter de aceitação e até mesmo valorização, em alguns casos. Uma tribo do continente africano chamada Aona detinha grande respeito aos deficientes visuais, por acreditarem que estes mantinham uma ligação direta com os espíritos que moravam nos rios e que essas pessoas eram capazes de indicar locais em que haveria peixes em grande quantidade, auxiliando a caça da tribo. No Brasil, os índios Tupinambás ficavam à disposição

de auxiliar nos cuidados básicos, como alimentação de soldados que eram mutilados nas guerrilhas internas, mas muitos acabavam morrendo sozinhos pelo orgulho de aceitar o auxílio que lhes era oferecido (SILVA, 1986).

Em sentido oposto, esse mesmo autor menciona atitudes de abandono, como a praticada pelos índios Chiricoa (habitantes das matas colombianas) que abandonavam as pessoas muito idosas ou incapacitadas por doenças, mutilações ou deficiências. Essa tribo tinha grande necessidade de mudança de local constante e, com as limitações de locomoção dessas pessoas, acabavam os deixando para trás (SILVA, 1986).

O tratamento de deficientes passou a ganhar maior proporção quando essa população aumentou na sociedade, devido a mutilações de guerra ou acidentes de trabalho nas construções civis. A partir daí, a sociedade começou a mobilizar atitudes para superar o problema, como na Grécia, onde se implantou um sistema de atendimento para guerreiros que eram mutilados nos campos de batalha e não tinham condições de tratamento, ampliando tal condição posteriormente para demais PcD. A assistência era prestada por meio de medicações, intervenções cirúrgicas, massagens, banhos especiais e fortalecimento da fé (SILVA, 1986).

Entretanto, mesmo com um pequeno avanço, a exclusão de crianças que nasciam com deficiências ainda era muito comum.

Pereira e Saraiva descrevem que

Em Esparta, a prática de lançar crianças deficientes em abismos ou deixá-las abandonadas em cavernas e florestas foi considerada normal por muitos séculos da história da humanidade (PESSOTTI, 1984, p. 3). Não muito diferente das culturas espartanas e gregas, na cultura romana as leis garantiam o direito de viver apenas para as crianças que não apresentassem nenhum sinal de malformação congênita ou doenças graves, na medida em que, para aquela sociedade, tais crianças seriam inúteis. Mesmo com a aceitação da lei, o infanticídio legal não foi praticado com regularidade, pois cabia ao pai executar a criança e alguns pais não tinham coragem de matar os seus filhos, acabando por abandoná-las em cestos nas margens do rio Tigre (2017, p. 172).

Mesmo com a expansão do cristianismo, as PcD ainda eram julgadas como sendo merecedoras de castigos divinos devido a resistências sociais. Entretanto, com a expansão do cristianismo, começaram a surgir figuras com um discurso de caridade para com as pessoas portadoras de deficiência independentemente de sua causa, fazendo com que a morte de crianças fosse julgada pela sociedade, mas o seu tratamento se pautava na exclusão social e piedade. Constantino I, imperador romano, foi responsável por deliberar uma lei que eximia dos pais de crianças com más formações congênicas a necessidade de tirá-las a vida e ordenou que essas crianças fossem bem-vestidas e alimentadas, mesmo aquelas cujos pais não tinham

condições deveriam ser ajudadas por quem detinha maior riqueza (SILVA, 1986). A partir de então, surge a necessidade de confinamento e exclusão social, visto que as PcD podem viver, mas não devem atrapalhar o fluxo normal de uma sociedade e, por isso, devem permanecer restritas em asilos ou locais de abrigo (PEREIRA; SARAIVA, 2017; DICHER; TREVISAM; 2014).

Com o Renascimento e a evolução das artes, ciências e questões sociais, a população deficiente começou a ser um pouco mais valorizada. Nessa época, destacam-se muitas descobertas importantes para o tratamento e reabilitação das PcD, por exemplo, a elaboração de código de sinais para comunicação com pessoas surdas, criado pelo médico matemático Gerolamo Cardano (1501-1576) e o monge beneditino Pedro Ponce de Leon (1520-1584). Posteriormente, a criação do alfabeto na língua de sinais foi demonstrado pela primeira vez no livro *Reduction de las letras y arte para enseñar a hablar los mudos*, do autor espanhol Juan Pablo Bonet (1579-1633) que, além de ensinar o novo alfabeto, também fazia uma crítica sobre os métodos de ensino para as crianças surdas, que se baseava em gritar (SILVA, 1986).

No tratamento de pessoas com deficiências mentais, os estudos de Philippe Pinel (1745-1826) destaca-se pela defesa de tratamentos mais humanos. Para ele, a causa de tais enfermidades eram alterações patológicas no cérebro, decorrentes de fatores hereditários, lesões fisiológicas ou do excesso de pressões sociais e psicológicas, tirando a ideia de condenação à loucura de determinados pacientes (DICHER; TREVISAM, 2014).

Só a partir do século XIX a sociedade começou a reconhecer de fato a sua responsabilidade para com as PcD. A Dinamarca foi um dos países pioneiros na criação de reabilitação para PcD. Em 1872, criou a Sociedade e Lar para Deficientes, que incentivava o trabalho manual artesanal e cooperativo entre essas pessoas. Nos Estados Unidos, mobilizações também se iniciaram nessa época, com a criação de um local de refúgio para fuzileiros mutilados nas guerras que mereciam assistência até a sua reabilitação. Napoleão Bonaparte foi uma figura de bastante potencialidade para a compaixão de soldados feridos e mutilados, ao incluir em seus discursos que os soldados feridos deveriam ser vistos como potencialmente úteis e deveriam ter sua recuperação priorizada (DICHER; TREVISAM, 2014).

No século XX, mobilizações mundiais começaram a serem formadas.

[J]á na primeira década do século XX, foram realizadas conferências e congressos em vários países, versando sobre “crianças inválidas”, “pessoas deficientes”, reabilitação, dentre outros temas, podendo-se oferecer maior ênfase às seguintes: Primeira Conferência sobre Crianças Inválidas (Londres/Inglaterra, 1904), Congresso Mundial dos Surdos (Saint Louis/EUA, 1909), e a Primeira Conferência da Casa Branca sobre

os Cuidados de Crianças Deficientes (Washington D.C./EUA, 1909) (DICHER; TREVISAN, 2014, p. 12).

Mesmo com os diversos avanços, um grande retrocesso ocorreu com o regime totalitarista nazista imposto por Adolf Hitler, na Alemanha, entre 1933 e 1945, vitimando cerca de 275.000 PcD pelo assassinato por serem consideradas com um padrão de inutilidade dentro da sociedade, não merecedoras das suas vidas (PEREIRA; SARAIVA, 2017). Em contrapartida, com milhares de pessoas cedidas às guerras, foi possível notar grande protagonismo das PcD no trabalho de indústrias e manutenção da economia, mostrando que, apesar das suas limitações, esse público era capaz de manter atividades ditas antes não serem possíveis (SILVA, 1986).

Esses movimentos da Segunda Guerra Mundial fizeram com que se iniciasse uma discussão sobre a formação de um Estado de Bem-Estar Social nos países europeus, que levou a uma preocupação com assistência e qualidade do tratamento da população de modo geral, incluindo as PcD. A partir de então, programas e políticas assistenciais passaram a ser propostos, buscando atender os pobres, os idosos, as crianças carentes e as PcD, em particular as vítimas e mutilados de guerra, bem como valorizar a vida humana em suas diversas formas (ONU, 1975; SILVA, 1986).

2.1.2 Histórico brasileiro das pessoas com deficiência

Do mesmo modo que no âmbito mundial, no Brasil, a exclusão social das PcD não foi diferente. Os nativos indígenas, antes mesmo do descobrimento territorial, já praticavam rituais religiosos de sacrifícios envolvendo as PcD, baseado no misticismo local. Os relatos históricos atestam costumes de eliminação de crianças que nascessem com alguma deficiência ou daquelas que viessem a adquirir algum tipo de limitação física ou sensorial. Além disso, era comum o abandono dos recém-nascidos nas matas, ou atirá-los das montanhas mais altas (PEREIRA; SARAIVA, 2017). Entretanto, vale ressaltar que os primeiros relatos portugueses denotam que a população indígena aparentemente possuía pouquíssimas pessoas com anomalias e que estes pareciam mais fortes e robustos a doenças e miasmas do que os colonizadores portugueses (SILVA, 1986).

Com a chegada dos portugueses e a eliminação de boa parte dos índios, a segregação se dava através dos escravos, aqueles que fossem deficientes eram brutalmente excluídos, já que assim não teriam boa serventia de trabalho. O que mais chama a atenção é que grande parte das

deficiências dos escravos era proveniente dos brutais castigos físicos efetuados pelos senhores do engenho e dos acidentes de trabalho. Eram realizados atos como cortar uma orelha do escravo fugido, para que fosse identificado ou, então, a secção do tendão de Aquiles para impedi-lo de fugir, bem como castrações, amputações de seios, extração de olhos, fratura de dentes, desfiguração da face e amputações de membros. Já entre os acidentes, destacam-se aqueles provenientes das engrenagens das casas de moinho que mutilavam mãos e braços (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Os locais de acolhimento de pessoas doentes ou com deficiências eram as Santas Casas de Misericórdia, onde se tem relato das mais antigas sendo construídas em: 1543 – Santos; 1549 – Bahia; 1570 – Rio de Janeiro; e 1595 – Espírito Santo. Vale destacar que tais instituições viviam de caridade e com precárias condições de tratamento. A chamada Roda dos Expostos, desse período, consistia no movimento de mães que, entre outras situações, davam à luz a crianças ilegítimas de relações extraconjugais, assim como crianças com más formações congênitas, que eram deixadas nas portas das Santas Casas de Misericórdia para que pudessem ser cuidadas e tratadas em posteriores orfanatos (SILVA, 1986).

Ao longo do século XIX, o que se percebe é a invisibilidade das PcD na história. Poucos relatados se têm sobre essas pessoas, ressaltando-se apenas que era de responsabilidade da família tratá-las e que os demais membros da sociedade as ridicularizavam e as menosprezavam. Dom Pedro II, com o intuito de modernizar a colônia brasileira e com interesse no capital estrangeiro, iniciou movimentos que pudessem destacar a colônia criando, em 1854, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que era voltado ao ensino de deficientes visuais, mas sobretudo para pessoas da nobreza. Nessa mesma época, também foi criado o Instituto dos Surdos-Mudos (atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos, INES) (SILVA, 1986).

Nesse período, também houve crescimento da população brasileira acometida por mutilações de guerra, sobretudo no saldo pós-guerra contra o Paraguai, sendo criado o Asilo dos Inválidos da Pátria, em 1868, que abrigava cerca de 1.500 homens (SILVA, 1986).

A partir do século XX, diversos movimentos sociais se organizaram ao redor do mundo para a valorização humana, influenciando também a população no Brasil. Somado a isso, os diversos desenvolvimentos mundiais da medicina, a criação dos hospitais-escolas no Brasil, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, em 1944, que foi um novo marco na produção de estudos e pesquisas no campo da reabilitação. Nessa época, a deficiência passa a ser vista como doença, e meios de tratamento passam a ser buscados para superar as limitações e resolvê-la, mas meios que fossem efetuados fora do convívio social, como a internação em Santas Casas de Saúde e Misericórdia. Entretanto, esse distanciamento social foi sendo questionado ao longo

do tempo, visto que as medidas adotadas, ditas como reabilitadoras, não significavam melhora aos internos, que vivenciavam condições de vida extremamente humilhantes e negligenciadoras (DICHER; TREVISAM, 2014; SILVA, 1986).

Um exemplo claro de atitudes negligenciadoras da história brasileira é a contada através do livro *Holocausto Brasileiro* que reflete a forma mais cruel da segregação social ao denunciar as diversas atitudes violentas efetuadas pela instituição de saúde de PcD, localizada em Barbacena, Minas Gerais entre os anos de 1969 e 1980, denunciando cerca de 60 mil mortes (ARBEX, 2013). A autora explicita diversos relatos comoventes em seu livro, como a seguinte.

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade (ARBEX, 2013, p. 14).

De todo modo, deve-se pensar que, ao julgar alguém por ser ou ter algo destoante do padrão dito aceitável e normal dentro da sociedade já é preocupante, visto que formas ainda mais violentas podem trazer consequências devastadoras a longo prazo não só às vítimas, já que tais atitudes refletem nos agressores, nas famílias, na sociedade e no próprio Estado (ARBEX, 2013).

Apesar disso, acompanhando o movimento mundial em defesa dos deficientes, no Brasil, em 1989, o então presidente da República José Sarney sancionou a Lei nº 7.853, que dispõe sobre a integração social das pessoas portadoras de deficiência, criando ao mesmo tempo a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), que tem o papel de garantir a efetivação das ações governamentais necessárias ao pleno exercício dos direitos básicos das pessoas portadoras de deficiência. Na sequência, em 1999 o Decreto nº 3.298/99 instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que objetiva assegurar o pleno exercício dos direitos sociais e individuais dessas pessoas. Somando-se a essa legislação surge a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que constitui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Ainda são muitos os desafios a serem enfrentados, mas avanços históricos vão sendo incorporados e, cada vez mais, a visão das PcD vem sendo colocada em pauta e discutida para melhoria e garantia de direitos.

2.1.3 Marcos contemporâneos e questões jurídicas importantes

Após o fim da Segunda Guerra, o cenário mundial englobava medidas que pudessem garantir a paz mundial por meio de estratégias de proteção a populações vulneráveis, como era o caso das pessoas portadoras de deficiências. Em 1945, é constituída a Organização das Nações Unidas (ONU), com a função de trabalhar pela paz entre as nações, e a partir dela tratados mundiais foram sendo elaborados (DICHER; TREVISAM, 2014).

Em 1948, foi criada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que cita as PcD a partir da palavra invalidez, de forma a incluí-las na garantia de direitos como qualquer outro ser humano.

Artigo XXV. 1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, o direito à segurança, em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora do seu controle (ONU, 1948, p. 4).

Com esse documento, muitas discussões, convenções e estratégias de inclusão social dessa população foram sendo incorporadas no mundo inteiro. Em 1971, de forma a proteger os direitos das pessoas com deficiências mentais, foi criada a declaração dos direitos do deficiente mental que incluiu 7 direitos básicos.

