

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA LUIZA BOLDRINI WERNECK DO CARMO

**PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E VIOLÊNCIAS:
REFLEXÕES PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

MATINHOS

2015

ANA LUIZA BOLDRINI WERNECK DO CARMO

**PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E VIOLÊNCIAS:
REFLEXÕES PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná - Setor Litoral, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli.

MATINHOS

2015

ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC

No dia 15 de maio de 20 15, as 16 h, na Universidade Federal do Paraná realizou-se a apresentação e defesa do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC dos acadêmicos,
(Nomes dos estudantes e matrícula)

- 1- Ana Luiza Boldrin de Werneck do Carmo
- 2- _____
- 3- _____

que apresentaram o TCC intitulado:

“Pessoas com deficiências e violências: reflexões para profissionais do social”

A banca designada para proceder a avaliação do TCC foi presidida pelo Professor

Orientador, Marco Claudio Ignorelli;

Co-orientador _____;

Colaborador _____

e composta por Nadia Terzinha Condam e

Clávis Wahzinger. Após a

abertura e exposição oral dos alunos, feitas as arguições necessárias, tendo os mesmos respondido a banca, que julgou as respostas às arguições em sessão secreta, a banca deliberou o seguinte resultado:

Estudante 1- Conceito Final Geral do TCC Impresso/Apresentação e Defesa: APC

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) APROVADO(s).

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) REPROVADO(s).

Estudante 2- Conceito Final Geral do TCC Impresso/Apresentação e Defesa: _____

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) APROVADO(s).

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) REPROVADO(s).

Estudante 3- Conceito Final Geral do TCC Impresso/Apresentação e Defesa: _____

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) APROVADO(s).

O(s) candidato(s) foi(ram) considerado(s) REPROVADO(s).

Observações: _____

Nomes e assinaturas da banca:

Nadia Terzinha Condam _____

Clávis Wahzinger _____

Marco Claudio Ignorelli _____

Curitiba, 15 de maio de 20 15.

DEDICATÓRIA

Dedico o meu trabalho e todo o meu carinho à duas pessoas de extrema importância na minha vida e na determinação das escolhas que fiz e as que faço. São essas pessoas: Ivanilde Boldrine Crema e Haroldo Werneck do Carmo, a minha mãe e o meu pai.

Eu amo muito vocês!

Dedico também a vocês, profissionais da área da saúde, educação e/ou assistência social, os quais tem um papel fundamental na vida das pessoas com deficiências, principalmente a você, Prof. Dr.

Marcos Signorelli.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as pessoas que participaram de uma forma ou de outra, na minha etapa de vida, como universitária.

Até o terceiro ano da faculdade, não entendia o porquê de sempre dizerem que “a faculdade é a melhor fase de nossas vidas”. Até que comecei o quarto ano da faculdade e, todos os anos de estudos me passaram pela cabeça, como um filme rápido e divertido. Foi assim que percebi a importância destes momentos, desta troca de conhecimentos e de aprendizado.

Agradeço muito a minha mãe, que em algumas noites, ficou ao meu lado, levando chá ou algum agrado, para que eu finalizasse os meus trabalhos com louvor. Ela participou em toda a minha faculdade, desde o momento em que me inscrevi, até o momento em que me formei. Foi ela quem me levou para as aulas nas manhãs mais frias e chuvosas, correu comigo nas madrugadas para não perder o ônibus e perguntou diariamente sobre as minhas dificuldades nas aulas para me motivar a continuar. A minha mãe foi fundamental. Foi não, ela é. Eu poderia escrever um TCC sobre a minha mãe e não seria suficiente. Aliás, até mesmo nesse trabalho ela me ajudou, desde minha motorista particular à minha fã nº1. Obrigada a você mãe, por me educar, me amar, me divertir, me incentivar, me motivar, me lembrar, me relembrar, me apoiar, me compreender e sempre me acompanha! Eu te amo!

Agradeço ao meu pai, que não perde uma oportunidade para ficar comigo e sempre incentivou o meu estudo, principalmente a leitura. O meu pai é como um despertador na minha vida, alguém que me mostra a realidade, seja ela cinza ou colorida. O meu pai não me deixa esquecer que a vida passa depressa e que é preciso correr atrás das coisas e nos dedicarmos ao que queremos. Foi ele quem me ensinou a desenhar e pintar sem borrar os desenhos e hoje, me ensina um pouco, como a vida deve ser vivida. Obrigada pai, por sempre me incentivar, me acordar, me ensinar e apostar as suas fichas em mim!

Agradeço ao professor Marcos Signorelli, um ser iluminado, uma mente brilhante! Esse professor se destaca por ser um profissional humanizado, sensível e interessado. Ele luta por questões difíceis, como a violência de gênero e as dificuldades das pessoas com deficiência. Foi ele o inventor deste trabalho. Obrigada professor!

Agradeço o meu irmão, João Gabriel, meu orgulho. Agradeço a ele e a minha cunhada Camila, que geraram uma luz chamada Maria Fernanda, a minha afilhada e sobrinha, a minha paixão e incentivo para continuar lutando. A minha estrela guia!

Agradeço às minhas avós, a Nilda e a Dirce, que foram fundamentais no meu aumento de peso durante todos esses anos, eu amo vocês! A Nildinha, uma mulher guerreira e sonhadora, foi e sempre será uma das pessoas que me ensinaram a sonhar. A vó Dirce, no último ano da faculdade me deu apoio, carinho e grandes risadas, todos os dias.

Agradeço aos meus tios: Cirlene, Renato e Mauro, que com alguns mimos me confortaram durante esse último ano da faculdade. Amo vocês e não imagino essa e outras etapas da minha vida sem o apoio, conversas e carinhos de vocês!

Agradeço a Cleonice! Lembro-me de uma tarde em que eu estava concentrada em um trabalho e fiquei horas estudando e, de repente surge ela, com um prato cheio de pães de queijo caseiros. Assim como também a Izabel, que em apenas um ano trabalhando com a gente, se preocupava comigo e me paparicava. Obrigada meninas!

Agradeço a algumas pessoas que acompanharam esses quatro anos de faculdade, pessoas que presenciaram os altos e baixos, incentivaram a continuar e ajudaram a crescer e amadurecer pessoal e profissionalmente! Obrigada à família, seja ela a de sangue como a de convivência! Obrigada aos meus amigos e confidentes, que mesmo a distância, não tão longa, se fizeram presentes: Roni, Jéssica e Maikon.

Obrigada aos meus colegas da faculdade!

Obrigada ao pessoal do PET Saúde, que me permitiram acompanhar as entrevistas, assim como permitiram o uso das imagens do grupo. Obrigada!

Agradeço a Helenize, coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, que me recebeu com muito carinho e me ajudou a fazer parte deste trabalho! Obrigada Helenize!

Obrigada a você, caro leitor. Espero que essa leitura seja proveitosa e que o ajude a se tornar um profissional melhor.

Obrigada!

EPÍGRAFE

“Onde houver acessibilidade, não haverá deficiência”.

(Anônimo, 2014)

Comentário realizado no II Fórum de Acessibilidade, em Paranaguá, em 2014.

RESUMO

A violência simbólica é uma forma singular de violência, sutil e invisível aos olhos de quem a reproduz e de quem a sofre. A própria percepção de um ser dominante (por exemplo: um patrão ou patroa) e outro submisso (por exemplo: o/a funcionário/a) é a reflexão da violência simbólica. As pessoas com deficiência, por serem algumas vezes, desprovidas de recursos para a sua defesa, passam a ser vítimas mais frágeis da violência, simbólica ou não. A negligência, caracterizada pelo abandono e descuido, para este estudo, se torna parte da violência simbólica que pode ser reproduzida tanto por familiares como pelo poder público, quando este não corresponde às necessidades e direitos da população (principalmente a pessoa com deficiência). Os objetivos deste trabalho foram desenvolver um estudo teórico sobre os tipos de violência e deficiências, dando visibilidade ao tema violência simbólica, ou seja, este trabalho procurou materializar um texto que mostre aos profissionais, tanto da área da saúde como da educação e assistência social, algumas atitudes em nosso dia a dia que se trata de violência simbólica e assim, auxiliar a identifica-las e preveni-las. Para o estudo foram realizadas 8 entrevistas com pessoas com deficiência em Paranaguá, junto ao grupo PET Saúde – *Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência*, da UFPR Litoral. A coordenadoria do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, de Paranaguá, foi entrevistada sobre os casos de violência e soluções para a prevenção da mesma. A violência simbólica e a negligência, por parte do poder público e dos profissionais da área de saúde, foram encontrados em todas as entrevistas com as pessoas com deficiência. Esses sujeitos não conhecem os seus direitos e isso se deve pela falta de informação e falta da assistência social. A possível relevância deste trabalho deve-se pela proposta de incluir a pessoa com deficiência, consciente de seus direitos, em nossa sociedade, seja nas Escolas como também nas Unidades Básicas de Saúde. O papel do profissional da saúde, dentro da vida das pessoas com deficiência, é fundamental, pois são esses profissionais que contribuem com a esperança de uma qualidade de vida melhor a elas.

Palavras-chave: Violência; Violência Simbólica; Negligência; Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

Symbolic violence is a singular form of violence, subtle and invisible to the eyes of those who commit and those who suffer it. Even the perception of a being dominant (eg a boss or a mistress) and the other submissive (eg the employee) is the reflection of symbolic violence. Sometimes people with disabilities are deprived of resources for their defense, because of this, they can become more fragile victims of violence, symbolic or not. The neglect can be characterized by negligence and carelessness, for this study, neglect becomes part of symbolic violence and can be reproduced for relatives or by the government, when do not satisfy the needs and the rights of the population (mainly the disabled people). The objectives of this study were to develop a theoretical study about the types of violence and disabilities, giving visibility to the theme symbolic violence. This study sought to materialize a text to show for professionals from health, education and social assistance, some attitudes in our daily lives that can be symbolic violence and this way, help to identify and prevent them. For the study were conducted 8 interviews with disabled people in Paranaguá, with the PET Health - Care Network to People with Disabilities, UFPR Litoral. The coordinating of the Municipal Center for Violence Prevention and Health's Promotion and Culture Peace's Promotion, from Paranaguá, was interviewed about the cases of violence and solutions to prevent it. The symbolic violence and negligence for the part of government and health professionals, were found in all the interviews with people with disabilities, in this study. These people do not know their rights and this is because of the lack of information and negligence of social assistance. The possible relevance of this work is due to the proposal to include the disabled person, aware of their rights in our society, be in schools or also in Basic Health Units. The role of the health professional within the lives of people with disabilities is critical because these are professionals who contribute to the hope of a better quality of life to them.