1. O deficiente mental deve gozar, na medida do possível, dos mesmos direitos que todos os outros seres humanos.
2. O deficiente mental tem direito aos cuidados médicos e aos tratamentos físicos apropriados, assim como à instrução, à formação, à readaptação e aos conselhos que o ajudem a desenvolver ao máximo as suas capacidades e aptidões.
3. O deficiente mental tem direito à segurança econômica e um nível de vida decente. (...) de efetuar um trabalho produtivo ou de exercer qualquer ocupação útil.
4. Quando tal for possível, o deficiente mental deve viver no seio de sua família, ou numa instituição que a substitua, e deve poder participar em diversos tipos de vida comunitária.
5. O deficiente mental deve poder beneficiar duma proteção tutelar especializada quando a proteção da sua pessoa e bens o exigir.
6. O deficiente mental deve ser protegido contra qualquer exploração, abuso ou tratamento degradante.
7. Se, em virtude da gravidade da sua deficiência, certos deficientes mentais não puderem gozar livremente os seus direitos, ou se impuser uma limitação ou até a supressão desses mesmos direitos, o processo legal utilizado para essa limitação ou supressão deverá preservá-los legalmente contra toda e qualquer forma de abuso (...) (ONU, 1971).

Em 1975, foi criada a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência pela ONU, reafirmando o que foi dito na declaração de deficientes mentais para garantia de direitos que são inerentes à igualdade humana para toda e qualquer pessoa com deficiência, como escrito em seu 3º artigo:

As pessoas deficientes, qualquer que seja a origem, natureza e gravidade das suas deficiências, têm os mesmos direitos fundamentais que seus concidadãos da mesma idade, o que implica, antes de tudo, o direito de desfrutar de uma vida decente, tão normal e plena quanto possível (ONU, 1975).

Outro documento importante para a aquisição de direitos e inclusão social das pessoas portadoras de deficiência, foi a Declaração de Salamanca, de 1994, que destacou a importância de adaptação da educação infantil a todas as crianças, independente das suas limitações ou dificuldades, de forma a priorizar uma educação mais inclusiva, trazendo estratégias importantes para a implementação de um programa de educação especial (ONU, 1994).

Somente após 10 anos do lançamento da declaração dos direitos das PcD da ONU, o Brasil, por meio da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, criada em 1987, incluiu esses direitos na sua legislação. Tal documento assegurou aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica, por meio da garantia de: I- educação especial gratuita; II assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica social do país; III- proibição de discriminação inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; e IV- possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos (BRASIL, 2013).

2.2 CONCEITOS E DEFINIÇÕES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Diversas são as definições para as PcD descritas na literatura, mas todas englobam o conceito de incapacidade e limitação dessa população.

Um dos primeiros conceitos registrados foi efetuado na Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes em 1975 pela ONU dita:

(...) o termo “pessoas deficientes” como qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (ONU, 1975).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002), considera-se pessoa com deficiência aquela que em caráter permanente, possui perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, culminando em incapacidade para o desempenho das suas atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2010b).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015) define, em seu artigo 2º:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) ainda divide a deficiência em 5 diferentes categorias. Dentre elas, a deficiência física, descrita como uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, que prejudica a função física, por exemplo, os diversos tipos de plegias (paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia); a deficiência auditiva corresponde a perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais; a deficiência visual que acontece quando a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ou então quando se tem uma baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a deficiência mental que se refere ao intelectual ser inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades como a comunicação, o cuidado pessoal, as habilidades sociais, as habilidades acadêmicas, o lazer e o trabalho e, por fim, a deficiência múltipla que corresponde a associação de duas ou mais deficiências.

O relatório Mundial da Pessoa com Deficiência chama atenção para a necessidade da visão ampla do conceito dessa população e que está em constante evolução. O texto destaca que o ato de considerar uma pessoa deficiente resulta muito da interação entre as pessoas e as barreiras comportamentais e ambientais, que impedem sua participação plena na sociedade de forma igualitária, ou seja, a deficiência não é um atributo da pessoa, mas melhorias em sua participação social devem ser realizadas para que as limitações não impeçam as atividades de vida diária, fazendo com que a deficiência não seja um fator de exclusão social (WHO, 2012).

Reafirmando tal conceito O'Young, Gosney e Chulhyun (2019) explicitam como o conceito de deficiência varia de pequenas limitações no funcionamento à dependência completa para todas as atividades diárias da vida e como seu olhar deve levar em consideração o seu caráter multifatorial. Apesar disso, a conceituação do termo pessoa com deficiência ainda

confere em dúvidas, devido à sua ampla complexidade e muitas pessoas seguem ainda sem ser reconhecidas (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Considerando as causas que podem levar a uma deficiência, pode-se citar as seguintes: 1 - hereditárias ou congênitas, referentes àquelas por alterações ocorridas no componente genético ainda na formação do feto, podendo ou não serem identificáveis nas consultas de pré-natal (BRASIL, 2010b); 2 - decorrentes do avançar da idade: através do processo da senilidade por meio de alterações fisiológicas no organismo configurando em determinadas limitações; 3 - exposição a acidentes e violências que podem proporcionar alterações significativas nos componentes físicos e psicológicos do corpo, como traumas e sequelas incapacitantes; 4 - abuso de álcool e outras drogas, associado ao aumento dos transtornos e deficiências mentais; e 5 - complicações devido a doenças crônicas, como sequelas de doenças cardiovasculares e neurológicas, ocasionando em grande parte da população limitações funcionais importantes (O'YOUNG; GOSNEY; CHULHYUN, 2019).

De qualquer forma, as PcD compreendem uma grande parte da população e devem ser observadas e assistidas de acordo com as suas necessidades individuais.

2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNDO, NO BRASIL E NO ESPÍRITO SANTO

Levando-se em conta o contexto histórico das PcD e a dificuldade de conceituação clara por parte da sociedade por muitas razões, seus dados epidemiológicos por muito tempo foram negligenciados.

Segundo o livro *Retratos da Deficiência no Brasil* (NERI, 2003), enquanto no ano de 1991 estimava-se uma proporção de 1,15% da população possuidora de alguma deficiência, foi a partir do censo de 2000, com o incremento de novas perguntas sobre termos relacionados à deficiência, que se fortaleceu a visibilidade da temática, passando a contabilizar uma proporção de 14,5% de PcD, correspondendo a 24,5 milhões de pessoas. Os estados com as maiores taxas encontradas se concentravam na região nordeste do país, sendo a Paraíba (18,76%), o Rio Grande do Norte (17,64%) e o Piauí (17,63%).

O'Young, Gosney e Chulhyun (2019) destacam a dificuldade em identificar as PcD nas estimativas nacionais devido às falhas nos censos em itens relacionados à deficiência, o que pode fornecer estimativas muito mais baixas do que as prevalências reais.

Dados sobre a Carga Global de Doenças, feita em 2004, estimou que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas) possuíam algum tipo de deficiência grave ou moderada, sendo os maiores percentuais encontrados na Europa (16,4%) e Sudeste Asiático (16,0%), ficando as Américas com prevalência de 14,1% (WHO, 2012). Na Nova Zelândia entre os anos de 2020 e 2021 foi identificada prevalência de 21,0% de mulheres com deficiência e 15,1% entre os homens (MALIHI *et al.*, 2021).

Já no Brasil, considerando dados de órgãos de saúde, tal prevalência se apresenta menor na relação mundial (6,2%), em 2013, mas, ainda assim, corresponde a cerca de 12,4 milhões de pessoas, sendo mais prevalente entre indivíduos com idade mais avançada e entre moradores da zona rural (MALTA *et al.*, 2016).

Não obstante, foi observado aumento dos casos de deficiência e invalidez de 52% entre os anos de 1990 e 2017, de acordo com a Carga Global de Doenças feita em 2017. Esse aumento foi impulsionado principalmente pela melhor identificação desse público, e ainda pelo aumento de idosos na população, complicações das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes. Além disso, entre as crianças, identificou-se um aumento variável de acordo com determinados países de 0,4% a 12,7%, estimando existir no mundo, em 2005, cerca de 150 milhões de crianças com deficiência. Nesse público, as questões de desnutrição, empobrecimento, más condições de saúde da mãe no período anterior e posterior ao parto e ambientes familiares disfuncionais são apresentados como preditores do aumento na ocorrência de deficiências (O'YOUNG; GOSNEY; CHULHYUN, 2019; NERI, 2003).

Em nova Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) feita no Brasil em 2019, observou-se um aumento para 8,4% da população brasileira acima de 2 anos identificada com algum tipo de deficiência, representando 17,3 milhões de pessoas, com destaque para a faixa etária acima de 60 anos (FIOCRUZ, 2019).

Dentre as grandes regiões do país, o percentual de PcD foi proporcionalmente maior na Região Nordeste (9,9%); seguida da Região Sudeste (8,1%) e Região Sul (8,0%). Os estados do Espírito Santo e Rio de Janeiro ficaram empatados com as proporções de 8,1% de PcD, ficando o estado de Minas Gerais com a maior proporção de 9,5% entre os estados da região sudeste (FIOCRUZ, 2019).

Em relação aos tipos de deficiência, a de maior prevalência foi a deficiência física (3,8% de membros inferiores e 2,7% de membros superiores) correspondendo a cerca de 7 milhões de brasileiros, seguida da visual (3,4%), múltipla (1,8%), mental/intelectual (1,2%) e auditiva (1,1%). Quanto ao perfil da pessoa, 10,5 milhões das pessoas eram mulheres (9,9%), enquanto 6,7 milhões eram homens (6,9%). Quanto à cor, 9,7% as pessoas eram pretas, 8,5% pardas e

8% brancas. A maioria residia em zona rural (9,7%) quando comparado à zona urbana (8,7%) (FIOCRUZ, 2019).

Embora ainda existam diversas dificuldades conceituais do termo deficiência, é possível notar a alta prevalência desse público nas sociedades modernas, sobretudo com o avançar da idade e os agravos proporcionados pelas doenças crônicas e causas externas. Isso demonstra a real necessidade de estudos sobre essa população, promovendo ações de maior igualdade dentro das populações em que se inserem e estabelecendo medidas mais inclusivas que possam garantir segurança e preservação dos direitos humanos básicos (WHO, 2012).

2.4 AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E A EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA

A própria história das PcD denuncia diversas situações violentas vivenciadas por esse grupo. A prática de infanticídio nas civilizações antigas e tribos americanas e africanas, a segregação social por meio do isolamento, e o saldo pós-Segunda Guerra Mundial devido à dominação nazista que dizimou milhares de PcD são apenas marcos e registros históricos de como a violência sempre se fez presente na vida dessas pessoas (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007).

O estudo realizado por Cruz, Silva e Alves (2007) destaca ainda como era comum, nos anos de 1950 a 1970, a utilização de PcD em estudos clínicos como cobaias, sendo expostas a tratamentos não validados e a infecções por vírus e bactérias para a análise da efetividade de determinados medicamentos.

Mesmo com todos os avanços jurídicos, o Relatório Mundial sobre a Deficiência aborda as principais dificuldades encontradas por esse grupo ao longo da vida e destaca a exposição a acidentes e violências como um grave problema que ainda precisa ser enfrentado (WHO, 2012). A violência, além de ser bem frequente na pessoa com deficiência, também é apresentada como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência da deficiência, demonstrando como ambas as condições se correlacionam (BRASIL, 2020b). Embora as deficiências sejam mais prevalentes nas mulheres, os homens se tornam mais incapacitantes por conta de violências e acidentes a que são vitimados ainda na juventude (NERI, 2003).

Assim, nota-se o caráter multifatorial da violência que pode ocorrer em diversos contextos, assumindo múltiplos significados e vitimizando diversos grupos, etnias, gêneros e faixas etárias, inclusive as PcD (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007).

De todo modo, a discussão da violência no campo da saúde pública vem sendo cada vez mais frequente mundialmente, devido à sua amplitude de impacto social e econômico e ao seu caráter complexo. Esse agravo é caracterizado pela OMS como um agravo de uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência doméstica corresponde a toda a ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e desenvolvimento da outra pessoa, podendo ocorrer tanto dentro quanto fora de casa. A vítima e o agressor possuem algum grau de parentesco, conhecimento ou então residem no mesmo ambiente, como é o caso de parceiros íntimos, pais, amigos, patrões, o que pode até dificultar a identificação do ato violento devido às relações de poder exercidas nesses relacionamentos, que podem justificar a violência. Já a violência comunitária define-se como aquela que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos ou desconhecidos. É praticada através da agressão de pessoas, por atentado à sua integridade, vida ou bens, e é objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública, sendo muitas vezes mais denunciada (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Essa forma de violência possui distintas naturezas, como física, psicológica/moral, tortura, sexual, tráfico de seres humanos, financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil e intervenção legal (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência interpessoal em específico ocasiona diversas consequências em curto, médio e longo prazo para as suas vítimas, trazendo discussões cada vez mais frequentes entre a comunidade científica. As mortes por causas violentas crescem a cada ano, assim como o relato de abusos físicos e sexuais são identificados em todos os ciclos de vida. O agravamento de situações de saúde se intensifica à medida que a vítima, como forma de superar os traumas recentes, passa a incorporar comportamentos de risco como medidas de enfrentamento, como é o caso de uso de álcool e outras drogas, tabagismo e adoção de práticas de sexo inseguro (WHO, 2021).

Ações governamentais são imprescindíveis para a prevenção dessa prática de violência que pode ser evitada. Para isso, é necessário que esse agravo continue sendo reconhecido e passe a ser enfrentado pelos diversos órgãos públicos de saúde, justiça criminal, economia e assistência social, dentre outros (WHO, 2021).

Outros autores trazem ainda a violência como um fenômeno que está ligado com as relações de poder estabelecidas entre as pessoas que expressa determinados padrões de

sociabilidade, modos de vida, e de modelos de comportamentos a serem seguidos (CRUZ; SILVA; ALVES, 2007).

Ainda é importante destacar que a preocupação com a identificação da violência vem se tornando cada vez mais constante no setor da saúde, visto que, em 2011, através da portaria nº 104, o Ministério da Saúde trouxe o caráter obrigatório para as notificações de casos suspeitos e confirmados de violência nos serviços de saúde para grupos específicos que são mais vulneráveis ao agravo, incluindo: mulheres, crianças, idosos, população indígena, LGBTQI+ e PcD. Com isso, aumentou a visibilidade desse agravo e as violências autoprovocadas e interpessoais começam a ser alvo de bastantes estudos na área da saúde. (BRASIL, 2011).