Keywords: Violence; Symbolic Violence; Negligence; People with Disabilities.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitárias de Saúde

CBD – Canabidiol

Centro Pop - Centro de Referências Especializado em População de Rua

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referências Especializado de Assistência Social

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC - Iniciação Científica

LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero.

Loas – Lei Orgânica da Assistência Social

NMPVPSCP - Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz

OMS - Organização Mundial da Saúde

PcD - Pessoa com Deficiência

PET Saúde - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

Portaria GM/MS - Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPR - Universidade Federal do Paraná

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Pessoas com Deficiência no Brasil.....	28
Gráfico 2: Total de Pessoas com Deficiência no Paraná.....	29
Gráfico 3: Deficiências no Paraná.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados das Pessoas com Deficiência Entrevistadas pelo PET Saúde.....53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Educação Inclusiva em Paranaguá.....	36
Figura 2: Rampa destruída em Curitiba.....	38
Figura 3: Semáforo Sonoro da Rua XV.....	38
Figura 4: Rampa que termina na parede.....	39
Figura 5: Banheiro não adaptado.....	39
Figura 6: Banheiro sem barras.....	40
Figura 7: Rampa sem corrimão.....	40
Figura 8: Cinderela, vítima de violência doméstica.....	80
Figura 9: Aladin, vítima de violência doméstica.....	80
Figura 10: Princesa Jarmine, vítima de abuso sexual.....	81
Figura 11: Pocahontas com muletas.....	82
Figura 12: Branca de Neve cantando.....	82
Figura 13: Qual princesa da Disney é você?.....	83
Figura 14: Branca de Neve, passeando com seu príncipe.....	83

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2 Objetivos Específicos.....	20
3. JUSTIFICATIVA	21
4. METODOLOGIA	22
CAPÍTULO I	
5. PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS	25
5.1 Terminologia.....	25
5.2 Prevalência.....	28
5.3 Políticas.....	30
5.3 Dificuldades das Pessoas com Deficiência: Elas existem?.....	33
CAPÍTULO II	
6. VIOLÊNCIA	42
6.1 Conceitos.....	42
6.2 Tipos de violência.....	44
6.3 Banalização.....	49
6.4 Políticas.....	50

CAPÍTULO III

7. VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS.....	51
7.1 Violência que não aparenta ser violência.....	51
7.2 Entrevistas.....	52
7.2.1 Pessoas com Deficiência: Trechos do caderno de campo.....	53
Entrevista 1 – Antônio.....	54
Entrevista 2 – Severino e Carlos.....	56
Entrevista 3 – Anita.....	62
Entrevista 4 - Rosa.....	65
Entrevista 5 - Margarida.....	68
Entrevista 6 - Tulipa.....	70
Entrevista 7 – Simone.....	71
Entrevista 8 – Sem Nome.....	74
7.2.2 Núcleo de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz.....	75

CAPÍTULO IV

8. PREVENIR A VIOLÊNCIA E PROMOVER A CULTURA DA PAZ.....	79
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
10. REFERÊNCIAS.....	87
11. ANEXOS.....	93
Anexo 1 - Questionário aplicado à coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e Cultura da Paz, de Paranaguá....	93

1. INTRODUÇÃO

Como o tema violência vem sendo frequentemente apresentado através da mídia e redes sociais, ele torna-se mais assustador e apresenta-se com atos cada vez mais maliciosos em nosso dia a dia, ou até mesmo, pode passar despercebido. A violência pode ser classificada como violência física, psicológica, sexual, moral, patrimonial, cultural, racial, violência de gênero, violência simbólica, entre outros.

Encontramos alguns autores que comentam sobre a banalidade da violência e da realização da mesma. Souza (2000) comenta que a violência é realizada e muitas vezes não é reconhecida como violência, seja pelo agressor como pela vítima. Imagine-se sentado no sofá assistindo a televisão e no telejornal passa a ser apresentado um caso de violência doméstica contra um idoso, você se repulsa com tal atitude do agressor e, no entanto, continua o seu dia, algumas vezes até mesmo agredindo verbalmente, no calor do estresse, o motorista da frente ou a vizinha. Ou seja, por mais que não aceitemos a violência, algumas pessoas passam a reproduzi-la.

A filósofa Hannah Arendt (1999) conta a história de um nazista que comandava as emigrações de judeus para o extermínio, Adolf Eichmann. Ele lidava com a deportação de pessoas que seriam mortas, convicto de estar obedecendo e fazendo cumprir as leis do Reich. Arendt acompanhou o julgamento de Eichmann no Tribunal de Jerusalém e relata esse momento em sua obra, assim como deixa a refletir o fato de que a violência contra os judeus (assassinato), para o Eichmann, era tão banal ao ponto de ele assistir essas cenas algumas vezes. Para Eichmann, comandar a morte de milhares de judeus não o tornava um homem ruim, mas sim um homem que cumpria com as leis, um homem que fazia o que era “certo”¹ (MIRANDA, 2013).

Tendo em vista a crescente exposição da violência, o presente estudo procura dar visibilidade a algumas das diferentes modalidades de violências a que pessoas

¹ Certo no sentido de que cumpria com a lei de Reich. Segundo Hanna Arendt, o nazista Eichmann se dizia seguidor dos princípios de Kant, o qual dizia que “todo homem é um legislador no momento em que começa a agir, logo, deve ter consciência de seus atos, usando a expressão *razão prática*, o homem encontra os princípios que poderiam e deveriam ser os princípios da lei”. No entanto durante o Reich a vontade de Hitler era a vontade do Estado, sendo assim, a vontade pessoal de Hitler era a lei e, como a lei deve ser cumprida, não haveria mal algum em determinar que milhões de pessoas fossem mortas pelo Estado (MIRANDA, 2013, p.13). Eichmann acreditava ser inocente por não ter matado uma pessoa com suas próprias mãos, no entanto, foi comandante de inúmeras mortes. Mortes impiedosas.

com deficiências estão sujeitas, com destaque particular a uma modalidade de violência velada, que é a violência simbólica e quais atitudes que profissionais de saúde podem estar tomando, que façam parte dessa problemática e que muitas vezes inconscientemente reforçam tais violências. A violência simbólica, de maneira sutil, pode estar presente em olhares críticos, pensamentos preconceituosos, atitudes singelas ou até em sentidos comuns. Quando há uma idealização de que um ser é melhor que o outro, ou que um ser é dominante ao outro, trata-se da violência simbólica.

Para Bourdieu (1989, p.7-8) o poder simbólico é *“esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”*. Tratando-se da violência simbólica: é a qual onde a pessoa que a exerce pode não saber e a pessoa, vítima da violência, mesmo sendo cúmplice da ação, pode não imaginar sofrer a violência simbólica, pois ela não é a violência física como agressões, trata-se de uma violência sutil aos olhos de quem a sofre.

Oliveira (2008, p.136) reflete sobre a presença da violência moral na violência física, assim se encaixando de maneira simbólica. Segundo o autor, a violência moral, ou como ele se refere, insulto moral, se trata de *“(1) uma agressão objetiva a direitos que não pode ser adequadamente traduzida em evidências materiais; e, (2) sempre implica uma desvalorização ou negação da identidade do outro”*.

Cabe destacar a trajetória do tema. O estudo aconteceu paralelo e como desdobramento de outros dois projetos, uma Iniciação Científica (IC) com o título *“Violência Doméstica contra Pessoas com Deficiência: um estudo territorial do litoral do Paraná”* e o Projeto PET Saúde² – *Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência*. Foi realizada uma pesquisa de campo em Paranaguá, com aplicações de questionários com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do município, com o intuito de identificar casos de violência doméstica contra as pessoas com deficiência em Paranaguá. Outro objetivo do projeto foi entrevistar diretamente as vítimas de violência doméstica, assim realizando um estudo quanti-qualitativo. No entanto, devido a complexidade de questões que estão por detrás dos casos de violência

² PET Saúde é a abreviatura de “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde”, uma estratégia de reorientação da formação acadêmica, financiada pelo Ministério da Saúde, para aproximar a formação de estudantes da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

doméstica contra as pessoas com deficiências, não foram realizadas essas entrevistas como parte do projeto de IC. No entanto, essa “não possibilidade”, ensejou o desenho deste estudo, que deslocou o foco da violência doméstica, passando a estudar e discutir atitudes que espelhem outras modalidades de violência, particularmente a violência simbólica.

Ainda sobre a pesquisa de campo, também paralelo ao Projeto PET Saúde – *Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência* foram acompanhadas oito entrevistas com pessoas com deficiências e familiares em Paranaguá, em que o Grupo PET Saúde questionou sobre as dificuldades que o município e as deficiências reproduzem no cotidiano dessas pessoas. Das oito entrevistas, uma não será utilizada para este estudo, por não contemplar o tema violência simbólica, já que a mãe do entrevistado não se queixou e não solicitou mudanças nos atendimentos ou estruturas públicas. Como resultado dessas entrevistas, sucintamente, encontrou-se a dificuldade com a locomoção dessas pessoas devido ao calçamento mau feito, falta de pisos táteis e semáforos sonoros, falta de transporte público e atendimento adequado à saúde. Outras dificuldades foram apresentadas pelas discriminações que essas pessoas sofrem durante a vida, assim como os familiares.

A negligência do poder público, percebida nas entrevistas quanto à estrutura para a acessibilidade às pessoas com deficiência, torna-se uma questão emergente, que é então explorada no presente estudo, a partir das narrativas dos interlocutores. Configuram-se em questões que podem ser albergadas sob a categoria da violência simbólica, uma vez que, as pessoas com deficiências sofrem com as barreiras impostas, pela falta de atenção pública às suas necessidades e, por vezes, não sabem que é a obrigação do Estado³ promover a acessibilidade para todos.

Além das entrevistas com as pessoas com deficiência, foi realizada uma entrevista com a coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, de Paranaguá, criado em 2013. Nesta entrevista foi relatado um total de 106 casos de violência (classificadas entre violência doméstica e urbanas) no município e foi discutida a necessidade de informação e capacitação de profissionais para o combate a violência. A entrevista

³ Estado é a organização político-jurídica de uma sociedade para realizar o bem público e comum, com governo próprio e território determinado (LOPES, 2010).

com a coordenadora do Núcleo seguiu com um roteiro que encontra-se no Anexo 1 deste trabalho. Segundo a coordenadora entrevistada, os casos de violência contra pessoas com deficiência são direcionados e solucionados pelo CREAS local, não sendo possível, assim, o acesso ao número dos casos isolados às pessoas com deficiência.

No final, o presente estudo buscou desenvolver uma crítica sobre algumas atitudes diárias e faz com que você reflita sobre as diversas maneiras de contribuir com a prevenção à violência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem a finalidade de compreender como diferentes modalidades de violência, com destaque para a violência simbólica são vivenciadas no dia a dia das pessoas com deficiência e possíveis repercussões para profissionais da área da saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver um estudo teórico sobre os tipos de violência e deficiências, através de uma busca na literatura;
- Apontar a incidência da violência e a prevalência de pessoas com deficiência no Brasil;
- Dar visibilidade ao tema violência simbólica contra as pessoas com deficiência, realçando-a nas entrevistas realizadas em Paranaguá;
- Questionar as Políticas Públicas e ações no que tange a prevenção e manejo das violências, voltadas especificamente às pessoas com deficiência e;
- Materializar um texto que demonstre aos profissionais, tanto da área da saúde como da educação e assistência social, que algumas atitudes em nosso cotidiano tratam-se de violências simbólicas, assim auxiliando-os a identifica-la e preveni-la.

3. JUSTIFICATIVA

A violência se manifesta através de diversas maneiras e em diferentes locais, como em escolas (bullying), casas (violência doméstica) e na rua (violência urbana). Todos nós corremos o risco de sofrer algum tipo de violência em algum momento de nossas vidas e isso pode incluir sermos violentos em algum momento. Essa crescente repercussão da violência é assustadora no ponto de vista do profissional de saúde, já que trata de um assunto emergente e delicado. Algumas pessoas não tem a sensibilidade em procurar a origem da agressão sofrida pela vítima, para então abolir a violência. A violência passa a ser rotina aos profissionais da área da saúde, que acabam por vezes apenas tratando o paciente no momento em que foi agredido e não procurando mais o contato com o mesmo, aceitando a violência e não fazendo nada para aboli a mesma. As autoras, Nunes, Sarti e Ohara (2009) discutem a abordagem dos profissionais da área de saúde nos casos de violência, os quais exigem cuidados que considerem os seus aspectos e seu contexto. Segundo elas, o profissional da área da saúde precisa lidar com diferentes tipos de fatos e sentimentos durante a abordagem, sendo que em diversas vezes, os profissionais não se sentem aptos para abordar. Há um trecho em que as autoras apresentam a indecisão em que o profissional se vê durante a abordagem: *“Se de um lado está o desejo de afastar-se, de outro há o dever moral de ajudar esses familiares.”* (Nunes, Sarti e Ohara, 2009, p.904).

Tal despreparo é resultado da falta de amparo e capacitação das próprias instituições, repercutindo ao profissional, sentimentos de impotência e frustração.

O tema violência simbólica foi escolhido devido a sua grande repercussão no dia a dia das pessoas com deficiência, tratando-se de uma violência onde a vítima não sabe que sofre, por exemplo, a negligência, seja por parte do Estado como do cuidador. Por isso este estudo procura dar visibilidade ao tema aos profissionais da área da saúde, que acabam algumas vezes sendo coniventes com a violência sem saber. Sendo assim, este estudo propaga todos os tipos de violência que as pessoas com deficiência podem sofrer, dando maior atenção a violência simbólica.

4. METODOLOGIA

Este trabalho foi fundamentado na metodologia qualitativa⁴, onde não se busca um número de casos de violência simbólica contra as pessoas com deficiência, mas sim o aprofundamento e compreensão tanto do pesquisador como do leitor. Um cuidado a ser tomado pelo pesquisador do qualitativo deve ser a ética durante a pesquisa, ou seja, não fazer julgamentos ou apresentar preconceitos e crenças que possam atrapalhar a pesquisa (GERHARDT e SILVEIRA, 2009; MINAYO, 2001).

Na metodologia qualitativa, o objetivo da amostra é produzir informações aprofundadas e ilustrativas, não importa se é pequena ou grande (GERHARDT e SILVEIRA, 2009). O objetivo é contextualizar e elucidar a natureza das experiências ou ações (SIGNORELLI, 2011). Como disse a socióloga Maria Cecília de Souza Minayo (2001), a pesquisa qualitativa corresponde a repercussões peculiares e trabalha com um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser “reduzidos à operacionalização de variáveis” (GERHARDT e SILVEIRA, 2009). Nos estudos qualitativos não se quantifica os valores e trocas simbólicas, mas também não se submete à prova dos fatos. A pesquisa qualitativa captura a experiência vivida no mundo social e os significados gerados pela perspectiva das pessoas sobre essas experiências (SIGNORELLI, 2011).

Segundo Gerhardt e Silveira (2009, p.32), alguns cuidados devem ser tomados durante a elaboração de uma pesquisa qualitativa:

[...] o pesquisador deve estar atento para alguns limites e riscos da pesquisa qualitativa, tais como: excessiva confiança no investigador como instrumento de coleta de dados; risco de que a reflexão exaustiva acerca das notas de campo possa representar uma tentativa de dar conta da totalidade do objeto estudado, além de controlar a influência do observador sobre o objeto de estudo; falta de detalhes sobre os processos através dos quais as conclusões foram alcançadas; falta de observância de aspectos diferentes sob enfoques diferentes; certeza do próprio pesquisador com relação a seus dados; sensação de dominar profundamente seu objeto de estudo; envolvimento do pesquisador na situação pesquisada, ou com os sujeitos pesquisados.

⁴ Na pesquisa qualitativa o objetivo é explicar o porquê das coisas, se deve dar valor aos detalhes (GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

Com base nas descrições da pesquisa qualitativa, o presente estudo gerou discussões sobre os relatos dos/as entrevistados/as, mostrando suas expectativas e dificuldades expostas e quais alternativas deveriam ser tomadas, seja pelo poder público ou pelos familiares.

Para a abrangência do tema violência simbólica, houve uma fundamentação teórica contemplando uma referência no tema violência simbólica e sobre o poder simbólico, Pierre Bourdieu. O livro de Bourdieu, chamado “O Poder Simbólico” (1989) apresenta várias reflexões sobre a dominação de um ser dominado. Também foi realizada uma pesquisa sobre a violência e seus diversos conceitos e tipos. Outras duas autoras de grande importância para a compreensão sobre a violência e sua banalização são Maria Cecília de Souza Minayo e Maria Laurinda Ribeiro de Souza.

Através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram encontrados os índices de pessoas com deficiências no Brasil e no Mundo. Como o estudo não se tratou de uma pesquisa quantitativa, os dados serviram para o conhecimento do leitor e para mostrar a dimensão das pessoas com deficiências no mundo.

Durante a elaboração do estudo, foi necessário não aprofundar nas Políticas Públicas direcionadas as Pessoas com Deficiência pois o intuito do estudo foi dar visibilidade a violência simbólica presente e não defender ou atacar as Leis e Políticas Nacionais. O objetivo durante a fundamentação das Políticas Públicas foi apenas para discutir quais as repercussões indevidas presentes no dia a dia das pessoas entrevistadas, promovendo ao leitor o básico para que possam ser iniciadas reflexões sobre os direitos e deveres que o poder público promete.

No início de 2015, junto ao Projeto PET Saúde – *Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência*, Setor Litoral, foram realizadas 8 entrevistas com pessoas com deficiência onde foram questionados sobre as dificuldades presentes no cotidiano dessas pessoas, dentre elas a falta de acessibilidade e o preconceito/discriminação tanto da pessoa com deficiência como aos familiares ou cuidadores. Durante a transcrição das entrevistas, uma não foi utilizada para este estudo, pois os relatos dos entrevistados não contribuiu com o objetivo deste estudo, a violência simbólica.

Foi realizada uma entrevista com a coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz do município de Paranaguá, seguindo um roteiro sobre a história e objetivos do Núcleo, os casos de violências relatados no litoral, quais as campanhas que o Núcleo promove e outras questões, com o intuito de compreender as ocorrências no município e ampliar as ideias em torno da prevenção da violência e do preconceito.

No final do presente trabalho apresentamos algumas ideias utilizadas para a diminuição do preconceito e prevenção da violência, através de experiências de outros autores e artistas, com o intuito de promover a Cultura da Paz e a Diversidade.

5. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: O que é preciso saber?

Há culturas que apresentam certas dificuldades em aceitar a diversidade do ser humano e passam a ser preconceituosas em relação ao que é diferente. Nesse contexto destacam-se as Pessoas com Deficiência, seja a deficiência física/motora, auditiva, visual, intelectual ou múltipla. Tais pessoas jamais podem ser consideradas 'anormais', como algumas vezes a sociedade lhes imputa. São apenas pessoas que apresentam uma variação em determinada função do organismo e que precisam de condições para desenvolver suas potencialidades, respeito e carinho, como qualquer outra pessoa.