O inquérito VIVA 2017, ao analisar o comportamento dos acidentes e violências em serviços de urgência e emergência no Brasil encontrou prevalência de 8,9% de violências, correspondendo a 4.289 atendimentos. O destaque maior se deu para a violência interpessoal (7,9%) quando comparado a autoprovocada (1,1%) (BRASIL, 2019). Considerando a violência interpessoal, pode-se exemplificar o abuso infantil, a violência praticada por parceiro íntimo, o abuso contra os idosos, bem como o abuso contra as PcD (DAHLBERG; KRUG, 2007). O crescente aumento desse agravo de saúde impulsiona a execução de estudos e projetos que possam proteger as populações mais vulneráveis.

A ficha de notificação deve estar disponível nos serviços de saúde e os profissionais devem ser capacitados para o seu preenchimento. Para auxiliar esse processo, o Ministério da Saúde criou um instrutivo que faz um compilado de todas as informações necessárias e importantes para quem utiliza essa ferramenta, podendo ser consultado toda vez que o profissional tiver dúvidas no processo da notificação (BRASIL, 2016).

Nessa ficha, a deficiência segue o conceito determinado pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009), caracterizando a condição como impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprometem e podem dificultar a participação efetiva na sociedade em condições igualitárias quando comparada com as demais pessoas. Quanto ao rastreio da violência entre PcD, a ficha de notificação detém a seguinte pergunta: “Possui algum tipo de deficiência/transtorno?” tendo como opções de resposta: sim/não/ignorado. Além disso, é possível identificar também as tipologias da deficiência, que incluem: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência mental, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiências múltiplas, pessoas com mobilidade reduzida e ostomia (BRASIL, 2016).

A ficha de notificação segue a conceituação de violência de acordo com o descrito pela OMS, conforme citado anteriormente neste capítulo (BRASIL, 2016; DAHLBERG; KRUG, 2007).

De todo modo, diversos são os efeitos maléficos da violência nessa população. A literatura aponta maior propensão à cefaleia, dificuldade para dormir, mudanças nos hábitos alimentares ou de bebida, fadiga, dores musculares e angústia severa em comparação com colegas sem deficiência. Jovens adultos com deficiência também se apresentaram com maiores problemas estomacais, depressão e ansiedade (DEMBO *et al.*, 2021).

2.5 EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNDO E NO BRASIL

Observam-se ainda poucos estudos a respeito da temática e muitos dados ainda são escassos. Pesquisa internacional feita a partir de dados de 2020 a 2021 destacou maior prevalência da violência física e sexual nas vítimas de ambos os gêneros que tinham algum tipo de deficiência ao serem comparadas às vítimas sem deficiência, sendo que as mulheres apresentaram frequência de 15,4% e 11,1% e os homens 5,2% e 5,6%, respectivamente (MALIHI *et al.*, 2021).

O assunto torna-se cada vez mais discutido na comunidade científica, sendo incorporado ao Atlas da Violência pela primeira vez com um capítulo específico em 2021, com dados sobre a violência contra a pessoa com deficiência (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Conforme dito no Atlas, em 2019, foram registrados, no Brasil, 7.613 casos de violência contra PcD no sistema VIVA-SINAN, considerando as pessoas que apresentavam pelo menos um dos quatro tipos de deficiência – física, intelectual, visual, auditiva, presentes na ficha de notificação. Os casos se concentraram entre as mulheres, na faixa etária de 10 a 19 anos, com destaque para a violência doméstica (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Outro estudo brasileiro, que avaliou dados de 2011 a 2017 do SINAN, encontrou registro de 116.219 notificações de violência contra PcD correspondendo a 8,1% do total. As PcD mental foram as mais vitimizadas, seguidas pelas PcD intelectual (22,1%) (MELLO *et al.*, 2021).

Corroborando com essa informação, outro achado literário observou maior vulnerabilidade das pessoas com deficiências mentais a sofrerem tanto atos violentos quanto discriminações. A razão de chances de relatar violência sexual foi 4,30 vezes maior para

participantes com deficiência mental em comparação com participantes sem esse tipo de deficiência. Além disso, foi identificada maior vulnerabilidade da figura feminina na exposição à violência entre vítimas com deficiência (DAMMEYER; CHAPMAN, 2018).

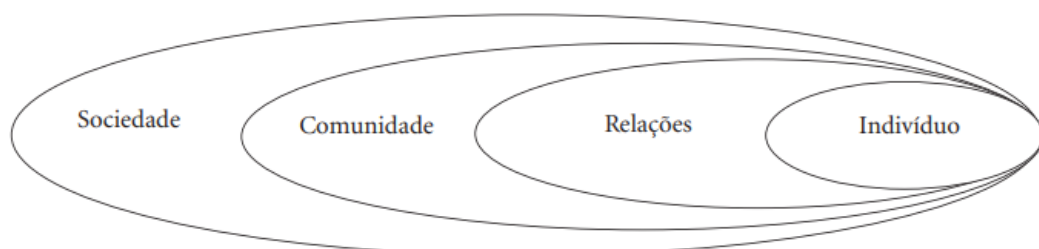
Já o relatório 2019 do Disque Direitos Humanos identificou as PcD correspondendo ao 3º público mais denunciado entre as ocorrências chegando a 8% das denúncias (n = 12.868), perdendo apenas para crianças e adolescentes (1º) e pessoas idosas (2º). Destacaram, entre os tipos de violência, a negligência (41%), a violência psicológica (22%), a violência física (15%), o abuso financeiro (14%) e a violência institucional (4%) (BRASIL, 2020a).

Logo, evidencia-se um aumento na prevalência desse agravo nesse público ao longo dos anos, colocando-os como população de risco e mais vulnerável a violência, e reforçando a necessidade de estudo da temática (BRASIL, 2016).

2.5.1 Fatores associados à violência contra pessoas com deficiência

Um dos maiores desafios ao estudo da violência, independentemente do perfil da vítima, é a sua complexidade. O ato violento possui inúmeros fatores envolvidos em sua história natural, considerando que seu surgimento advém de interações de fatores individuais, relacionais, culturais e ambientais, envolvendo o indivíduo e o meio em que ele convive. Dalhberg e Krug apresentaram, em 2007, um modelo ecológico para estudo da violência que explora a influência desses diversos comportamentos, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Modelo ecológico para compreensão da causalidade do ato violento.



Fonte: Dalhberg e Krug, 2007.

Na Figura 1, os autores mostram a confluência de fatores para a conformação de uma vítima ou agressor de violência. No primeiro nível, se apresenta o indivíduo que possui fatores biológicos intrínsecos em sua natureza, como a história pessoal e o seu comportamento que podem o levar a se tornar tanto vítima quanto agressor. No segundo nível, se apresentam as

relações sociais próximas do indivíduo (companheiros, parceiros íntimos e membros da família), que podem aumentar ou diminuir a exposição ao ato violento. Em casos de violência doméstica a relação com a família pode ser o preditor da violência, por exemplo. Já o terceiro nível explora os contextos comunitários nos quais estão inseridas as relações sociais da pessoa, como os ambientes escolares, locais de trabalho, locais de residência e domicílio. Ao se pensar em comunidades envolvidas com tráfico de drogas, alto nível de desemprego ou isolamento social generalizado, aumenta a probabilidade de vivência de experiências violentas. No último nível observam-se os fatores referentes à sociedade, que podem diminuir ou naturalizar a violência como uma questão cultural. É o caso de dominações contra a mulher, justificadas pela sociedade patriarcal, correção através da punição aos filhos, uso excessivo de força pela polícia aos indivíduos e conflitos políticos, dentre outros fatores (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Ao se analisar o perfil da vítima de violência PcD, os dados da literatura mostram maior vulnerabilidade de determinados grupos entre essas pessoas. Entre 2011 e 2017, as maiores prevalências entre as vítimas foram entre as mulheres, de raça/cor branca, na idade adulta e com deficiência mental (MELLO *et al.*, 2021). Dados de 2019 também reforçam esse perfil das vítimas de violência com deficiências e ainda destacam as pessoas com menor escolaridade (SOUZA *et al.*, 2021).

Outro ponto importante que se denota são as faixas etárias mais frequentemente violadas, que incluem as crianças e idosos. Ambas as idades requerem cuidados mais expressivos e podem conferir em situações de maior estresse aos seus responsáveis que podem ter dificuldades em compreender suas limitações (LEGANO *et al.*, 2021; NJAINE; ASSIS; CONSTANTINO, 2017). Além disso, a criação das crianças através de atos punitivos (BARROS; DESLANDES; BASTOS, 2016) e a sensação de incapacidade por idosos podem influenciar na naturalização da violência nesses públicos, reforçando ainda mais a necessidade de discussão e visibilidade desse agravo de saúde na sociedade (NJAIN; ASSIS; CONSTANTINO, 2017).

Uma revisão sistemática confirmou que crianças com deficiência são mais propensas a serem vítimas de violência do que seus pares que não são deficientes. No entanto, a escassez de evidências mais robustas, devido à falta de estudos bem elaborados sobre esta temática, e a grande dificuldade de identificação da deficiência, assim como a avaliação insuficiente de se a violência precede o desenvolvimento de deficiência, deixam ainda grandes lacunas no conhecimento que precisam ser melhor investigadas (JONES *et al.*, 2012).

Quanto ao perfil do agressor, dados do Brasil de 2018 trazem a maioria como sendo do sexo masculino, de cor branca, com idade entre 41 a 59 anos e com ensino fundamental

incompleto (BRASIL, 2020b). A literatura reforça também a relação familiar do agressor com a vítima, que inclui os próprios pais, filhos, parceiros íntimos, demais familiares e cuidadores (BRASIL, 2020b; MELLO *et al.*, 2021; LEGANO *et al.*, 2021).

No que se refere à agressão, no âmbito da violência doméstica cometida entre os membros que compartilham um ambiente familiar comum, evidencia-se o caráter de repetição (BRASIL, 2020bb; CERQUEIRA *et al.*, 2021).

A pandemia da COVID-19 alterou a conformação de vivência na população em âmbito mundial, podendo exemplificar a grande dificuldade de enfrentamento da violência doméstica entre grupos vulneráveis. Alguns estudos apontam o aumento da violência devido ao isolamento social que, além de aumentar a exposição da vítima ao agressor, ainda diminuiu o acesso às redes de apoio externas que poderiam garantir proteção (VIERO *et al.*, 2021).

As PcD possuem ainda mais peculiaridades nesse contexto. Os perpetradores de abuso geralmente prosperam em situações em que a vítima é, de alguma forma, dependente deles e, portanto, menos capaz de sair e se proteger. A limitação para realização de atividades de vida diária, assim como a impossibilidade de se comunicar em alguns casos, prejudicam ainda mais a situação. Há relatos de vivência de atos abusivos à PcD pelo fato de não terem quem as auxilie na realização das atividades básicas de forma independente (LUND, 2020).

Os profissionais de saúde podem atuar como protagonistas no processo de identificação dos casos e proteção a essas vítimas que, muitas vezes, se mantêm silenciadas. A saúde pública tem como um dos seus objetivos o estudo dos fatores relacionais à violência, para que se promovam ações de prevenção efetivas. Para isso, é necessário que o estudo vá além do olhar da saúde, avaliando a complexidade da violência, também considerando a rigorosidade de uma pesquisa almejando resultados satisfatórios (DALHBERG; KRUG, 2007).

2.6 O PAPEL DO SERVIÇO DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) incorpora ações que devem ser realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) incluindo, além das questões assistenciais, as ações da vigilância em saúde, que são de suma importância para o manejo de casos e controle de doenças e agravos de saúde. Em relação às vigilâncias, existem as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental e na saúde do trabalhador, todas operando em diversos campos de atuação, buscando sempre a prevenção, controle e detecção de mudanças em condicionantes de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2010a).

A notificação de doenças e agravos de saúde é uma importante ferramenta que auxilia os profissionais a de fato realizarem a vigilância dos casos e buscar estratégias mais efetivas de resolução dos problemas apresentados (BRASIL, 2010a). Como já mencionado, foi através da Portaria nº 104 do Ministério da Saúde, de 2011, que a violência passou a ter maior visibilidade no campo da saúde por meio da obrigatoriedade da notificação (BRASIL, 2011).

Dessa forma, a realização da notificação pelos profissionais de saúde fomenta dados públicos e auxilia a tomada de decisões dos gestores que conseguem compreender a realidade de forma mais fidedigna. Entretanto, é necessário que esses profissionais tenham conhecimento da importância de se notificar e compreender minimamente o agravo que estão notificando para que não se tenha confusão na coleta dos dados posteriormente (BRASIL, 2010a).

Estudos apontam a dificuldade dos profissionais em notificar. Trabalhadores de saúde do Pará, ao serem questionados quanto ao atendimento de vítimas de violência apresentaram pouco conhecimento sobre a ficha, apenas 31,03% conheciam o instrumento notificador, 86,11% nunca haviam a utilizado, e 45,83% não sabiam se a ficha estaria disponível no serviço onde trabalhavam (VELOSO; MAGALHÃES; CABRAL, 2017).

Essas dificuldades reverberam na coleta de dados. Ao se realizar uma análise das completudes de fichas de notificações em Manaus, os autores apontaram mais de 80,0% das situações classificadas como de boa completude. Entretanto, entre os campos de preenchimento não obrigatório, como raça/cor da pele, deficiência/transtorno, reincidência, suspeita de uso de álcool, e local e hora da ocorrência representaram dificuldades quanto à qualidade, levantando a necessidade de discussão com os profissionais de saúde sobre a importância de notificar e pensar em estratégias junto à gestão que possam estimular a notificação correta dos casos e garantir treinamentos e atualizações constantes (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Dessa forma, a elaboração de estudos que possam auxiliar os profissionais a notificar nos diversos serviços de saúde são de extrema importância, sobretudo estudos sobre a violência contra PcD, que ainda são pontualmente discutidos. É preciso conscientizar os serviços sobre a necessidade de acolhimento e identificação dos casos, e registrar tais ações para que seja criado o planejamento de prevenção e controle a nível gestor desse importante agravo de saúde. O que se observa ainda é a alta subnotificação de casos de violência contra pessoa com deficiência, tanto pela dificuldade de conceituar quem tem deficiência, assim como a invisibilidade da vítima que, muitas vezes, é exposta e não tem condições de realizar a denúncia (CERQUEIRA *et al.*, 2021).

Para efetividade das ações da saúde pública na prevenção da violência, se torna necessária a elaboração de estratégias e intervenções em âmbito universal, considerando não só

a conscientização de grupos e a população geral sobre o agravo; mas que leve em conta também abordagens mais direcionadas a pessoas de alto risco de exposição ao ato violento, como é o caso dos grupos vulneráveis, bem como intervenções indicadas que acolham pessoas que já demonstraram comportamento violento, priorizando o tratamento desses indivíduos potencialmente agressores (DALHERG; KHUG, 2007).