Considerando o termo "normal", o médico e filósofo, Georges Canguilhem, defendeu sua tese de doutorado em 1943, refletindo sobre os termos normal e o patológico e sua colocação. Mais tarde, na década de 60, tornou a publicar textos intitulados "*Novas reflexões referentes ao Normal e o Patológico*". Canguilhem contestava o pensamento dominante da época, no qual os fenômenos patológicos seriam "*meras variações quantitativas dos fenômenos normais*" (COELHO e MONTEIRO, 2010; SAFATLE, 2011). Segundo Coelho e Monteiro (2010, p.186), Canguilhem afirma que "*O homem dito são não é, portanto, são. Sua saúde é um equilíbrio conquistado à custa de rupturas incoativas. A ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde*". Ou seja, o homem apenas é doente quando a saúde o desampara e, nesse momento, ele já não é mais são, tornando a patologia uma condição normal. Para Canguilhem, cada indivíduo teria sua concepção do que é normal para si, não sendo o normal o contrário do patológico.

5.1 Terminologia

Segundo o Art. 3º, do **DECRETO Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, trata-se de** Deficiência toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função, seja ela psicológica, fisiológica ou anatômica, a qual gera a incapacidade para o desempenho de atividades de vida diária, dentro do padrão considerado típico; a Deficiência Permanente é aquela que não tem uma recuperação para readquirir a função ou a probabilidade de que se altere independente do tempo; já a Incapacidade é a diminuição efetiva e exacerbada da capacidade de integração

social, com a necessidade do uso de alguns equipamentos, ou adaptações, ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho de alguma função ou da atividade a ser realizada.

Ainda o mesmo Decreto, o Art 4º, identifica a Pessoa com Deficiência como aquela que apresenta uma das seguintes deficiências:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;

II - deficiência auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz;

III - deficiência visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

IV - deficiência mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;*
- b) cuidado pessoal;*
- c) habilidades sociais;*
- d) utilização dos recursos da comunidade;*
- e) saúde e segurança;*
- f) habilidades acadêmicas;*
- g) lazer; e*
- h) trabalho;*

V - deficiência múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Sendo assim, a deficiência física é aquela onde a pessoa perde a função de um ou mais membros (como lesados medulares, pessoas com paralisia cerebral ou acidente vascular encefálico), ou tem baixa estatura (como nos casos de nanismo), ou tem má formação congênita, etc. A deficiência auditiva é aquela onde a pessoa não tem audição. A pessoa com deficiência visual não enxerga ou tem grande dificuldade em enxergar. Na deficiência intelectual, a pessoa sofre dificuldade na aprendizagem, comunicação e auto-cuidados.

As pessoas confundem a Deficiência Intelectual e Doença Mental⁵, como se fossem as mesmas deficiências. No entanto, a primeira trata-se da pessoa que apresenta um atraso no seu desenvolvimento, dificuldades para aprender e realizar tarefas no dia a dia, assim como também tem dificuldades na adaptação social (interação). Há um comprometimento cognitivo. Já na Doença Mental há uma série de condições possíveis, causando alteração de humor e do comportamento, afetando o desempenho da pessoa em nossa sociedade. Trata-se de uma doença psiquiátrica, devendo ser tratada por um psiquiatra com o uso de medicamentos específicos para seus sinais clínicos e diagnóstico (CAMARGOS JR et al, 2005; CARVALHO e MACIEL, 2003).

Para o IBGE (BRASIL, 2012), as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose não são consideradas como deficiência mental/intelectual. Isso não torna-se polêmica, porém nas entrevistas realizadas pelo PET Saúde que aqui foram utilizadas para a identificação da violência simbólica, o autismo foi enquadrada como uma deficiência intelectual.

No Brasil, a partir de 2008, o termo Pessoa com Deficiência tornou-se o mais apropriado, já que o termo Pessoa Portadora de Deficiência não compete ao caso, pois a pessoa não porta ou carrega a deficiência, ela apenas a tem. Já os termos: Pessoa com Deficiência Física, Pessoa com Deficiência Visual, Pessoa com Deficiência Auditiva, Pessoa com Deficiência Intelectual ou Pessoa com Deficiência Múltipla, passam a ser corretos, porque substituem o termo Deficiente, se referindo à pessoa e ao tipo de deficiência. Atualmente, não se diz mais Tetraplégico e sim, Pessoa com Tetraplegia, assim como não podemos utilizar mais o termo Doente Mental e sim, Pessoa com Transtorno Mental. Ao invés de Cadeirante, utiliza-se o termo Usuário de Cadeira de Rodas. Os novos termos procuram lembrar que antes de ter a deficiência, a pessoa é como qualquer outra, por isso o termo Pessoa deve ser colocado antes da Deficiência apresentada. No entanto, as Leis e Decretos podem apresentar ainda o termo Pessoa Portadora de Deficiência, devido à data de vigência anterior a 2008.

⁵ O termo correto em uso atualmente é Deficiência Intelectual e não deficiência mental (como já foi amplamente utilizado).

5.2 Prevalência

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2011) publicado pela OMS, mais de 1 bilhão de pessoas, em todo o mundo, apresenta algum tipo de deficiência, ou seja, uma em cada cinco pessoas. As barreiras enfrentadas incluem a discriminação, a ausência de cuidados adequados à saúde e de serviços de reabilitação, e os transportes e construções sem acessibilidade.

O Censo Demográfico de 2010, direcionado as Pessoas com Deficiências, realizado pelo IBGE, mostra a prevalência das deficiências visual, auditiva, motora e mental/intelectual no Brasil. As deficiências foram classificadas de acordo com o grau de severidade dado pelo entrevistado, como: 1) Tem alguma dificuldade em realizar; 2) Tem grande dificuldade e; 3) Não consegue realizar de modo algum. O resultado mostra que aproximadamente 23,9% da população apresenta alguma deficiência, um total de 45.606.048 de brasileiros. Destes, 18,6% apresentavam a deficiência visual, seguida pela deficiência motora, com 7%, auditiva com 5,10% e mental/intelectual com 1,40% da população.

Todos os brasileiros com deficiência deveriam ser assegurados dos seus direitos humanos desenvolvidos através de programas e ações do Governo Federal e Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, porém, o foco principal é direcionado às pessoas que apresentam uma deficiência severa, ou seja, 8,3% da população brasileira (3,6% com deficiência visual severa, 1,12% com deficiência auditiva severa, 2,33% com deficiência motora severa e 1,4% com deficiência mental ou intelectual severa).

Gráfico 1 – Pessoas com Deficiência no Brasil.

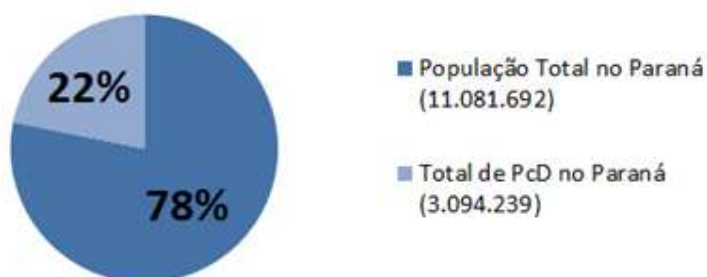


Fonte: IBGE, 2014.

Já em 2014, somam-se no total 61.278.235 pessoas com deficiência no Brasil, em um total de 202.033.670 de brasileiros, ou seja, 23% da população.

O Paraná corresponde a 5% da população total do Brasil, com 11.081.692 de paranaenses e aproximadamente 22% da população tem alguma deficiência. Destes incluem-se pessoas com deficiências severas até a alguma dificuldade.

Gráfico 2 – Total de Pessoas com Deficiência no Paraná.

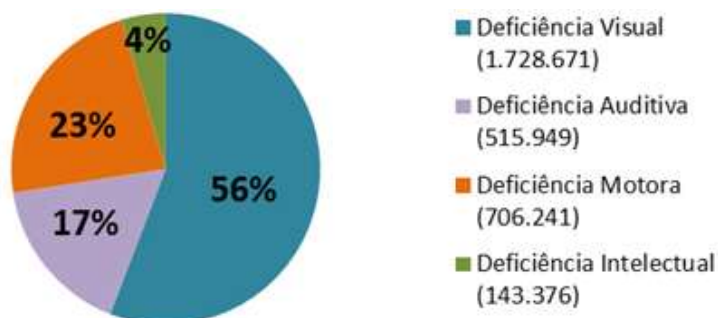


Fonte: IBGE, 2014.

Dentro dos 22% da população com deficiência no Paraná, há um total de 706.241 pessoas com deficiência motora, 515.949 com deficiência auditiva, 1.728.671 com deficiência visual e 143.378 pessoas com deficiência mental/intelectual (IBGE, 2014).

Lembrando que o grau “alguma dificuldade”, incluído na pesquisa do IBGE, incorpora, por exemplo, pessoas que usam óculos de leitura, não especificando a cegueira. Assim como na deficiência auditiva, a simples diminuição da audição já se enquadra do grupo que tem “alguma dificuldade”. Supõe-se que na deficiência física haja pessoas que possuam uma funcionalidade boa no dia a dia.

Gráfico 3 – Deficiência no Paraná.



Fonte: IBGE, 2014.

5.3 Políticas

Qualquer tipo de discriminação ou maus-tratos contra pessoas com deficiências constitui-se em crime previsto na Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1985, com pena de um a quatro anos de reclusão e multa. No caso da constatação da violência, as denúncias podem ser dirigidas para o Conselho Tutelar ou ao Ministério Público (VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR, 2001).

O Capítulo II – Da Igualdade e Não Discriminação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (2013) deixa claro que todas as pessoas com deficiência são iguais perante a lei e não devem sofrer nenhum tipo de discriminação. O Art 7º descreve a Discriminação como sendo todas as formas de exclusão, distinção ou restrição, seja por ação ou omissão, que prejudique ou impeça o exercício dos direitos e liberdades funcionais das pessoas com deficiência, isso inclui a recusa da adaptação razoável⁶.

Ainda o Art. 8º do mesmo capítulo dá a garantia à pessoa com deficiência, que:

Nenhuma pessoa com deficiência, sobretudo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão, tratamento desumano ou degradante.

No entanto, parece que essa lei, algumas vezes não é reconhecida por todos e os direitos das pessoas com deficiência ficam “esquecidas”. Através da mídia verificamos diversos casos de violência doméstica e tratamento desumano tanto por familiares como por profissionais da área da saúde e educação, por exemplo, babás, enfermeiras, fisioterapeutas e professores. Isso não se restringe somente à violência doméstica, mas também como a negligência associada, com a falta de tratamentos e equipamentos adequados e diversas barreiras⁷ sejam elas arquitetônicas⁸ ou nos transportes⁹, entre outras.

⁶ Adaptação Razoável segundo o Estatuto da Pessoa com Deficiência (PcD): adaptações, modificações e ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso e em caráter extraordinário, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

⁷ Barreiras, segundo o Estatuto da PcD, são os obstáculos ou entraves que impedem ou limitam a locomoção ou participação social da PcD, bem como o exercício de seus direitos.

⁸ Barreiras arquitetônicas: Obstáculos que impedem a participação da PcD, encontradas nos espaços de uso público e privados de uso coletivo.

⁹ Barreiras nos transportes: Entraves que limitam a acessibilidade da PcD nos sistemas e meios de transporte.

Segundo o Art. 2º do Capítulo I – Das Disposições Gerais, do DECRETO Nº 3.298/99:

Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à previdência social, à assistência social, ao transporte, à edificação pública, à habilitação, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico.

As barreiras arquitetônicas urbanísticas são espaços criados pelo Poder Público, cabendo a ele, adaptá-los, permitindo uma melhor acessibilidade às Pessoas com Deficiência. Isso cabe aos locais de atendimento à saúde, como Unidades Básicas de Saúde e Hospitais, segundo as normas da ABNT, mais precisamente a NBR-9050, que estabelece os critérios e os parâmetros técnicos que devem ser observados ao projeto, construção ou instalação e à adaptação de edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade.

Como refúgio das obrigações de adaptação, muitos locais simplesmente constroem rampas inadequadas, corredores onde uma cadeira de rodas não consegue passar e pisos táteis que terminam em frente a paredes ou postes, achando ser o suficiente para tornar o local acessível às pessoas com deficiência. No entanto, a NBR-9050 deixa claro os ângulos, alturas e larguras adequadas às adaptações que todos os locais públicos e coletivos devem apresentar.

Segundo o Art. 106 do Estatuto da Pessoa com Deficiência, Título III – Dos Crimes e das Infrações Administrativas, discriminar a pessoa com deficiência, impedindo-a ou dificultando o seu acesso a locais públicos e privados de uso coletivo, aos meios de transporte, à comunicação, informação ou por qualquer outro meio necessário ao ‘exercício da cidadania’, por motivo de sua deficiência leva a uma pena com reclusão de um a três anos e multa.

Quanto ao atendimento à Saúde, o Art. 28, do Capítulo II – Do Direito à Saúde, do Estatuto da Pessoa com Deficiência garante à pessoa com deficiência:

I – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover.

II – elaboração e implementação de políticas e programas de saúde, inclusive de vacinação, voltados para a pessoa com deficiência, com a participação dos seus destinatários;

II – serviços de saúde, que considerem as especificidades de gênero, inclusive de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nos serviços especializados no tratamento, habilitação e reabilitação;

III – estabelecimento de normas éticas e técnicas, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das especificidades das pessoas com deficiência, a serem observadas pelos profissionais de saúde no seu atendimento;

IV – elaboração e implementação, com a participação dos seus destinatários, de políticas e programas de saúde visando a prevenção, o diagnóstico precoce e prevenção de agravos à saúde da pessoa com deficiência, inclusive através de campanhas de vacinação;

V – garantia de informação adequada e acessível às pessoas com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde;

VI – promoção de capacitação inicial e continuada de profissionais e de equipes que atuam no SUS no atendimento da pessoa com deficiência, especialmente nos serviços de habilitação e reabilitação, bem como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

A Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, criada pela portaria GM/MS n.º 1.060, de 5 de junho de 2002, dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social no que se refere à saúde. Seu objetivo principal é auxiliar na reabilitação, capacitação, adaptação social e melhorar o atendimento à saúde das pessoas com deficiências, através de seis diretrizes, são elas:

1) Promoção da Qualidade de Vida das Pessoas Portadoras de Deficiência, a qual busca assegurar a igualdade de oportunidades, independência, dignidade social e a participação, como dentro do SUS, na representação em Conselhos de Saúde;

2) Assistência Integral à Saúde¹⁰ da Pessoa Portadora de Deficiência, visa aumentar a cobertura assistencial em reabilitação para toda a população com deficiência, no entanto especifica que o atendimento integral na área da saúde deve ser global, não pensando apenas na deficiência;

3) Prevenção de Deficiências, planeja estratégias para a redução da incidência de deficiências através de ações educativas e informativas, dirigidas a todos, no atendimento pré-natal, vacinação, etc;

¹⁰ O conceito de saúde é articulado com outros conceitos, como o de ambiente, considerando-se as dimensões físicas, a exemplo de água, esgoto, resíduos sólidos domésticos e industriais, controle de vetores, dentre outros, e os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais, para enfatizar a necessidade de ambientes saudáveis (FRANÇA et al, 2010).

4) Ampliação e Fortalecimento dos Mecanismos de Informação, busca fomentar a realização de estudos epidemiológicos e clínicos, cadastros e levantamentos de infra-estrutura, dentro do SUS;

5) Organização e Funcionamento dos Serviços de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, o nome mesmo já diz, promove a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência, comportando ações e serviços voltados aos três níveis: atenção básica, atenção ambulatorial especializada e atenção ambulatorial e hospitalar especializada e;

6) Capacitação de Recursos Humanos, dá prioridade à capacitação dos profissionais e formação de equipes interdisciplinares para a reabilitação das pessoas com deficiência, através de treinamentos e cursos (BRASIL, 2008).

Em resumo, a Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência abrange todas as necessidades da pessoa com deficiência referente ao atendimento dentro da área da saúde, seu intuito é melhorar a qualidade de vida dessas pessoas com foco na reabilitação e adaptação social adequada, garantindo emprego, educação, lazer e saúde.

5.4 Dificuldades das Pessoas com Deficiência: Elas existem?

Com tantas leis que deveriam garantir os direitos e deveres das pessoas com deficiência, a dificuldade maior é justamente conseguir esses direitos na prática. Há exemplos disso nas entrevistas que são citadas no desenvolver deste estudo, onde a distribuição de medicamentos pode faltar alguns meses, sendo a família obrigada a escolher entre o medicamento ou o alimento. Outra dificuldade citada é o preconceito, seja no trabalho, nas ruas ou até mesmo na família.

A família deveria ser a principal estrutura para a independência e inclusão social das pessoas com deficiências, porém, muitas vezes, acaba impedindo que a mesma frequente escolas e outros locais públicos, levando ao isolamento. Isso ocorre muitas vezes com o intuito de proteger a pessoa, evitando que os/as colegas caçoem na escola, batam ou pratiquem outros tipos quaisquer de maus-tratos. Porém, mesmo que a intenção seja boa, essas atitudes podem representar a

negação do problema e também constituem uma forma de violência contra as pessoas com deficiência (VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR, 2001).

É comum observar crianças, adolescentes e adultos com deficiência intelectual ou com alterações de comportamento, como hiperatividade, autismo ou irritabilidade, sendo contidas com cordas ou isoladas em quartos sem qualquer estímulo, inclusive internadas em instituições. Em alguns casos, observa-se ainda a administração exagerada de medicamentos, como calmantes e sedativos.

Além da violência física, psicológica, o abuso e a exploração sexual, a negligência e o abandono, deve-se também investigar a existência de outras formas de violência, comuns contra estes indivíduos: a exploração financeira (retenção de pensões ou aplicação de valores sem o conhecimento ou consentimento da pessoa interessada) e a violação civil (negar privacidade, informação, visitas, direitos civis, convívio social, entre outros).

A ONU (Organização das Nações Unidas) relata que mulheres com deficiência sofrem várias desvantagens, incluindo a exclusão motivada por questões de gênero e também por suas deficiências. Segundo a ONU, as meninas e mulheres com deficiências são ainda mais vulneráveis à violência doméstica ou intrafamiliar e sexual. Sabe-se que meninas com deficiência intelectual podem ser submetidas à exploração sexual porque, em geral, tem pouca capacidade de raciocínio lógico, boa afetividade e não sabem defender-se. Um estudo feito em Orissa (Índia), em 2004, aponta que quase todas as mulheres e meninas com deficiência intelectual sofrem ou já sofreram violência doméstica, 25% das mulheres com deficiência já foram estupradas e 6% das mulheres do local foram esterilizadas a força. No entanto, destaca-se aqui que há graus muito variados de deficiência intelectual e que o exercício da sexualidade é um direito da pessoa humana, porém com o conhecimento e consenso da pessoa (MAIA; RIBEIRO, 2010).

Campos (2008) realizou um estudo identificando o preconceito¹¹ vindo da própria pessoa com deficiência - o chamado auto preconceito - com resultados positivos na diferentes deficiências. Segundo a autora, um estudo de Nogueira e colegas (2002) investigou e analisou diversos outros estudos de 1983 até 1999, na

¹¹ Para Campos (2008) o preconceito, em relação à deficiência, tem origem no próprio conceito de deficiência, já que o próprio ato de nomear o deficiente já implica no preconceito.