No âmbito do SUS, por meio da Portaria nº 173, de 24 de abril de 2012, foi instituída no Brasil a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com o objetivo de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as PcD, incluindo os conceitos de acessibilidade, comunicação e manejo clínico, medidas de prevenção de perda funcional ou recuperação e medidas de compensação da função perdida. Tal público demanda atendimentos da atenção básica, atendimentos de urgência e emergência, assim como atenção especializada em reabilitação. Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) são importantes referências de atendimento para esse público que, muitas vezes, cria vínculos importantes com os profissionais ali atuantes. Essa rede, além de garantir a oferta de serviços que possam suprir as necessidades especiais, também discute a disponibilização de veículos adaptados para o seu transporte (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

Além dos serviços de saúde, é importante destacar as organizações sociais de apoio ao público PcD, como é o caso da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que foi fundada em 1954, no Rio de Janeiro, com objetivo principal de promover a atenção integral à pessoa com deficiência, incluindo direitos a saúde, educação, acesso ao trabalho e assistência social. No ano de 2019, a organização contou com mais de 1.300.000 pessoas assistidas, organizadas em mais de 2.200 unidades presentes em todo o Brasil (APAE, 2023).

Os profissionais atuantes nos diversos espaços de atendimento ao público PcD são fundamentais para a garantia de maior equidade no tratamento de saúde, e podem ser protagonistas na identificação de riscos de violência. A divulgação desta temática é importante para sensibilizar esses profissionais que têm contato direto com pessoas com incapacidades em suas diversas naturezas e em seus diversos espaços de pertencimento no território (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

3 JUSTIFICATIVA

Ao longo dos últimos anos, a violência vem sendo objeto de estudo de profissionais de saúde que buscam compreender o fenômeno para garantir a prevenção desse agravo e, assim, diminuir a exposição à violência, que acarreta, em suas vítimas, diversas consequências à saúde física e mental, bem como às relações sociais. Os profissionais de saúde e de enfermagem podem ser, na maior parte das vezes, o primeiro contato com o paciente nos serviços e se inserem de forma atuante na identificação de casos de violência (BRASIL, 2010b).

Os órgãos públicos trazem determinadas populações como mais vulneráveis à exposição à violência, como é o caso das mulheres, crianças, adolescentes, idosos, PcD, indígenas e população LGBTQI+. Quanto às PcD especificamente, trata-se de um público que, por suas limitações e dependência de cuidados, se torna potencialmente vulnerável às diversas práticas de violência. Na história da humanidade, diversos são os relatos de práticas violentas contra esse público, muitas vezes banalizadas e aceitas culturalmente pela sociedade.

O estudo da violência contra a pessoa com deficiência por parte de profissionais de saúde pública pode auxiliar na prevenção do agravo e proteção dessa população. O profissional que tem domínio sobre a temática e os fatores associados à vítima de violência se torna capaz de identificar situações que colocam em risco a saúde das PcD, podendo, assim, denunciar casos e garantir o direito a integridade da vítima, que muitas vezes é violada de forma silenciosa por parte dos seus agressores.

Esta pesquisa incorpora dados pouco explorados na literatura brasileira. O estudo da violência contra PcD ainda necessita de avanços para a delimitação real dos seus fatores associados. Dificuldades no entendimento do termo Pessoa com Deficiência, assim como na identificação de atitudes violentas e de agressores interfere diretamente na produção de dados sobre esta temática. A violência pode, muitas vezes, ser negligenciada e se tornar invisível, sendo necessário que se superem as questões culturalmente impostas às PcD e se pensem estratégias de enfrentamento à violência. Este estudo traz dados do estado do Espírito Santo e pode contribuir ao desenvolvimento de pesquisas futuras sobre esta temática, bem como políticas públicas.

A saúde pública necessita de estratégias mais assertivas para minimizar os impactos da violência para as populações. Mais do que proteger vítimas, é preciso prevenir que o ato violento aconteça, dando voz às PcD, bem como acolhimento e conhecimento a respeito dos limites que envolvem o processo de cuidar. Os profissionais de saúde são protagonistas nos processos de educação com foco na promoção de saúde e apoio à minimização de agravos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os casos de violência interpessoal contra as pessoas com deficiência no estado do Espírito Santo notificados entre os anos de 2011 e 2018 e os fatores associados.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a frequência de casos notificados de violência interpessoal contra a pessoa com deficiência.
- Verificar a associação entre a violência interpessoal e as características da vítima, do agressor e da agressão.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo analítico de delineamento transversal que, segundo Lima-Costa e Barreto (2003), corresponde às pesquisas que examinam a existência de uma associação entre um desfecho e uma exposição. Quanto ao delineamento transversal, neste caso, tanto a exposição quanto o desfecho são analisados na unidade amostral de forma simultânea (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos transversais, também chamados de seccionais, são amplamente utilizados no estudo de doenças de alta prevalência na população por serem baratos e de fácil execução. Conceituam-se como uma observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (MEDRONHO, 2009). Por se tratar de dados coletados apenas em um único momento, têm-se a dificuldade de estabelecer relação causal, mas, ainda assim, são efetivos para exprimir a prevalência de determinado agravo de saúde e auxiliar na elaboração de hipóteses (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; MEDRONHO, 2009).

5.2 LOCAL

O estudo ocorreu com dados do estado do Espírito Santo (ES), pertencente à região sudeste do Brasil, com população estimada para o ano de 2021 de 4.108.508 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740 e renda média per capita de R\$ 1.477,00, segundo o último Censo de 2010. Sua área territorial divide-se em 78 municípios e quatro regiões de saúde: sul, metropolitana, central e norte (IBGE, 2021).

5.3 POPULAÇÃO E PERÍODO

A população de estudo foram todos os casos de violência interpessoal contra as PcD notificados no estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018. A prevalência de PcD no estado foi de 3,1% em 2013 (IBGE, 2021). O recorte de tempo a partir de 2011 leva em consideração a obrigatoriedade da notificação de violência pelos profissionais de saúde de acordo com a portaria nº 104 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

5.4 FONTE DE DADOS

As notificações de violências foram extraídas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do estado do Espírito Santo entre os anos de 2011 e 2018.

Esse banco de dados é alimentado através da notificação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória, incluindo agravos de violência doméstica e sexual, sendo obrigatória a notificação de casos suspeitos e confirmados. Essa ficha é preenchida por diferentes fontes notificadoras, incluindo serviços de saúde públicos e privados, em duas vias, que permanecem uma com o setor notificador e a outra com o setor responsável pela vigilância epidemiológica do município, onde os dados são digitados no sistema e sucessivamente transferidos para as esferas estadual e federal, para estruturação da base de dados (BRASIL, 2017).

De acordo com o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde, o conceito da deficiência utilizado é norteado a partir do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que caracteriza a deficiência como impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que podem dificultar a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições comparada com as demais pessoas (BRASIL, 2016).

O campo de número 38 da ficha de notificação corresponde à seguinte pergunta: “Possui algum tipo de deficiência/transtorno?”, tendo como as opções de resposta: “1-sim; 2-não e 9- ignorado”, fazendo com que se torne possível, no momento da avaliação da vítima, rastrear se se trata de uma pessoa com algum tipo de deficiência. O campo seguinte (número 39) permite a possibilidade de identificar o tipo de deficiência a partir das seguintes opções: “deficiência física, deficiência intelectual, deficiência visual, deficiência auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento e outros”. Além disso, no campo 54 da ficha de notificação, se encontra a pergunta: “A lesão foi autoprovocada?” tendo também como resposta as opções: “1-sim; 2-não e 9- ignorado”. A partir deste campo é possível diferenciar as notificações autoprovocadas das interpessoais (BRASIL, 2016) (ANEXO A).

Após a qualificação dos dados, todas as notificações de violência perpetradas contra PcD, assinaladas no campo 38 como “sim”, foram incluídas na análise. Para avaliação da prevalência da violência interpessoal contra as PcD comparou-se com as notificações de violência autoprovocadas assinaladas como “sim” no campo 54. Nas análises de associação,

foram trabalhados somente dados da violência interpessoal. Para a avaliação dos dados, o banco foi importado no formato do software Microsoft Excel e a partir daí manipulado.

5.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.5.1 Variável dependente

O desfecho de interesse foi a violência interpessoal cometida contra a pessoa com deficiência (1-sim e 2- não) conforme apresenta o Quadro 1.

Quadro 1. Descrição da variável dependente, o desfecho.

| Variável | Categorias | Classificação |
|--|------------------|--------------------------------|
| Violência interpessoal contra pessoa com deficiência | 1- Sim 2- Não | Qualitativa nominal dicotômica |

Considerou-se como violência interpessoal todas as suas diversas naturezas que estavam incluídas no campo 56 da ficha de notificação, sendo elas: violência física, violência psicológica/moral, tortura, violência sexual, tráfico de seres humanos, violência financeira/econômica, negligência/abandono, trabalho infantil, violência por intervenção legal e outros tipos. Quanto à deficiência e ao transtorno foram incluídos os que se enquadravam no campo 38. Neste campo, o termo da deficiência está de acordo ao indicado com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incluindo as seguintes categorias: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência mental, deficiência auditiva, deficiência visual, deficiências múltiplas, pessoas com mobilidade reduzida e ostomia (BRASIL, 2016).

5.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram compostas pelas características da vítima, do agressor e da agressão (Quadros 2, 3 e 4).

Quadro 2. Variáveis de interesse relacionadas à vítima.

| Variável | Categoria | Classificação |
|--------------------|---|--------------------------------|
| Sexo | 1- Feminino 2- Masculino | Qualitativa nominal dicotômica |
| Faixa etária | 1- 0 a 9 anos 2- 10 a 19 anos 3- 20 a 59 anos 4- 60 anos ou mais | Qualitativa ordinal |
| Raça/cor | 1- Branca 2- Preta/Parda | Qualitativa nominal dicotômica |
| Zona de residência | 1- Urbana/Periurbana 2- Rural | Qualitativa nominal dicotômica |

Quadro 3. Variáveis de interesse relacionadas ao agressor.

| Variável | Categoria | Classificação |
|---------------------------|--|--------------------------------|
| Sexo | 1- Feminino 2- Masculino | Qualitativa nominal dicotômica |
| Faixa etária | 1- 0 a 24 anos 2- 25 anos ou mais | Qualitativa nominal dicotômica |
| Vínculo com a vítima | 1- Familiar 2- Conhecido 3- Desconhecido | Qualitativa nominal |
| Suspeita de uso de álcool | 1- Sim 2- Não | Qualitativa nominal dicotômica |
| Número de envolvidos | 1- Um 2- Dois ou mais | Qualitativa nominal dicotômica |

Quadro 4. Variáveis de interesse relacionadas à agressão.

| Variável | Categoria | Classificação |
|------------------------|--|--------------------------------|
| Local de ocorrência | 1- Residência 2- Via pública 3- Outros | Qualitativa nominal |
| Violência de repetição | 1- Sim 2- Não | Qualitativa nominal dicotômica |
| Encaminhamentos | 1- Sim 2- Não | Qualitativa nominal dicotômica |

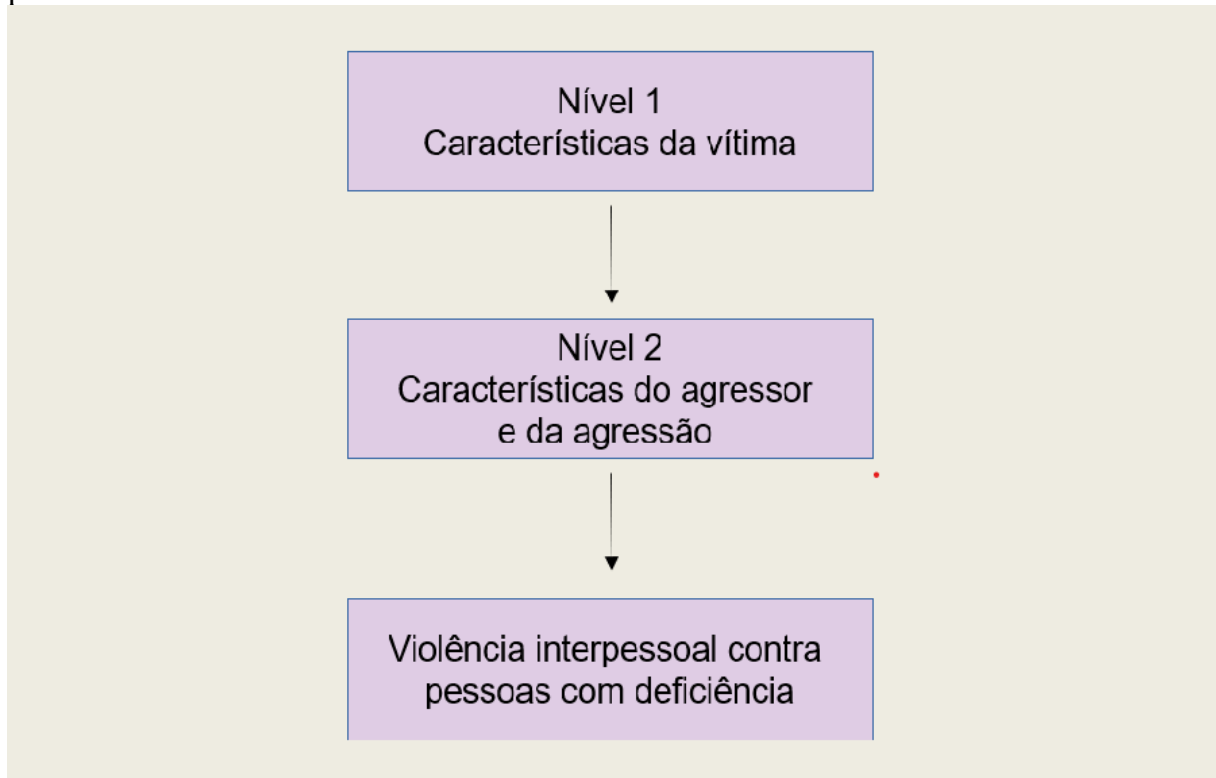
5.6 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

O banco de dados passou inicialmente por uma análise exploratória descritiva para qualificação das variáveis de interesse e correção dos possíveis erros ou inconsistências, seguindo as diretrizes do Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada (BRASIL, 2016). Foram verificados também os dados de duplicidade de fichas e para sua posterior exclusão. Após a qualificação do banco, foram identificadas as variáveis de interesse e iniciadas as análises.