área da Educação e Psicologia, onde os resultados mostram as mais distintas percepções das pessoas com deficiência sobre o seu próprio eu. Nesses resultados, as pessoas com deficiência intelectual possuem certa “negação a sua imagem” e as escolas têm um papel fundamental na construção da sua identidade em relação a sua deficiência, no entanto, gera a própria autodesvalorização. Por isso é conveniente comentar sobre a educação inclusiva. Afinal, o que é educação inclusiva?

A inclusão é a perspectiva da educação aberta a diversidade de todos os alunos (FIEGENBAUM, 2009). A educação inclusiva deve iniciar ainda na educação infantil, onde os princípios básicos para a construção do conhecimento são mais absorvidos. Através do lúdico com a riqueza de estímulos em aspectos físicos, cognitivos, psicomotores, emocionais e sociais favorecem as relações interpessoais.

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008, p.14) tem como objetivos:

[...] assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino para garantir: acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

A educação inclusiva não exclui a educação especial, pelo contrário, na educação inclusiva, as escolas regulares devem ter profissionais especializados para atender as pessoas com deficiência, como professores que saibam libras, tecnologia assistida e adaptações para o melhor aprendizado do aluno com deficiência.

Abaixo segue uma imagem tirada em uma escola pública em Paranaguá. O professor de educação física desenvolveu uma brincadeira onde o aluno com deficiência também pode participar. São essas pequenas mudanças na vida dessas

crianças, que favorecem o seu desenvolvimento, mesmo dentro dessa nossa sociedade preconceituosa.

Figura 1: Educação Inclusiva em Paranaguá.



Fonte: Projeto PET Saúde, 2014.

O objetivo da inclusão na escola é a diminuição do estigma sobre a deficiência. Deve-se ter em vista que, para a inclusão na escola serão necessárias mudanças no ensino regular, nas estruturas arquitetônicas das escolas (AGUIAR, 2014) e capacitação dos profissionais da educação (GALLO, ORSO, FIÓRIO, 2011). No entanto, é um método de ensino de extrema importância para a inclusão e respeito com as pessoas com deficiência.

Ainda sobre os resultados do estudo de Nogueira et al (2002), sobre o auto-preconceito das pessoas com deficiência, as pessoas surdas quando descobrem a diferença entre os ouvintes, procuram se envolver mais com outras pessoas surdas e ainda assim sentem a dificuldade em adaptar-se a nossa sociedade, já que os ouvintes são predominantes. As pessoas cegas podem apresentar sentimentos de frustração, desejo pela reabilitação, desconfiança das pessoas e dificuldade em falar sobre a falta de visão. Já os estudos sobre o preconceito próprio da pessoa com deficiência física são dificilmente encontrados, porém mostraram que há a percepção do tratamento diferenciado dentro da sociedade e que isso leva a desdenhar suas capacidades físicas.

Digamos que eu ainda tô me encaixando no mundo lá fora, na sociedade. A minha maior dificuldade no mundo lá fora, é o olhar crítico das pessoas. Porque eles me olham com dó. Eles me olham como que 'não tem que tá aqui, essa pessoa tem que tá em casa!'. (Relato do Caso 4, amputação do antebraço, p.59).

O trecho acima é uma demonstração do preconceito através da violência simbólica. Os olhares críticos dos demais cidadãos são geralmente relacionados aos sentimentos de dó ou repulsa e, quando a pessoa com deficiência percebe ser o centro desses olhares, sente-se machucado, triste ou até ofendido. A violência simbólica trata-se dessas ações superficiais que promovem a ideia de que um ser é superior ao outro, onde muitas vezes, a pessoa que sofre a violência, nem sente participar dessa idealização.

A acessibilidade é fundamental em todos os locais públicos e privados. Como o significado de um comentário feito no II Fórum de Acessibilidade em Paranaguá, realizado em 2014, *“onde houver acessibilidade, não haverá deficiência”, ou seja, a pessoa com deficiência que vai a um local com acessibilidade, não precisa pedir ajuda a outras pessoas, torna-se independente, deixa de ser incapaz. Isso leva a pessoa com deficiência a sentir-se dentro da sociedade como igual e é essa a percepção que deveria ser universal. Assim como também, em locais com acessibilidade, as pessoas não focam seus olhares na pessoa com deficiência, pois não a veem como diferente, já que elas desenvolvem suas capacidades como todas as outras. No entanto, as barreiras produzem a visão de que a pessoa com deficiência depende de alguém, que não é capaz de ir aos locais sozinha ou que “deveria ficar em casa” como o relato acima mostra.*

Seria a acessibilidade uma forma da própria pessoa com deficiência se aceitar no meio dessa sociedade? Além da informação, não seria a acessibilidade uma forma objetiva de abolir a discriminação contra as pessoas com deficiência? Mas afinal, do que se trata tanto a acessibilidade? Quando começamos a falar sobre acessibilidade, já é automático pensar nas ruas, rampas, corrimões, pisos táteis, semáforos sonoros, mas há inúmeras outras formas de acessibilidade. Trata-se da adaptação dos locais para que usuários de cadeira de rodas, amputados e pessoas cegas possam mobilizar-se para qualquer local.

Abaixo seguem duas fotos tiradas em Curitiba:

Figura 2: Rampa destruída em Curitiba.



Fonte: Da autora, 2015.

Figura 3: Semáforo Sonoro da Rua XV.



Fonte: Da autora, 2015.

A Figura 2 mostra uma barreira arquitetônica que dificulta a locomoção de pessoas usuárias de cadeira de rodas, em um bairro nobre de Curitiba. Na escuridão da noite há certa dificuldade em ver que a rampa está quebrada, isso gera perigo não apenas às pessoas com deficiência, mas principalmente elas. A Figura 3 também foi tirada em Curitiba e mostra um semáforo sonoro que tem na Rua XV, no centro de Curitiba. O semáforo sonoro auxilia o cego a atravessar as ruas com maior segurança, adaptação e independência.

Uma das pessoas entrevistadas em Paranaguá, com deficiência visual (Entrevista 5), comenta sobre a necessidade de implantação de semáforos sonoros no município, assim como também da colocação de pisos táteis, segundo ela “*para se utilizar o termo acessibilidade, Paranaguá tem um longo caminho a percorrer*”.

Algumas imagens de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Escolas Públicas de Paranaguá, tiradas pelos responsáveis pelo Projeto PET Saúde e Educação – *Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência* mostram essas ‘falsas projeções’ de acessibilidade.

Figura 4: Rampa que termina na parede.



Fonte: Projeto PET Saúde, 2014.

Figura 5: Banheiro não adaptado.



Fonte: Projeto PET Saúde, 2014.

A Figura 4 mostra uma rampa que termina em um muro fechado. A Figura 5 mostra um banheiro que parece ser adaptado devido as barras nas paredes, no entanto se percebe que não há condições de realizar a manobra de cadeira de rodas para se posicionar corretamente. Neste banheiro, não há metragem a qual uma cadeira de rodas possa ser manuseada e posicionada ao lado da patente. Além disso, não tem uma porta, rejeitando a privacidade do usuário do banheiro.

Outras imagens foram tiradas de Unidades Básicas de Saúde. A primeira mostra um banheiro com todo o espaço para ser acessível à usuários de cadeiras de rodas, no entanto, o banheiro não tem barras para suporte durante as transferências. A segunda imagem mostra uma entrada adaptada, ampla e com uma rampa adequada, no entanto não tem corrimãos, tornando-se uma 'falsa' acessibilidade.

Figura 6: Banheiro sem barras.



Fonte: Projeto PET Saúde, 2014.

Figura 7: Rampa sem corrimão.



Fonte: Projeto PET Saúde, 2014.

Um estudo realizado por França et al (2010) em Brasília, mostrou a prática da violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às UBS, através da não adequação a NBR9050, direcionada aos parâmetros e padrões de acessibilidade arquitetônica às pessoas com deficiência. Para os autores:

[...] as barreiras arquitetônicas e atitudinais são representações da violência simbólica instituída, em parte, pela naturalização da ação dos atores sociais e das instituições e, em parte, pelo desconhecimento do ordenamento jurídico que ampara esses indivíduos. (FRANÇA et al, 2010, p.965).

Falaremos mais sobre a violência simbólica no decorrer deste trabalho.

O Relatório Mundial da OMS destacou o transporte público de Curitiba, como exemplo de transporte público acessível às pessoas com deficiência, com uma estratégia de sensibilização voltada aos motoristas e funcionários. A OMS cobrou esforços para melhorar o acesso de pessoas com deficiência a serviços básicos, além da adoção de uma estratégia voltada para o segmento. Segundo a instituição, os governos devem trabalhar também para sensibilizar a sociedade sobre o tema e apoiar pesquisas e capacitação de profissionais (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Quanto a capacitação de profissionais, foi discutido com a coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz

sobre a utilização do espaço da Universidade Federal do Paraná, Setor Litoral, para palestras que possam estar disponíveis tanto para acadêmicos como para os funcionários, assim os futuros profissionais já terão a capacitação sobre como se direcionar e trabalhar com pessoas com deficiência, diminuindo as chances de discriminação e violência contra as pessoas com deficiência.

Entende-se que a acessibilidade institucional demonstra o cuidado, dedicação, responsabilidade e envolvimento dos profissionais com o suprimento das necessidades humanas básicas das pessoas cuidadas. Segundo França et al (2010, p.965) é dever do enfermeiro, assegurar o acesso, também, *“o cumprimento dos preceitos legais oriundos da Lei Nº 7.498/86, no concernente ao artigo 11 que, privativamente, lhe delega a organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares; o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem”*.

As pessoas com deficiência entrevistadas neste estudo sugeriram que a falta de informação seja a causa da discriminação e dos preconceitos que elas sofrem. Essa capacitação poderá ser também voltada aos pais e familiares de pessoas com deficiência, cujo essas pessoas podem não ter acesso a essas informações, ou apenas para dividir as dificuldades com outros pais de pessoas com deficiência.

6. VIOLÊNCIA

A violência se manifesta de diversas formas e independente disso, todas elas afetam diretamente a vida e o desenvolvimento das pessoas, principalmente na infância e quanto mais desprovida de recursos para se defender a pessoa for, maiores as chances de se tornar uma vítima.

É encontrada nos primórdios da humanidade e encontramos dificuldade em confirmar a sua causa, já que segundo alguns psicanalistas a sua causa é o instinto agressivo do ser humano e outros estudiosos defrontam confirmando que a violência é adquirida através da aprendizagem por observação de modelos, ou pela experiência vivida ou influência (RISTUM e BASTOS, 2004).

Garbin et al (2006) citam as 9 razões da violência doméstica dadas por Langley e Levy (1980), sendo divididas nas seguintes categorias: doença mental; ingestão de álcool ou uso de drogas; aceitação da violência por parte do público; falta de comunicação; sexo; auto-imagem vulnerável; frustrações; mudanças; violência como recurso para resolver problemas. Para os autores, o sentimento de posse, por exemplo do homem sobre a mulher ou da mãe sobre a criança, e a impunidade, generalizam a violência.

Ainda assim, as causas reais da ação violenta contra outra pessoa dependem de uma análise, pois pode variar devido ao temperamento do agressor ou agressora, as razões pessoais que ele pensa ser motivo da violência, se tinha consciência ou não do ato violento a ser cometido, enfim, a origem da violência deve ser estudada, pois cada caso é um caso.

6.1 Conceitos

Segundo a OMS a violência é o uso intencional da força física, ameaça ou do poder real contra si próprio ou contra outras pessoas, grupos ou comunidade, que resulte em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (TOLEDO, 2013).

Chauí (2003, p. 42) conceitua a violência em cinco sentidos:

1) Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (desnaturar); 2) todo ato de forçar contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (coagir, constranger, torturar ou brutalizar); 3) todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (violar); 4) todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade define como justas e como um direito; 5) conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, servícia e abuso físico ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo ou terror.

Zeferino Rocha (1996), em sua obra inspirada na psicanálise freudiana, contextualiza alguns ditos, temas-chaves, fazendo uma análise do drama de Heloísa e Abelardo¹². O autor também conceitua a violência, mas de forma mais profunda (1996, p.10):

A violência, sob todas as formas de suas inúmeras manifestações, pode ser considerada como uma vis, vale dizer, como uma força que transgride os limites dos seres humanos, tanto na sua realidade física e psíquica, quanto no campo de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas. Em outras palavras, a violência, sob todas as suas formas, desrespeita os direitos fundamentais do ser humano, sem os quais o homem deixa de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres, e passa a ser olhado como um puro e simples objeto.

Sendo assim, a violência, embora sempre vista como a agressão física, trata-se da proibição do próprio exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas, principalmente pessoas com deficiência, ou seja, o direito à saúde, a liberdade de expressão, o direito à vida e a acessibilidade.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (2013) considera como violência as ações ou omissões que causem dano, sofrimento físico ou psicológico, ou morte, sendo essas praticadas tanto em local público como privado.

As classificações de violência são diversas e dependem da sua origem e forma em que se apresenta. Por exemplo, a violência física é representada pelo uso da força física contra outra pessoa, mas ela pode ter origem, tanto pelo preconceito do

¹² No século XII, Heloísa avistou, durante um passeio, Abelardo em um grupo de meninos, na época um grande teólogo. Nesse momento viram-se apaixonados e tornam-se amantes com a proibição do tutor de Heloísa. Ambos tiveram um filho e se casaram escondidos, nisso o tutor de Heloísa ficou inconformado e planejou o sequestro de Abelardo, castrando-o como forma de castigo por seu 'pecado'. Então separados, Abelardo com grande sentimento de vergonha, se escondeu na abadia de Saint-Denis e pediu para que Heloísa, em profunda depressão, se encaminha-se a vida monástica também (ROCHA, 1996).

sexo (violência de gênero) como pela discriminação da raça ou etnia (violência racial) da vítima. Assim como também pode haver a violência psicológica dentro de instituições, como asilos.

A violência cultural é expressa por meio de preconceitos contra uma cultura, ou uma ideologia. Segundo Toledo (2013), a violência cultural pode ser dividida em violência de gênero e violência racial ou étnica. A primeira trata-se da opressão ou dominação, manifestada no cotidiano em relação ao poder desigual entre os gêneros, sendo o machismo uma forma de violência de gênero contra as mulheres ou grupos LGBT. A segunda, violência racial/étnica acontece com a discriminação da origem, cor da pele ou tipo do cabelo de uma pessoa, muitas vezes acompanhada pela desigualdade social, por exemplo a escravidão de pessoas negras, com origem africana.

As mulheres, crianças, idosos/as e pessoas com deficiência estão entre as principais vítimas de violência doméstica e violência familiar, enquanto que homens (companheiro/ex, pai/padrasto, filho/neto) constituem a maioria dos agressores (VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR, 2001). Mas é importante lembrar que não são apenas os homens violentos, mães e madrastas também apresentam-se como agressoras contra seus filhos/as e enteados/as.

6.2 Tipos de violência

A violência pode ser reproduzida em singulares tipos, como a violência psicológica, urbana, física, moral, doméstica, institucional, patrimonial, negligência, violência de gênero, violência sexual e violência simbólica. Todas são realizadas, na maioria dos casos, de maneira intencional.

A violência urbana é a violência que ocorre na sociedade, nas ruas, como brigas, assalto, agressões física ou verbal, sequestro, suicídio, tortura, abuso sexual, agressão com arma branca ou arma de fogo, entre outros (RISTUM e BASTOS, 2004).

A negligência também é considerada uma reprodução da violência, pois se caracteriza por maus-tratos. A negligência é a omissão de responsabilidade de um

ou mais membros da família em relação a outro, ou do Estado em relação ao seu povo, sobretudo àqueles que precisam de ajuda devida a idade ou deficiência, permanente ou temporária (ALMEIDA, 2010).

Segundo Guimarães (1985) a negligência é o resultado do descuido, da falta de atenção e desleixo dos profissionais da área da saúde. O autor destaca a seguinte reflexão: “*O abandono ao doente é o tipo mais clássico de negligência médica*” (FRANÇA, 1975 *apud* GUIMARÃES FILHO, 1985). A negligência e o abandono se enquadram nos mais graves tipos de maus tratos, ainda mais quando se direciona a uma criança ou uma pessoa com deficiência, tornam-se violência psicológica e/ou moral.

Os maus tratos podem ser de ordem física como a falta de cuidados pessoais, agressões, excesso de medicamentos, reclusão e tratamento rude. Quando psicológicos, os maus tratos podem ser apresentados por excesso de palavrões verbais, isolamento, intimidação, privações emocionais e ameaças em relação e familiares (WILLIAMS, 2003).

A violência institucional se atribui a violência cometida justamente pelos órgãos e agentes públicos que deveriam se esforçar para proteger e defender os cidadãos, como abrigos e centros de detenção juvenil. A violência institucional do Estado ocorre quando o mesmo não promove os direitos assegurados na Constituição e leis.

O Art. 7º do Capítulo II - Das formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, da Lei nº 11.340, denominada “Lei Maria da Penha”, define as formas de violência que podem ser sofridas, entre elas:

- I. A violência física:
“*Entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal*”.
- II. A violência psicológica:
“*Entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação*”.
- III. A violência sexual:

“Entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, manter ou participar de uma relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força, que a induza a comercializar ou utilizar a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo, ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou a prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação, ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”.

IV. A violência patrimonial:

“A qual pode ser entendida como qualquer conduta que configure retenção, destruição de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direito ou recursos econômicos”.

V. A violência moral:

“Entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria”.

Ou seja, a Lei Maria da Penha configura como violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, no âmbito da unidade doméstica ou da família.

O Ministério da Saúde possui um caderno de orientações com o título: *Violência Intrafamiliar* (2001, p. 15), o qual define a violência familiar como *“[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou até a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”.*

A violência intrafamiliar (ou violência familiar) pode ser praticada dentro ou fora do lar, por algum parente ou até por pessoas que passam a assumir uma função parental, sem laços sanguíneos e em relação de poder à outra. Já a violência doméstica diferencia-se da violência intrafamiliar (ou familiar) por poder acontecer com outros membros, sem função parental, mas que convivam no espaço doméstico, ou seja, na residência. Incluem-se aí empregados/as, pessoas que convivem esporadicamente, cuidadores/as e agregados/as (SEMPREVIVA, 2005; GARBIN *et al.*, 2006). A violência doméstica terá necessariamente como palco o espaço que por muitas pessoas é tido como o mais seguro: o lar.

Segundo Signorelli (2011, p. 16) *“a violência doméstica é a violência que ocorre dentro do lar permanente da vítima, que pode ter como agressor ou agressora: o/a cônjuge, o/a filho/a, o pai ou a mãe, ou homens e mulheres que habitam a mesma casa”.* O autor ressalta a importância em destacar as peculiaridades de tais conceitos de violência: quando doméstica e quando intrafamiliar.

O Ministério da Saúde possui um caderno de orientações com o título: *Violência Intrafamiliar* (2001, p. 15), o qual define a violência familiar como “[...] *toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou até a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família*”.