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a qualificação, os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em frequências absolutas e relativas com intervalos de confiança de 95%. As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2) com nível de significância de 95%, e a associação entre as variáveis independentes e o desfecho em estudo foi feita através das razões de prevalência bruta e ajustada. Para a obtenção das medidas ajustadas, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. De acordo com um modelo hierárquico em dois níveis, foi feita a análise ajustada para os possíveis fatores de confusão (Figura 2), incluindo as variáveis de características da vítima no primeiro nível e as variáveis de características do agressor e agressão no segundo nível relacionadas ao desfecho da violência interpessoal contra a pessoa com deficiência. O valor de p para entrada na análise ajustada foi $p < 0,20$ e o nível de significância considerado para permanência foi $p < 0,05$. O programa estatístico utilizado foi o Stata 14.0.

Figura 2. Esquema de modelo hierárquico tendo o desfecho da violência interpessoal contra a pessoa com deficiência.



Fonte: a autora.

É importante destacar que, embora a variável encaminhamento tenha tido valor significativo na análise bivariada, sua entrada no modelo ajustado não foi incluída por se tratar de uma variável de confusão ao se avaliar o desfecho.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme os princípios éticos em pesquisa e a respectiva Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo se insere como parte do projeto intitulado: “Violência nos diferentes ciclos de vida no estado do Espírito Santo: uma análise epidemiológica”, apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer de número 2.819.597 (anexo B).

O sigilo das informações coletadas foi respeitado, incluindo aos resultados somente dados numéricos e garantindo a não identificação nominal presente nas fichas.

6 RESULTADOS

Artigo: Violência interpessoal contra pessoas com deficiência: análise das notificações

Submetido à revista: Avances en Enfermería

Situação: em avaliação

Qualis B1 na Saúde Coletiva

Violência interpessoal contra pessoas com deficiência: análise das notificações

Violencia interpersonal contra personas con discapacidad: análisis de notificaciones

Interpersonal violence against people with disabilities: analysis of notifications

Resumo

Objetivo: Identificar a frequência de notificação de violência interpessoal contra pessoas com deficiência no Espírito Santo entre 2011 e 2018, e os fatores associados. **Metodologia:** Estudo epidemiológico transversal, sendo as variáveis independentes: características da vítima, do agressor e do evento. Os dados foram analisados pelo programa Stata 14.0 por frequências absolutas e relativas, análises bivariadas pelo teste Qui-Quadrado (χ^2), e a associação entre as variáveis pelo modelo de regressão de Poisson. **Resultado:** A violência interpessoal contra pessoas com deficiência correspondeu a 65,3%. Crianças e idosos, e pessoas de cor preta ou parda foram os grupos que mais apresentaram prevalência do evento. Em relação aos agressores, os homens de 25 anos ou mais, e com suspeita de consumo de álcool apresentaram associação significativa. A via pública e recorrência do caso se apresentaram associadas ao evento. **Conclusões:** A violência interpessoal contra a pessoa com deficiência se apresentou elevada no Espírito Santo e o reconhecimento dos seus fatores associados é importante para a identificação dos casos. A discussão desta temática pode auxiliar os profissionais de saúde a proteger e garantir a não violação de direitos desse público vulnerável.

Palavras-chave: Exposição à violência; Notificação; Pessoas com deficiência; Violência.

Resumen

Objetivo: Identificar la frecuencia de notificación de violencia interpersonal contra personas con discapacidad en Espírito Santo entre 2011 y 2018, y factores asociados. **Metodología:** Estudio epidemiológico transversal, con variables independientes: características de la víctima, del agresor y del hecho. Los datos fueron analizados mediante el programa STATA 14.0 mediante frecuencias absolutas y relativas, análisis bivariados mediante las pruebas de chi-cuadrado (χ^2) y exacta de Fisher, y la asociación entre las variables mediante el modelo de regresión de Poisson. **Resultado:** La violencia interpersonal contra las personas con discapacidad correspondió al 65,3%. Los niños y ancianos, las personas de color negro o pardo fueron el grupo con mayor prevalencia del evento. En relación a los agresores, los hombres con edad igual o superior a 25 años y con sospecha de consumo de alcohol presentaron asociación significativa. La vía pública fue el lugar con mayor ocurrencia de casos, y la recurrencia de la violencia estuvo presente en los resultados. **Conclusiones:** La violencia interpersonal contra las personas con discapacidad fue alta en Espírito Santo y el reconocimiento de sus factores asociados es importante para la identificación de los casos. La discusión de este tema puede ayudar a los profesionales de la salud a proteger y garantizar la no vulneración de los derechos de este público vulnerable.

Palabras clave: Exposición a la violencia; Notificación; Personas con deficiencia; Violencia.

Abstract

Objective: to identify the frequency of notification of interpersonal violence against people with disabilities in Espírito Santo between 2011 and 2018, and associated factors. **Methodology:** cross-sectional epidemiological study, with independent variables: characteristics of the victim, the aggressor, and the event. Data were analyzed using the STATA

14.0 program using absolute and relative frequencies, bivariate analyzes using the chi-square (χ^2) and Fisher's exact tests, and the association between the variables using the Poisson regression model. **Result:** Interpersonal violence against people with disabilities corresponded to 65.3%. Children and elderly, people of black or brown color were the group with the highest prevalence of the event. In relation to the aggressors, men aged 25 years or older, and with suspected alcohol consumption showed a significant association. The public road was the place with the highest occurrence of cases, and the recurrence of violence was present in the results. **Conclusions:** Interpersonal violence against people with disabilities was high in Espírito Santo and the recognition of its associated factors is important for the identification of cases. The discussion of this topic can help health professionals to protect and guarantee the non-violation of the rights of this vulnerable public.

Keywords: Exposure to Violence; Notification; Disabled People; Violence.

Introdução

Historicamente, as pessoas com deficiência sempre foram tratadas de forma segregacionista pela sociedade, incluindo muitos estigmas quanto ao seu cuidado. Atualmente, se reconhece que tais atitudes influenciam de forma negativa nas condições sociais e de saúde dessa população, tratando-se a deficiência como uma questão de direitos humanos.¹⁻² A pandemia da COVID-19, iniciada no ano de 2020, trouxe de forma ainda mais forte a necessidade de discussão sobre o cuidado das pessoas com deficiência que, ao permanecerem mais tempo em casa, se revelaram ainda mais vulneráveis e em situações de maior exposição a abusos, principalmente, por parte dos seus cuidadores.³

No Brasil, diversos instrumentos legais foram sendo estabelecidos para garantia de direitos, como as leis: nº 7.853/89, sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, a

Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde, bem como a Portaria nº 1.060, que instituiu, em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.⁴

De acordo com essa Política, considera-se pessoa com deficiência aquela que, em caráter permanente, possui perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, culminando em incapacidade para o desempenho das suas atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.⁴ Os diferentes tipos de deficiência existentes, como mental, motora, auditiva, visual e múltipla, geralmente surgem de aspectos relacionados a perda ou ausência; redução; aumento ou excesso e desvio em determinados sistemas do organismo.²

Segundo a Carga Global de Doenças, no ano de 2004, estimava-se que 15,3% da população mundial, ou seja, cerca de 978 milhões de pessoas, possuíam algum tipo de deficiência grave ou moderada, sendo os maiores percentuais encontrados na Europa (16,4%) e Sudeste Asiático (16,0%), ficando as Américas com prevalência de 14,1%.² No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, apontou que 8,4% da população brasileira acima de 2 anos possuía algum tipo de deficiência, representando 17,3 milhões de pessoas, com destaque para idosos.⁵ É importante refletir que, a cada ano, observa-se aumento crescente das pessoas com deficiência. Entre os anos 1990 e 2017, os casos de deficiência e invalidez subiram cerca de 52%, sendo impulsionados pela melhor identificação desse público, aumento de idosos na população, e aumento de complicações provenientes de doenças crônicas não transmissíveis e exposição a acidentes.⁶

Outro aspecto a ponderar são as principais dificuldades encontradas por esse grupo ao longo da sua vida, onde se destacam a exposição à acidentes e violências.² A prática de infanticídio nas civilizações antigas, a segregação social por meio do isolamento, e o saldo após a Segunda Guerra Mundial devido à dominação nazista que dizimou milhares de pessoas com deficiência foram marcos e registros históricos de como o fenômeno da violência sempre se fez presente

na vida dessas pessoas.⁷ A violência é apresentada como um dos principais fatores que contribuem para a ocorrência de deficiência, e ressalta-se que as pessoas com deficiência estão mais expostas a sofrer violência, demonstrando como ambas as condições se correlacionam.⁸

A violência é caracterizada pela OMS como um agravo de uso intencional da força física ou do poder, real ou sob ameaça, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade e que resulte, ou tenha grande possibilidade de resultar, em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento e privação, podendo ser dividida em três categorias distintas: a) violência autodirigida - comportamento suicida e agressão autoinfligida, cometidas contra si próprio; b) violência interpessoal - violência de família e de parceiros íntimos, e violência na comunidade entre indivíduos sem relação parenteral que podem ou não se conhecer, e c) violência coletiva - violência social, política e econômica.⁹

Em 2019, foram registrados, no Brasil, 7.613 casos de violência contra pessoas com deficiência no sistema VIVA-SINAN, considerando as pessoas que apresentavam pelo menos um dos quatro tipos de deficiência – física, intelectual, visual, auditiva, presentes na ficha de notificação. Os casos se concentraram entre as mulheres, faixa etária de 10 a 19 anos, com destaque para a violência doméstica.¹⁰ Outro estudo brasileiro que avaliou dados de 2011 a 2017 do SINAN encontrou registro de 116.219 notificações de violência contra pessoas com deficiência correspondendo a 8,1% do total. As pessoas com deficiência mental foram as mais vitimizadas, seguidas das pessoas com deficiência intelectual.¹¹

A pessoa com deficiência vítima de violência, além de enfrentar barreiras funcionais e sociais por conta das suas limitações, tende a se tornar mais impotente e incapacitada, o que pode agravar a deficiência e ampliar a desigualdade social e privação de direitos.¹² As pessoas com deficiência possuem, ainda, níveis de saúde piores quando comparadas à população em geral e um dos agravantes é a maior exposição ao agravo da violência. Tanto danos físicos e mentais,

como aumento de comportamentos de risco e até mesmo a morte são consequências que podem ocorrer entre essas vítimas.²

Nesse cenário, os profissionais de saúde são fundamentais na identificação de casos de violência contra esse público que, muitas vezes, não possui ferramentas suficientes para denunciar seus agressores. A oferta de acessibilidade aos serviços de saúde, bem como o acolhimento e escuta qualificada do usuário são estratégias fundamentais para identificação de situações de vulnerabilidade.⁴

Assim sendo, cada vez mais estratégias de assistência qualificada, prevenção e promoção de saúde devem ser elaboradas e implementadas, sobretudo o estudo da violência nessa população e seus fatores associados, para que se garanta a inserção social, proteção e a equidade em saúde. Dados da violência entre pessoas com deficiência ainda são pouco explorados no Brasil, sobretudo no estado do Espírito Santo. Nesse sentido, objetiva-se identificar a frequência de notificação de violência interpessoal contra pessoas com deficiência no Espírito Santo entre 2011 e 2018, e os fatores associados ao evento.

Materiais e Métodos

Estudo epidemiológico analítico do tipo transversal realizado no estado do Espírito Santo (ES), pertencente a região sudeste do Brasil, com população estimada para o ano de 2021 de 4.108.508 habitantes, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,740 e renda média per capita de R\$1.477,00, segundo o último Censo de 2010. Sua área territorial divide-se em 78 municípios e quatro regiões de saúde - sul, metropolitana, central e norte. Em relação às pessoas com deficiência, a prevalência no Estado foi de 3,1% em 2013.¹³

A população de estudo foram todos os casos notificados de violência interpessoal contra as pessoas com deficiência no estado do Espírito Santo entre 2011 e 2018, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) disponibilizados pela Secretaria Estadual de

Saúde (SESA) do estado do Espírito Santo. O recorte de tempo a partir de 2011 leva em consideração a obrigatoriedade da notificação de violência pelos profissionais de saúde a partir desse ano de acordo com a Portaria nº 104 do Ministério da Saúde.¹⁴

De acordo com o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde, o conceito da deficiência utilizado é norteado a partir do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, que caracteriza a deficiência como impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que podem dificultar a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições comparada com as demais pessoas.¹⁵

O desfecho de interesse foi a violência interpessoal cometida contra a pessoa com deficiência (sim e não). As variáveis independentes foram compostas pelas características da vítima: sexo (feminino e masculino), faixa etária (0 a 9 anos, 10 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais), raça/cor (branca e preta/parda) e zona de residência (urbana/periurbana e rural); características do agressor: faixa etária (0 a 24 anos e 25 anos ou mais), sexo (feminino e masculino), vínculo com a vítima (familiar, conhecido e desconhecido), suspeita de uso de álcool (sim e não) e número de envolvidos (um e dois ou mais); e características da agressão: local de ocorrência (residência, via pública e outros), violência de repetição (sim e não) e encaminhamentos (sim e não).

O banco de dados passou inicialmente por uma análise exploratória descritiva para qualificação das variáveis de interesse e correção dos possíveis erros ou inconsistências, seguindo as diretrizes do Instrutivo de Notificação Interpessoal e Autoprovocada.¹⁵ Foram verificados também os dados de duplicidade de fichas.

Após a qualificação, os dados foram analisados por meio da estatística descritiva em frequências absolutas e relativas com intervalos de confiança de 95%. As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste Qui-Quadrado (χ^2) com nível de significância de 95%, e a associação entre as variáveis independentes e o desfecho em estudo foi feita através das razões

de prevalência bruta e ajustada. Para a obtenção das medidas ajustadas, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. O valor de p para entrada na análise ajustada foi $p < 0,20$ e o nível de significância considerado foi $p < 0,05$. O programa estatístico utilizado foi o Stata 14.0.

Conforme os princípios éticos em pesquisa e a respectiva Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o presente estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer de número 2.819.597.

Resultados

A violência interpessoal cometida contra as pessoas com deficiência correspondeu a 65,3% (IC95%: 63,0-67,6) do total de notificações de violência perpetradas contra esse público, totalizando 1.065 notificações (dados não apresentados em tabela).

Observam-se na Tabela 1 as frequências brutas e relativas referentes às características gerais das vítimas, do agressor e da agressão. Nota-se que os casos se concentraram principalmente entre pessoas do sexo feminino (68,3%), na faixa etária de 20 a 59 anos (56,4%), raça/cor preta/parda (68,9%) e que residiam na zona urbana (90,2%). Quanto ao agressor, em sua maior parte eram homens (76,6%), de 25 anos ou mais (79,0%), unicamente envolvidos (70,5%), que possuíam vínculo familiar com a vítima (60,0%) e que não estavam sob efeito de uso de álcool no momento da agressão (56,3%). A ocorrência do evento em cerca de 70% dos casos se deu na própria residência da vítima e era de repetição. Em 85,3% das notificações houve encaminhamentos para outros serviços.

Tabela 1. Características gerais das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo- ES, Brasil – 2011 a 2018.

| Variáveis | N | % | IC 95% |
|----------------------------------|----------|----------|---------------|
| Sexo | | | |
| Masculino | 338 | 31,7 | 29,0-34,6 |
| Feminino | 727 | 68,3 | 65,4-71,0 |
| Faixa etária | | | |
| 0 a 9 anos | 54 | 5,1 | 3,9-6,6 |
| 10 a 19 anos | 190 | 17,8 | 15,7-20,3 |
| 20 a 59 anos | 633 | 59,4 | 56,5-62,4 |
| 60 anos e mais | 188 | 17,6 | 15,5-20,1 |
| Raça/Cor | | | |
| Branca | 305 | 31,1 | 28,3-34,1 |
| Preta/Parda | 675 | 68,9 | 65,9-71,7 |
| Zona de residência | | | |
| Urbana/Periurbana | 944 | 90,2 | 88,2-91,8 |
| Rural | 103 | 9,8 | 8,2-11,8 |
| Faixa etária do agressor | | | |
| 0 – 24 anos | 121 | 21,0 | 17,9-24,5 |
| 25 anos ou mais | 455 | 79,0 | 75,5-82,1 |
| Sexo do agressor | | | |
| Masculino | 652 | 76,6 | 73,7-79,3 |
| Feminino | 199 | 23,4 | 20,7-26,4 |
| Vínculo | | | |
| Familiar | 565 | 60,0 | 56,9-63,1 |
| Conhecido | 243 | 25,8 | 23,1-28,7 |
| Desconhecido | 133 | 14,1 | 12,1-16,5 |
| Suspeita de uso de álcool | | | |
| Não | 376 | 56,3 | 52,5-60,0 |
| Sim | 292 | 43,7 | 40,0-47,5 |
| Número de envolvidos | | | |
| Um | 669 | 70,5 | 67,5-73,3 |
| Dois ou mais | 280 | 29,5 | 26,7-32,5 |
| Local de ocorrência | | | |
| Residência | 676 | 70,2 | 67,2-73,0 |
| Via pública | 185 | 19,2 | 16,8-21,8 |
| Outros | 102 | 10,6 | 8,8-12,7 |
| Violência de repetição | | | |
| Não | 248 | 29,5 | 26,5-32,7 |
| Sim | 593 | 70,5 | 67,3-73,5 |
| Encaminhamento | | | |
| Não | 145 | 14,7 | 12,6-17,1 |
| Sim | 841 | 85,3 | 82,9-87,4 |

Fonte: dados da pesquisa.

Nota-se que, na análise bivariada, a violência contra a pessoa com deficiência esteve relacionada às seguintes características das vítimas: faixa etária e raça/cor. No que tange às

características do agressor, esteve relacionada a faixa etária, sexo e suspeita de uso de álcool no momento da agressão. Quanto ao evento, nota-se uma relação da violência contra pessoas com deficiência com as seguintes variáveis: local de ocorrência e violência de repetição (Tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada dos dados das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo, ES, Brasil – 2011 a 2018.

| Variáveis | N | % | IC 95% | p-valor |
|----------------------------------|----------|----------|---------------|----------------|
| Sexo | | | | |
| Masculino | 338 | 66,5 | 62,3-70,5 | 0,480 |
| Feminino | 727 | 64,7 | 61,9-67,5 | |
| Faixa etária da vítima | | | | |
| 0 a 9 anos | 54 | 94,7 | 84,8-98,3 | <0,001 |
| 10 a 19 anos | 190 | 76,9 | 71,2-81,8 | |
| 20 a 59 anos | 633 | 57,2 | 54,2-60,1 | |
| 60 anos e mais | 188 | 85,5 | 80,1-89,5 | |
| Raça/Cor | | | | |
| Branca | 305 | 60,9 | 56,5-65,1 | 0,003 |
| Preta/Parda | 675 | 68,6 | 65,6-71,4 | |
| Zona de residência | | | | |
| Urbana/Periurbana | 944 | 65,2 | 62,7-67,6 | 0,827 |
| Rural | 103 | 66,0 | 58,2-73,1 | |
| Faixa etária do agressor | | | | |
| 0-24 anos | 121 | 46,4 | 40,4-52,5 | 0,006 |
| 25 anos e mais | 455 | 56,2 | 52,7-59,6 | |
| Sexo do agressor | | | | |
| Masculino | 652 | 78,8 | 75,9-81,5 | <0,001 |
| Feminino | 199 | 34,8 | 31,0-38,8 | |
| Suspeita de uso de álcool | | | | |
| Não | 376 | 53,3 | 49,6-57,0 | <0,001 |
| Sim | 292 | 79,4 | 74,9-83,2 | |
| Local de ocorrência | | | | |
| Residência | 676 | 59,7 | 56,8-62,5 | <0,001 |
| Via pública | 185 | 87,7 | 82,5-91,5 | |
| Outros | 102 | 76,7 | 68,7-83,1 | |
| Violência de repetição | | | | |
| Não | 248 | 59,6 | 54,8-64,2 | 0,029 |
| Sim | 593 | 65,8 | 62,7-68,9 | |
| Encaminhamento | | | | |
| Não | 145 | 60,4 | 54,1-66,4 | 0,119 |
| Sim | 841 | 65,7 | 63,0-68,2 | |

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise ajustada para os fatores de confusão, constata-se que a violência interpessoal contra pessoas com deficiência foi mais prevalente entre as crianças (RP: 1,64; IC 95%: 1,50-1,79) e idosos (RP: 1,52; IC95%: 1,40-1,64) quando comparadas aos adultos. Nota-se ainda que as pessoas com deficiência de raça/cor parda ou preta tiveram 15% mais prevalência do evento comparada às de cor branca. Em relação às características do agressor, observa-se que a idade mais frequente do perpetrador foi de 25 anos ou mais (RP: 1,29; IC95%: 1,10-1,51), e o sexo masculino foi cerca de duas vezes mais quem comete esse tipo de violência (RP: 2,07; IC95%: 1,73-2,48). A suspeita do uso do álcool esteve mais prevalente entre os casos notificados (RP: 1,29; IC95%: 1,14-1,47). Quanto ao local de ocorrência a via pública apresentou associação significativa no que se refere à violência contra a pessoa com deficiência (RP= 1,48; IC 95%: 1,26-1,73) e esse evento apresentou uma característica de repetição (RP= 1,27; IC 95%: 1,09-1,48) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise multivariada dos dados das notificações de violência interpessoal perpetradas contra as pessoas com deficiência (n = 1.065) no estado do Espírito Santo, ES, Brasil – 2011 a 2018.

| Variáveis | Análise bruta | | | Análise ajustada | | |
|----------------------------------|---------------|-----------|---------|------------------|-----------|---------|
| | RP | IC 95% | p-valor | RP | IC 95% | p-valor |
| Faixa etária | | | | | | |
| 0 a 9 anos | 1,66 | 1,53-1,79 | <0,001 | 1,64 | 1,50-1,79 | <0,001 |
| 10 a 19 anos | 1,35 | 1,24-1,47 | | 1,36 | 1,24-1,48 | |
| 20 a 59 anos | 1,0 | | | 1,0 | | |
| 60 anos e mais | 1,49 | 1,39-1,61 | | 1,52 | 1,40-1,64 | |
| Raça/Cor | | | | | | |
| Branca | 1,0 | | 0,004 | 1,0 | | 0,001 |
| Preta/Parda | 1,13 | 1,04-1,22 | | 1,15 | 1,06-1,24 | |
| Faixa etária do agressor | | | | | | |
| 0-24 anos | 1,0 | | 0,009 | 1,0 | | 0,002 |
| 25 anos e mais | 1,21 | 1,05-1,40 | | 1,29 | 1,10-1,51 | |
| Sexo do agressor | | | | | | |
| Masculino | 2,27 | 2,02-2,55 | <0,001 | 2,07 | 1,73-2,48 | <0,001 |
| Feminino | 1,0 | | | 1,0 | | |
| Suspeita de uso de álcool | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------------|------|-----------|--------|------|-----------|
| Não | 1,0 | | <0,001 | 1,0 | <0,001 |
| Sim | 1,49 | 1,36-1,62 | | 1,29 | 1,14-1,47 |
| Local de ocorrência | | | | | |
| Residência | 1,0 | | <0,001 | 1,0 | <0,001 |
| Via pública | 1,47 | 1,37-1,57 | | 1,48 | 1,26-1,73 |
| Outros | 1,28 | 1,16-1,43 | | 1,16 | 0,98-1,38 |
| Violência de repetição | | | | | |
| Não | 1,0 | | 0,035 | 1,0 | 0,003 |
| Sim | 1,10 | 1,01-1,21 | | 1,27 | 1,09-1,48 |

Fonte: dados da pesquisa.

Discussão

Dentre as violências contra a pessoa com deficiência, observa-se, no presente estudo, uma prevalência elevada de notificações de violência interpessoal (65,3%) quando comparado com dados de outros estudos feitos no Brasil. Entre 2011 e 2017, a violência interpessoal correspondeu a 49,0% das notificações de violência contra a pessoa com deficiência no país e, no ano de 2018, foram notificados 15.586 casos de violência interpessoal, correspondendo a 38,3% das notificações.^{8,11}

É importante destacar que entre os anos de 2009 e 2017 o Espírito Santo apresentou a maior prevalência de notificações contra a pessoa com deficiência no Brasil, incluindo dados de violência interpessoal e autoprovocada. Vale considerar ainda o crescimento desse agravo no Brasil ao longo dos últimos anos, que apresentou uma variação proporcional percentual de +7,1% entre 2009 e 2013.¹⁶ Esse achado é preocupante, considerando a vulnerabilidade das pessoas com deficiência ao agravo da violência, assim como as dificuldades e limitações da vítima em denunciar os casos.¹⁷ O alto grau de dependência de cuidado desse grupo fortalece situações de relacionamentos hierarquizados, e conseqüentemente as chances de exposição à violência.²

Quanto às características das vítimas, crianças e idosos com deficiência apresentaram 1,64 (IC95%: 1,50-1,79) e 1,52 vezes (IC95%: 1,40-1,64) mais prevalência, respectivamente, de serem notificados por algum tipo de violência interpessoal quando comparado aos indivíduos adultos com deficiência. A maior dependência por seus responsáveis pode justificar esse achado,¹⁰ para educação dos menores, as atitudes dos responsáveis em corrigir podem ser praticada através de atos violentos e muitas vezes punitivos¹⁸. Em relação às pessoas de idade mais avançada, a sensação de se sentir “um fardo” e de não conseguir realizar determinadas atividades de forma independente aumenta a exposição a situações de abuso de qualquer natureza.¹²

Em se tratando da cor, as pessoas pretas, mesmo em análise ajustada, mantiveram associação significativa ao desfecho (RP=1,15 IC95% 1,06-1,24). Embora alguns estudos tenham encontrado maior prevalência de violência na população branca.^{11,19} Ressalta-se a dificuldade de acesso da população negra aos serviços de saúde e a naturalização da violência nesse grupo, que pode fortalecer ainda mais registros de dados faltantes sobre a cor na ficha de notificação.¹¹ A maior vulnerabilidade das pessoas de cor preta ou parda à violência se perpetua ao longo da história através da cultura do racismo. O Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no primeiro semestre de 2020, informou o aumento nos casos de mortes violentas contra a população negra, chamando atenção mais uma vez para a discussão e proteção de pessoas pretas a vivência de situações violentas.²⁰

Outro dado importante é o sexo masculino como o principal agressor da pessoa com deficiência vítima de violência (RP: 2,07; IC95%: 1,73-2,48). Pesquisa elaborada na Nova Zelândia encontrou maior proporção de agressores homens, tanto em vítimas femininas (55,3%), quanto masculinas (84,7%) com deficiências.¹⁷ Os atos culturais de dominações do homem sobre a mulher, além de exporem mais as mulheres a violência, também intensificam a figura masculina como agressora. Principalmente no estabelecimento de relacionamentos com a vítima, as ações

violentas podem ser justificadas apenas como atos corretivos naturalizando atos violentos, sobretudo de homens que estabelecem determinada relação de poder.^{21,22}

A idade mais frequente encontrada do perpetrador foi de 25 anos ou mais (RP: 1,29; IC95%: 1,10-1,51). Dados do Brasil entre 2015 e 2019 também trazem os adultos como os principais agressores (45,52%).¹⁹ É observado que a relação do agressor com a vítima é composta por indivíduos adultos. Entre crianças com deficiência sete em cada dez agressores notificados são os pais ou responsáveis da vítima. Nos adultos, destacam-se os parceiros íntimos e, quanto aos idosos, familiares, parceiros íntimos e cuidadores são os principais agressores.⁸

Além disso, o consumo de álcool esteve associado ao perfil do agressor (RP= 1,29 IC95%: 1,14-1,47). Uma pesquisa realizada com a violência contra mulheres no Brasil encontrou associação semelhante, mostrando que a ingestão de bebida alcoólica esteve 1,12 (IC95% 1,12; 1,13) vezes mais frequente entre os agressores²³. Esse comportamento promove alterações fisiológicas que podem potencializar e encorajar a prática de atitudes violentas²⁴. Vale destacar a falta de preenchimento desse campo nas notificações no país, trazendo inconsistências aos resultados, já que entre 2011 e 2017, 21.958 (18,9%) notificações tinham a informação ignorada ou em branco.¹¹

A via pública foi 1,48 vezes mais frequente quando comparado à residência da vítima (IC 95%: 1,26-1,73). Outras pesquisas brasileiras trazem a residência como o local de ocorrência mais prevalente. Entretanto, nenhuma estabeleceu uma análise associativa em relação a essa informação.^{16,19} A vítima que permanece dentro de casa tende a sofrer sem ser identificada ou notificada, tornando as vias públicas mais prevalentes pelo aumento da visibilidade das vítimas.^{2,25}

Ademais, a característica de repetição se manteve associada ao evento (RP= 1,27; IC 95%: 1,09-1,48). Em consonância com a literatura, essa recorrência se deve à maior vulnerabilidade da vítima que convive com o agressor.¹⁶ Por conta das limitações da pessoa com deficiência, a

percepção e compreensão das situações de abuso constantes podem se tornar compreendidas como justificadas e levadas como uma condição normal a ser aceita.⁸

Como limitação do estudo, salienta-se o viés de informação, considerando o uso de um banco de dados secundários e a falta de representatividade e identificação correta das amostras²⁶ evidenciada principalmente pelas dificuldades na conceituação do termo deficiência e a subnotificação dos casos.¹⁰ Além disso, a não estratificação das tipologias de deficiência pode influenciar nos resultados finais considerando a diferença de comportamento da violência entre os diferentes tipos de deficiência.

Conclusão

É possível concluir que, dentre os casos de notificação de violência contra pessoas com deficiência, no estado do Espírito Santo, no período de 2011 a 2018, houve alta frequência de violência interpessoal. Crianças e idosos, e pessoas de cor preta ou parda foram os grupos que mais apresentaram prevalências do evento. Em relação aos agressores, os homens de 25 anos ou mais, e com suspeita de consumo de álcool apresentaram associação significativa a esse agravo. A via pública foi o local de maior ocorrência dos casos notificados, e a recorrência da violência esteve presente nos resultados.

Vale ressaltar o reconhecimento das características e fatores associados à violência entre as pessoas com deficiência se torna crucial para a identificação de situações de risco e minimização de agravos. O profissional de enfermagem, ao realizar o primeiro acolhimento, é fundamental na busca ativa de vítimas de violência, sobretudo pessoas com deficiência que podem permanecer silenciadas por seus agressores. É importante destacar a relevância desta pesquisa que incorpora dados ainda pouco explorados na literatura brasileira. A apresentação desta temática se torna extremamente importante para a promoção de discussões e

desenvolvimento de futuras pesquisas que possam esclarecer fatores de confusão e contribuir no desenvolvimento de políticas de proteção e cuidado a essa população vulnerável.

Referências

- (1) Cieza A, Sabariego C, Bickenbach J, Chatterji S. Rethinking Disability. *BMC Med.* 2018; 16(1):14. DOI: 10.1186/s12916-017-1002-6
- (2) World Health Organization & World Bank. World report on disability 2011. Genebra: World Health Organization, [Internet] [cited on 25 mai 2022] 2011. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575>
- (3) Lund EM. Interpersonal Violence Against People with Disabilities: Additional Concerns and Considerations in the COVID-19 Pandemic. *Rehabilitation Psychology.* 2020;65(3):199–205. DOI: 10.1037/rep0000347
- (4) Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília: 2010.
- (5) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019. Ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- (6) O’Young B, Gosney J, Ahn C. The Concept and Epidemiology of Disability. *Phys Med Rehabil Clin N Am* [Internet]. 2019;30(4):697–707. DOI: 10.1016/j.pmr.2019.07.012
- (7) Cruz DMC, Silva JT, Alves HC. Evidence for violence and disability: implications for further research. *Rev Bras Educ Espec.* 2007;13(1):131–46. DOI: 10.1590/S1413-65382007000100009
- (8) Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil. *Bol Epidemiol.* 2020;51(46):8–19.
- (9) Dahlberg LL; Krug EG. Violence: a global public health problem. *Cien Saude Colet.* 2006;11(suppl):1163–78. DOI: 10.1590/S1413-81232006000500007
- (10) Cerqueira D, Ferreira H, Bueno S, Alves PP, Lima RS de, Marques D, et al. Atlas da Violência 2021. [internet] São Paulo: FBSP; [cited on 19 apr 2022] 2021. Available at <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>
- (11) Mello NF, Pereira ÉL, Pereira VOM, Santos LMP. Cases of violence against people with disabilities notified by Brazilian health services, 2011-2017. *Epidemiol e Serv saude.* 2021;30(3):e2020747. DOI: 10.1590/S1679-49742021000300007
- (12) Njaine K, Assis SG de, Constantino P. Impactos da Violência na Saúde. In: Cavalcante FG, Bastos OM. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007:267-295. DOI: 10.7476/9786557080948.
- (13) IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades, Panorama do estado do Espírito Santo. [internet] [cited on 19 apr 2022] 2021. Available at <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>
- (14) Brasil. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- (15) Brasil. Viva: Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

- (16) Soares MLM, Guimarães NGM, Bonfada D. Trend, spatialization and circumstances associated with violence against vulnerable populations in Brazil, between 2009 and 2017. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(11):5751–63. DOI: 10.1590/1413-812320212611.25242020
- (17) Malihi ZA, Fanslow JL, Hashemi L, Gulliver PJ, McIntosh TKD. Prevalence of Nonpartner Physical and Sexual Violence Against People With Disabilities. *Am J Prev Med*. 2021;61(3):329–37. DOI: 10.1016/j.amepre.2021.03.016
- (18) Koivula T, Ellonen N, Janson S, Jernbro C, Huhtala H, Paavilainen E. Psychological and physical violence towards children with disabilities in Finland and Sweden. *J Child Health Care*. 2018;22(3):317–331. DOI: 10.1177/1367493518757379.
- (19) Souza IT, Passos TS, Almeida LM, Almeida-Santos MA. Epidemiological profile of interpersonal violence in Brazil between 2015 and 2019. *Res Soc Dev*. 2021;10(16):e29101623204–e29101623204. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23204
- (20) Bueno S, Lima RS. (Cord). *Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021*. Brasília: Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2021.
- (21) Berke DS. Take it like a man: Gender-threatened men’s experience of gender role discrepancy, emotion activation, and pain tolerance. *Psychol Men Masc*. 2017;18(1):62–69. DOI: 10.1037/men0000036
- (22) Dammeyer J, Chapman M. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*. 2018;18:355. DOI: 10.1186/s12889-018-5277-0
- (23) Mascarenhas MDM, Tomaz GR, Meneses GMS, Rodrigues MTP, Pereira VOM, Corassa RB. Analysis of notifications of intimate partner violence against women, Brazil, 2011–2017. *Rev Bras Epidemiol*. 2020;23:1–13. DOI: 10.1590/1980-549720200007.supl.1
- (24) PAHO. Pan American Health Organization. Report on the status of alcohol and health in the Region of the Americas 2020. Washington: Organization Pan American Health, 2021. DOI: 10.37774/9789275322215
- (25) Dias CA, Mendes CMC. Social demographic profile of domestic, sexual and other abuses suffered by women in Salvador in the year 2014. *Jour Med Biol Sci* 2019;18(1):21–26. DOI: 10.9771/cmbio.v18i1.30459
- (26) Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;379(9826):1621–9. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61851-5

7 CONCLUSÃO

É possível concluir que, dentre os casos de notificação de violência contra PcD no estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018, houve alta frequência de violência interpessoal. Crianças e idosos, pessoas de cor preta ou parda foram os grupos que mais apresentaram prevalências do evento. Em relação aos agressores, os homens de 25 anos ou mais, e com suspeita de consumo de álcool apresentaram associação significativa a esse agravo. A via pública foi o local de maior ocorrência dos casos notificados, e a recorrência da violência esteve presente nos resultados.

De todo modo, o reconhecimento das características e fatores associados à violência entre as PcD se tornam cruciais para a identificação de situações de risco e minimização de agravos. O profissional de enfermagem ao realizar o primeiro acolhimento é fundamental na busca ativa de vítimas de violência, sobretudo PcD que podem permanecer silenciadas por seus agressores.

A literatura aponta altas prevalências de PcD entre a população mundial e, como ainda é difícil a sua identificação e proteção social. Considerando o contexto histórico, diversos enfrentamentos e negligências foram vivenciadas e perpetradas contra as PcD. Acessos básicos de saúde, educação e trabalho muitas vezes não se tornam disponíveis e acessíveis a esse público que se encontra exposto a diversas vulnerabilidades. A discussão sobre fortalecimento da inclusão social, acesso a direitos básicos e prevenção de agravos de saúde como a violência ainda precisa ser aprimorada e visualizada na comunidade.

É importante destacar a relevância desta pesquisa, que incorpora dados ainda pouco explorados. Ao se pensar em violência contra a pessoa com deficiência muitos mitos acabam justificando o ato violento como algo a ser aceito, considerando que as limitações da pessoa com deficiência a impedem de ter interesses pessoais próprios ou a tornam inferior àqueles sem incapacidades, fazendo o ato violento ser visto como medida de correção, punição e até mesmo proteção. A apresentação desta temática é extremamente importante para a promoção de discussões e desenvolvimento de futuras pesquisas que possam esclarecer fatores de confusão e contribuir no desenvolvimento de políticas de proteção e cuidado a essa população vulnerável.

REFERÊNCIAS

- APAE BRASIL. **Quem somos?** 2023. Disponível em: <<https://www.apaebrasil.org.br/conteudo/quem-somos>> Acesso em: 16 jan 2023.
- ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. 1. ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.
- BARROS, A.C.M.W.; DESLANDES, S.F.; BASTOS, O.M. Family violence in a sample of children and adolescents with disabilities. **Cad Saude Publica**, v. 32, n. 6, p. 1–7, 2016. DOI: 10.1590/0102-311X00090415
- BRASIL. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf> Acesso em 26 mar 2022.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Casa Civil, 1988.
- BRASIL. **Direitos das pessoas com deficiência**. Cidadania: qualidade ao alcance de todos. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2013. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/496487/Direito_das_pessoas_com_deficiencia.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em 01 ago 2022
- BRASIL. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf> Acesso em 31 jul. 2022
- BRASIL. **Disque direitos humanos: Relatório 2019**. Brasília: Ministério da Mulher, da família e dos direitos humanos, 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/disque-100/relatorio-2019_disque-100.pdf> Acesso em 30 jul 2021.
- BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989**. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1989. Disponível em: <https://www.udesc.br/arquivos/udesc/documentos/LEI_N__7_853__DE_24_DE_NOVEMBRO_DE_1989_15226884547518_7091.pdf> Acesso em 26 mar 2022
- BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 2000. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 26 mar. 2022

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília: Casa Civil, 2015.

Disponível em:

<<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=13146&ano=2015&ato=c4aUTW65UNVpWT495>> Acesso em 25 ma. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>
> Acesso em 21 fev 2023.

BRASIL. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência.** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>
Acesso em 25 mar 2021.

BRASIL. Portal do Governo Brasileiro. **SINANWEB** - Página inicial [Internet]. 2017.

Disponível em: <<https://portalsinan.saude.gov.br/>> Acesso em 27 jun 2021.

BRASIL. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html> Acesso em 05 nov 2021.

BRASIL. Violência interpessoal contra pessoas com deficiência/transtorno no Brasil. **Boletim Epidemiológico – Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 51, n. 46, p. 1-19, 2020b.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/09/boletim_epidemiologico_svs_46.pdf>

Acesso em 21 nov 2021.

BRASIL. **Viva:** Instrutivo da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf> Acesso em 20 nov 2021.

BRASIL. **Viva Inquérito 2017:** Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência – Capitais e Municípios. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_inquerito_2017_1ed_2019.pdf> Acesso em 03 abr 2022.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2021.** São Paulo: FBSP, 2021. Disponível em:

<<https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf>> Acesso em 20 nov 2021.

CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. **BMC Med.**, v. 16, n. 1, p. 1-14, 2018. DOI: 10.1186/s12916-017-1002-6

CRUZ, D.M.C.; SILVA, J.T.; ALVES, H.C. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.13, n.1, p.131-146, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbee/a/98jhhnzq7yytjRTz4j9rCWt/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 31 mar 2022.

CNMP. Conselho Nacional do Ministério Público. **Acessibilidade**. Brasília, DF: Ministério Público. 2023 Disponível em: <<https://www.cnmp.mp.br/portal/acessibilidade>> Acesso em 21 fev. 2023.

DAMMEYER, J.; CHAPMAN, M. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. **BMC Public Health.**, v. 18, n. 355, p. 1-9, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855931/>> Acesso em 30 jul 2021

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. Saúde Colet.**, Genebra: OMS, v. 11, n. (esp), p. 1163-1178, 2007.

DEMBO, R. S. et al. Symptom Sequelae Following Violence Against Youth With Disabilities. **Journal of Interpersonal Violence.**, v. 36, [s.n.], p. 1-22, 2021. DOI: 10.1177/0886260519889928

DICHER, M.; TREVISAM, E. A jornada histórica da pessoa com deficiência: inclusão como exercício do direito à dignidade da pessoa humana. In: Direitos Fundamentais e Democracia III. **CONPEDI**, p. 254-276, 2014. Disponível em: <<http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=572f88dee7e2502b>> Acesso em 31 mar 2022.

FIOCRUZ. **Painel de Indicadores de Saúde**: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). 2019. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/painel-de-indicadores-mobile-desktop/>> Acesso em 16 mar 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades, Panorama do estado do Espírito Santo**. 2021. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/panorama>> Acesso em 20 nov 2021.

JONES, L. et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Lancet.**, v. 380, n. 9845, p. 899-907, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60692-8.

LEGANO, L.A. et al. Council on child abuse and neglect and council on children with disabilities. **Pediatrics**, v. 147, n. 5, e2021050920, 2021. Disponível em: <<https://publications.aap.org/pediatrics/article/147/5/e2021050920/180813/Maltreatment-of-Children-With-Disabilities>> Acesso em 15 jul 2022.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso em 31 jul 2022

LUND, E.M. Interpersonal Violence Against People with Disabilities: Additional Concerns and Considerations in the COVID-19 Pandemic. **American Psychological Association**, v. 65, n. 3, p. 199-205, 2020.

MALIHI, Z.A. et al. Prevalence of Nonpartner Physical and Sexual Violence Against People With Disabilities. **Am J Prev Med**, v. 6, n. 3, p. 329–37, 2021. DOI: 10.1016/j.amepre.2021.03.016

MALTA, D.C. et al. Prevalência autorreferida de deficiência no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3253-3264, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n10/3253-3264/pt>> Acesso 01 mai 2021.

MEDRONHO, R.A. et al. **Epidemiologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

MELLO, N.F. et al. Casos de violência contra pessoas com deficiência notificados por serviços de saúde brasileiros, 2011-2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 3, e2020747, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2021.v30n3/e2020747/>>

NERI, M. **Retratos da deficiência no Brasil** (PPD). Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003. Disponível em: <https://www.cps.fgv.br/cps/deficiencia_br/PDF/PPD_Sumario_Executivo.pdf> Acesso em 03 abr 2022.

NJAINÉ, K.; ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Impactos da Violência na Saúde. In: CAVALCANTE, F.G.; BASTOS, O.M. **Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007. p. 267-295. DOI: 10.7476/9786557080948

OLIVEIRA, A.E.F.; GARCIA, P.T. (Org). **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência**. São Luís: EDUFMA, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9914/3/REDE_DE_CUIDADOS_A_PESSOA_COM_DEFICI%C3%8ANCIA.pdf> Acesso em 16 jan. 2023

OLIVEIRA, N.F. et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 29, n. 1, e2018438, 2020. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n1/e2018438/pt>> Acesso em 31 jul 2021

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração de Direitos do Deficiente Mental**. Assembleia das Nações Unidas de 20 de dezembro de 1971. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/deficiente/lex62.htm>> Acesso em 26 mar 2022

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração dos direitos das pessoas deficientes**. Assembleia das Nações Unidas de 09 de dezembro de 1975. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf> Acesso em 25 mar 2022.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Genebra: ONU, 1948.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração de Salamanca**. Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>> Acesso em 26 mar 2022

O'YOUNG, B.; GOSNEY, J.; CHULHYUN A. The Concept and Epidemiology of Disability. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 30, n. 4, p. 697-707, 2019. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563163/>> Acesso em 15 mar 2022.

PEREIRA, J.A.; SARAIVA, J.M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 168-185, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14677/12981> Acesso em 31 mar 2022

SILVA, O.M. **A epopeia ignorada**: A pessoa deficiente na história do mundo de ontem e hoje, São Paulo: CEDAS, 1986.

SOUZA, I.T. et al. Epidemiological profile of interpersonal violence in Brazil between 2015 and 2019. **Res Soc Dev.**, v. 10, n. 16, e29101623204–e29101623204, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23204

VELOSO, M.M.X.; MAGALHÃES, C.M.C.; CABRAL, I.R. Identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes: limites e possibilidades de atuação de profissionais de saúde. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7047/5743>> Acesso em 31 jul 2021

VIERO, A. et al. Violence against women in the Covid-19 pandemic: A review of the literature and a call for shared strategies to tackle health and social emergencies. **Forensic Sci Int.**, v. 319, [s.n.], p. 110650, 2021. DOI: 10.1016/j.forsciint.2020.110650

WHO. World Health Organization. **Relatório mundial sobre a deficiência**. The World Bank. São Paulo: SEDPcD, 2012.

WHO. World Health Organization. **Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018**. [internet] Genebra: World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>> Acesso em 05 set 2022

ANEXOS

Anexo A – Ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (2011)

República Federativa do Brasil
Ministério da SaúdeSINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar (física, psicológica/moral, financeira/econômica, negligência/abandono), sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, pessoa com transtorno, indígenas e população LGBT.

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Dados Gerais | 1 | Tipo de Notificação | | 2 - Individual | | |
| | 2 | Agravo/doença | VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA | | Código (CID10) Y09 | |
| | 3 | Data da notificação | | | | |
| | 4 | UF | 5 Município de notificação | | Código (IBGE) | |
| | 6 | Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 7 | Nome da Unidade Notificadora | | Código Unidade | | |
| 8 | Unidade de Saúde | | Código (CNES) | | | |
| Notificação Individual | 9 | Data da ocorrência da violência | | | | |
| | 10 | Nome do paciente | | | | |
| | 11 | Data de nascimento | | | | |
| | 12 | (ou) Idade <input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano <input type="checkbox"/> | 13 | Sexo <input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado | 14 | Gestante <input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado |
| | 15 | Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado | | | | |
| | 16 | Escolaridade <input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica <input type="checkbox"/> | | | | |
| 17 | Número do Cartão SUS | | 18 Nome da mãe | | | |
| Dados de Residência | 19 | UF | 20 Município de Residência | | Código (IBGE) | |
| | 21 | Distrito | | | | |
| | 22 | Bairro | | 23 Logradouro (rua, avenida,...) | | |
| | 24 | Número | 25 Complemento (apto., casa, ...) | | 26 Geo campo 1 | |
| | 27 | Geo campo 2 | | 28 Ponto de Referência | | |
| | 29 | CEP | | | | |
| 30 | (DDD) Telefone | | 31 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 32 País (se residente fora do Brasil) | |
| Dados Complementares | | | | | | |
| Dados da Pessoa Atendida | 33 | Nome Social | | | 34 | Ocupação |
| | 35 | Situação conjugal / Estado civil <input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | |
| | 36 | Orientação Sexual <input type="checkbox"/> 1- Heterossexual <input type="checkbox"/> 2- Homossexual (gay/lésbica) <input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | 37 | | Identidade de gênero: <input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual <input type="checkbox"/> |
| | 38 | Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> | | 39 | | |
| Dados da Ocorrência | 40 | UF | 41 Município de ocorrência | | Código (IBGE) | |
| | 42 | Distrito | | | | |
| | 43 | Bairro | | 44 Logradouro (rua, avenida,...) | | |
| | 45 | Número | 46 Complemento (apto., casa, ...) | | 47 | Geo campo 3 |
| | 48 | Geo campo 4 | | | | |
| | 49 | Ponto de Referência | | 50 Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado | | 51 |
| 52 | Local de ocorrência <input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | 53 | | Ocorreu outras vezes? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | |
| 54 | A lesão foi autoprovocada? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> | | | | | |

| | |
|-----------|---|
| Violência | 55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros _____ 88-Não se aplica 99-Ignorado |
| | 56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil |

| | |
|------------------|--|
| Violência Sexual | 57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/ espancamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/ Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| | 58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros _____ |

| | |
|-------------------------------------|---|
| Dados do provável autor da agressão | 59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei |
| | 60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã) |

| | |
|----------------|--|
| Encaminhamento | 62 Sexo do provável autor da agressão 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado 63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> |
| | 64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 4- 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado |

| | |
|--------------|---|
| Dados finais | 65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente |
| | 66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado 68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX _____ |

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------|
| Informações complementares e observações | | |
| Nome do acompanhante _____ | Vínculo/grau de parentesco _____ | (DDD) Telefone _____ |
| Observações Adicionais: | | |
| | | |
| | | |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Disque-Saúde 0800 61 1997 | TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 | Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100 |
|------------------------------|--|--|

| | | |
|-------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Notificador | Município/Unidade de Saúde _____ | Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ |
| | Nome _____ | Função _____ |

Anexo B – Certificação de Aprovação do Comitê de Ética da Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIOLÊNCIA NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Pesquisador: Franciéle Marabotti Costa Leite

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88138618.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.819.597

Apresentação do Projeto:

JUSTIFICATIVA: A violência constitui um grave problema social e de saúde, de elevada magnitude mundial e nacional. Esse fenômeno encontra-se presente e dissolvido na sociedade, sendo multifacetado, se revela de diferentes formas, que se interagem, fortalecem e se imprimem nas relações interpessoais.

OBJETIVO PRINCIPAL: Analisar os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

LOCAL DO ESTUDO: Casos de violência notificados entre 2011 e 2018 no estado do Espírito Santo, pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

INTERVENÇÃO/PROCEDIMENTOS: Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo analítico, a ser realizado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que contém dados de notificação de casos de violência.

BENEFÍCIOS: Os achados dessa pesquisa subsidiarão gestores, profissionais de saúde, e de outros setores como educação, assistência social e segurança no processo de tomada de decisão para a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência em cada ciclo de vida

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018. Caracterizar epidemiologicamente os casos notificados de violência, nos diferentes ciclos de vida, no Espírito Santo no período de 2011 a 2018; verificar a distribuição da ocorrência da violência segundo as características das vítimas e agressores; examinar a associação entre a ocorrência da violência e as características dos envolvidos; Investigar a distribuição espacial dos casos notificados de violência nas microrregiões do Estado do Espírito Santo, nos municípios e subdistritos da Região Metropolitana do Espírito Santo; Avaliar a completude das fichas de notificação de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Estado do Espírito Santo no período de 2011 a 2018.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora, os riscos e benefícios do projeto são:

-RISCOS: Considerando o uso de banco de dados, considera-se a pesquisa de risco mínimo, uma vez que não haverá contato direto com o paciente, bem como, todos os dados obtidos e a identificação do sujeito será mantido em sigilo em todo o transcorrer da pesquisa.

-BENEFÍCIOS: Espera-se com os resultados desta pesquisa identificar quem são as pessoas em situação de violência, quem são os principais agressores e quais fatores estão associados à maior ocorrência do evento. Além disso, espera-se conhecer as áreas de alta e baixa incidência de violência, como também o risco de cada microrregião e município, assim como em cada subdistrito pertencente à Região Metropolitana da Grande Vitória, e compará-lo ao Estado do Espírito Santo. Acredita-se que os achados dessa pesquisa subsidiarão gestores, profissionais de saúde, e de outros setores como educação, assistência social e segurança no processo de tomada de decisão para a elaboração de estratégias de enfrentamento à violência em cada ciclo de vida.

De acordo com a Res. CNS nº466/12, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados."

Desta forma, os riscos e benefícios, conforme descritos pelo pesquisador, atendem as exigências da Resolução CNS nº 466/12.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

Continuação do Parecer: 2.819.597

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa potencialmente relevante, com benefícios previstos prevalecendo sobre os riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No projeto constam os seguintes documentos:

- Folha de rosto: apresentada e adequada
- Projeto detalhado: apresentado e adequado
- TCLE e Termo de Assentimento: dispensados
- Termo de Sigilo e Confidencialidade: apresentado e adequado
- Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentado e adequado
- Cronograma: apresentado e adequado
- Orçamento: apresentado e adequado

Os termos de apresentação obrigatória estão parcialmente em conformidade com a Resolução CNS 466/12.

Recomendações:

Antes de submeter ou resubmeter seu projeto de pesquisa para o CEP verifique as recomendações abaixo:

Alguns projetos encaminhados ao CEP têm apresentado problemas que tem dificultado a apreciação dos mesmos, atrasando a emissão do parecer e sobrecarregando o colegiado com o grande número de projetos com pendências. Desta forma, o CEP, vem por meio desse encaminhar algumas recomendações, baseadas na RESOLUÇÃO CNS Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 a serem observadas para agilizar a avaliação dos projetos.

De acordo com a referida resolução, XI.2 “Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa”, ou seja, **NENHUMA ETAPA DA PESQUISA QUE ENVOLVA QUALQUER CONTATO COM OS PARTICIPANTES OU SEUS DADOS PODE SER INICIADA ANTES DA APROVAÇÃO DO CEP.**

A res. CNS 466/12 dispõe: “V – DOS RISCOS E BENEFÍCIOS; Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”, portanto o pesquisador deverá prever quais situações poderão atingir física ou mentalmente um sujeito. Questionários, por exemplo, podem

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

demandar tempo, causar constrangimento, fazer a pessoa a reviver experiências que podem causar sofrimento psíquico, causar ansiedade, expor informações de um grupo ou comunidade específica, etc. Assim o pesquisador deverá, em todo tipo de projeto, relatar os possíveis riscos mesmo que mínimos, e também as providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir os riscos citados.

O cronograma deve prever o tempo para os trâmites no CEP. Deve-se considerar a possibilidade do projeto não ser aprovado na primeira avaliação e possuir pendências, além do calendário de reuniões. Dessa forma, o projeto depois de adaptado terá que ser novamente avaliado. Isso pode acarretar em atrasos. Assim, nunca deixe para submeter o projeto, contanto com a aprovação na primeira avaliação.

Cumprir com rigor as exigências da Res. CNS 466/12, IV, que trata do Consentimento Livre e Esclarecido. Foi disponibilizado um modelo de TCLE pelo CEP – CCS/UFES a fim de auxiliar na elaboração do referido documento. Verificar se o projeto está sendo vinculando ao CCS, pois caso contrário o projeto pode ser encaminhado para outro CEP/UFES.

A Folha de Rosto que deverá ser digitalizada e anexada ao protocolo será gerada pela plataforma. Não usar o modelo disponível no site do CONEP.

Caso tenha alguma dificuldade em utilizar a Plataforma Brasil (como inclusão de anexo, etc), sugerimos mudar de navegador. Informar e comprovar a existência de Biorrepositório ou Biobanco. A não comprovação inviabiliza a aprovação do projeto.

Caso o acesso aos participantes ocorra em local diferente da instituição proponente, uma carta de anuência assinada pelo responsável por este local precisa ser apresentada — por exemplo, hospital, unidade de saúde, escola, asilo, creche, etc.

Caso no projeto conste o uso de dados secundários, como prontuários médicos ou outros bancos de dados do tipo, uma carta de anuência assinada pelo responsável pelos dados precisa ser apresentada. Neste caso, ainda é obrigatório a apresentação de um termo de sigilo, privacidade e confidencialidade assinado pelo pesquisador responsável pelo projeto proposto.

O orçamento detalhado precisa ser apresentado, independentemente se o projeto caracteriza-se como “financiamento próprio” ou não.

ALGUNS DOCUMENTOS IMPORTANTES

Resolução CNS n° 466/12 — diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

seres humanos: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Resolução CNS nº 441/11 — armazenamento e utilização de material biológico humano com finalidade de pesquisa (Biorrepositório ou Biobanco): <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2011/Reso441.pdf>

Modelo para elaboração do TCLE preparado pelo CEP/CCS/UFES: <http://ccs.ufes.br/sites/ccs.ufes.br/files/Roteiro%20para%20elaborac%CC%A7a%CC%83o%20do%20TCLE0.pdf>

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram adequadas e o projeto está de acordo com as exigências do sistema CEP/CONEP e Resolução do CNS 466 de 2012.

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_P ROJETO_1112046.pdf | 03/07/2018 16:41:31 | | Aceito |
| Outros | autorizacaoSESA.pdf | 03/07/2018 16:41:11 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Outros | TermoConfidencialidade.pdf | 03/07/2018 16:39:33 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Outros | Carta_ao_parecerista.pdf | 03/07/2018 16:36:19 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto_assinada.pdf | 20/04/2018 21:55:23 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | justificativa_ausencia_termo_consentimento.pdf | 20/04/2018 21:30:52 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_sesa.doc | 20/04/2018 21:22:00 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Orçamento | orcamento_sesa.docx | 20/04/2018 21:21:47 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA_sesa.docx | 20/04/2018 21:20:17 | Franciéle Marabotti Costa Leite | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 14 de Agosto de 2018

**Assinado por: KARLA DE MELO BATISTA
(Coordenador)**