Heidi L. Strickler (2001) comenta sobre um estudo em que Nosek, Howland e Young (1997) enumeraram 9 os fatores que podem ser responsáveis pelo aumento de risco de violência contra as pessoas com deficiências, são eles os seguintes:

- 1) *dependência significativamente maior de outras pessoas para cuidados em longo prazo do que para seus correspondentes não-deficientes;*
- 2) *percepção de ausência de poder tanto pela vítima quanto pelo agressor;*
- 3) *percepção, pelo agressor, de menor risco de ser descoberto e punido;*
- 4) *os relatos das vítimas deficientes obtêm menor credibilidade;*
- 5) *menor conhecimento pela vítima do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade;*
- 6) *isolamento social, o que pode aumentar do risco de ser manipulado por outros;*
- 7) *potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos,*
- 8) *valores e atitudes mantidos por profissionais na área de educação especial em relação à integração, sem considerar a capacidade do indivíduo de autoproteção;*
- 9) *dependência econômica da maioria dos indivíduos portadores de deficiência mental.*

Se observarmos os 9 fatores sugeridos pelos autores, pode até fazer sentido a contribuição para o abuso da pessoa com deficiência, pois tratam-se de pessoas, algumas vezes, facilmente manipuladas, dependentes e por vezes, pouco informadas sobre os seus direitos. Isso não quer dizer que todas as pessoas com deficiência se enquadrem nesse perfil, não podemos generalizar o grupo.

As mulheres são discriminadas na sociedade e sofrem violência apenas por terem nascido mulheres. A imagem que a sociedade impõe às mulheres, é que devem ser “frágeis, maternais e dóceis”, enquanto que os homens devem ser “fortes, viris e provedores”. Esse dito estereótipo vem desde os primórdios. Desde a Idade da Pedra, onde o homem deve ser o caçador e a mulher a cozinheira. Esta imagem criada sobre os sexos gera uma hierarquização de poder, onde as mulheres tornam-se subordinadas aos homens (SOUZA e CASSAB, 2010).

A violência de gênero¹³ é uma das expressões dessa divisão de poderes que limita, não só a vida das mulheres, mas também a dos homens quando, por exemplo, restringe sua possibilidade de manifestar seus sentimentos, através do choro, da suavidade ou da beleza, de cuidar dos filhos e da casa (SOUZA e CASSAB, 2010)..

Como diz Rachel Soihet (1997, p.3): *“O corpo feminino é utilizado para negar toda a possibilidade de comparação entre homens e mulheres, em termos de um critério comum de cidadania”*. Pensando assim, a inferioridade da mulher terá suas raízes na diferença sexual e irá se estender em todo o seu ser, inclusive em matérias intelectuais. Segundo a autora, no século XVI e XVIII, a violência não mais se apresentava em agressões físicas, mas através *“de uma normatização na cultura, da discriminação e submissão feminina”*. Ou seja, a violência física (bruta) foi substituída por ‘lutas simbólicas’.

Hoje a violência de gênero repercute, além de mulheres e feministas, grupos LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, travestis e transexuais). Pode ser manifestada através de preconceitos, ameaças, agressão física e psicológica, abuso sexual, constrangimentos, assédio moral, entre outras ações que atinjam o bem-estar do outro, tendo as desigualdades de gênero ou de orientação sexual como ‘razões’.

Voltando ao tema violência geral, não necessariamente a violência vá aparecer sozinha, como um tipo apenas. A vítima de violência física também sofre a violência psicológica. A violência sexual reproduz tanto a violência física como também a psicológica que segue com traumas e em alguns casos, transtornos mentais. Ou seja, a vítima de violência sofre consequências em todos os sentidos, apenas varia dependendo do tipo de violência sofrido. Deveríamos então chamar de violência múltipla? Já que a vítima não se submete em apenas uma violência, mas em duas, três ou mais tipos (SOUZA et al, 2012).

¹³ O conceito de sexo está ligado às diferenças fisiológicas das genitálias da fêmea (vagina) e do macho (pênis). O gênero é uma categoria criada para analisar as relações entre mulheres e homens e como elas são construídas cultural e socialmente (SOUZA e CASSAB, 2010).

6.3 Banalização

A banalização referente a questão da violência, influencia a impunidade da mesma. Maria Laurinda Ribeiro de Souza (2000), psicanalista, escreveu um texto a respeito da banalização da violência, a qual é demonstrada em diversos atos em nosso dia a dia, porém acaba sendo ignorada ou até mesmo não sendo reconhecida como violência (violência simbólica).

Souza (2000) coloca como violência as atitudes que parecem insignificantes, mas que são julgadas como violência, um exemplo é o ato de deixarmos roupas jogadas ou jornais espalhados para que a empregada os guarde, transformando-a em uma escrava disfarçada. Outro exemplo é a violência com os filhos, que são deixados ao relento das ruas, ou aos acasos da televisão, com jogos eletrônicos e computadores; ou como são divididas as tarefas da casa, sendo na maior parte dos casos, as filhas mais atarefadas que os filhos. E aí entram as questões de gênero, a denominada violência de gênero.

Essas atitudes que parecem singelas, escondem a violência simbólica, já que se configura o papel de um dominado e um dominante, ou a própria negligência em relação aos cuidados dos pais com seus filhos.

Como diz Parente (2007, p.8) *“a banalização de situações violentas vivenciadas por algumas mulheres ao longo da história parece ter contribuído para a naturalização desse fenômeno, pois apesar dos discursos oficiais e das políticas públicas preconizarem a noção de que as mulheres rompam o silêncio da dominação e da submissão aos atos violentos, a realidade na consecução desse processo é contraditória”*. Seria então a banalização culpada pela impunidade sob os atos de violência?

Para Minayo (1994), é preciso que os profissionais da saúde estejam alertas aos eventos violentos e traumatismos que, na maioria das vezes, não são acidentais e nem fatalidades, mas podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

6.4 Políticas

Algumas políticas já foram citadas no decorrer deste trabalho, mas como neste contexto trata-se da punição da violência, a lei que não poderia deixar de ser comentada neste trabalho é a Lei Maria da Penha.

A Lei n.º 11.340, denominada “Lei Maria da Penha”, foi criada no dia 07 de agosto de 2006 e tem como objetivos prevenir, punir e visar erradicar a violência doméstica ou familiar contra as mulheres. Essa lei assegura às mulheres, independente de idade, religião, renda, orientação sexual, raça/etnia, classe, cultura ou nível educacional, gozar dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservação da sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

O Art. 44 da Lei Maria da Penha altera o Código Penal (art. 129 do Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940) menciona que quando a lesão for praticada contra ascendente, descendente, irmão, companheiro, cônjuge, ou quem conviva ou tenha convivido em sua residência, a pena é de três meses a três anos. E caso a lesão (o crime) for acometida contra a pessoa com deficiência, a pena será triplicada. O juiz também pode determinar o comparecimento obrigatório do agressor em programas de reeducação e re-socialização.

7. VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A violência simbólica é uma forma singular de violência, sutil e invisível aos olhos de quem a reproduz e de quem a sofre. A própria percepção de um ser dominante (por exemplo o papel do marido ou de um cuidador/a) e outro submisso (por exemplo a mulher ou o idoso/a) é a reflexão da violência simbólica (SERRA, 2010). As pessoas com deficiência, por serem na maioria das vezes, desprovidas de recursos para a sua defesa, passam a ser vítimas mais frágeis da violência, simbólica ou não.

A negligência, caracterizada pelo abandono e descuido da pessoa com deficiência, reflete a violência simbólica e pode ser reproduzida tanto por familiares como pelo Poder Público, quando não corresponde as necessidades e direitos da pessoa com deficiência.

7.1 Violência que não aparenta ser violência.

Segundo Mendonça (1996, p.25) a violência simbólica é *“um modo súbito, eufemizado e invisível de dominação, que impede seu reconhecimento enquanto tal”*. Já Gomes (2008, p.240) resume a violência simbólica como *“uma violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou, mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento”*. Ou seja, a violência simbólica é realizada através de atos singelos, invisíveis, imperceptíveis ao olho de quem a realiza e de quem a sofre.

A violência simbólica é utilizada como uma afirmação de poder do mais forte sobre o mais fraco - inferiorização. Segundo Pierre Bourdieu (1989), trata-se da dominação do ser dominado, ou seja, é um conceito que corresponde a criação de crenças e valores que, socializados, se “naturalizam” no processo de dominação/exclusão dos indivíduos.

A violência simbólica apenas triunfa se aquele que a sofre contribui para a sua eficácia. Ou seja, a violência simbólica só o submete na medida em que ele é predisposto por um aprendizado anterior a reconhecê-la (CHARTIER, 1995).

Almeida (2010, p.7) comenta que o processo educacional pode ser considerado como uma forma de violência, sabendo que o mesmo procura “*ordenar e adequar pulsões direcionando-as, organizando condutas e pensamentos, através da ética, da moral, regras e normas, de modo a civilizar o sujeito para sua própria preservação e convívio coletivo*”. Vendo por esse lado, há certa violência ‘a ser desejada’ que colabora para a estruturação do sujeito e da sociedade. Essa violência desejável faz parte do processo de adaptação necessário ao desenvolvimento, bem-estar, à vida e depende de critérios e especificidades de cada cultura.

Caracterizar a submissão imposta às mulheres como uma violência simbólica ajuda a compreender como a relação de dominação, que é uma relação histórica e cultural, afirmada como uma diferença de natureza, radical, irreduzível, universal (CHARTIER, 1995). Essa submissão se enquadra às pessoas com deficiência, que também tem a falsa imagem de serem sempre frágeis e dependentes, submissas aos cuidadores e ao Estado.

Para França e col. (2010, p.965) “*uma vez naturalizada, a violência simbólica induz os indivíduos a se posicionarem no espaço social orientando-se pelos critérios e padrões do discurso dominante*”. Sendo assim, a violência simbólica se estabelece com o consentimento de quem a sofre dado que ela não é percebida como tal.

7.2 Entrevistas

Foram acompanhadas 8 entrevistas com pessoas com deficiência em Paranaguá, realizadas pelo grupo PET Saúde. Dessas 8 entrevistas, apenas uma foi removida, pelo fato de a entrevista não contribuir com o tema do trabalho, a violência simbólica. As questões aos entrevistados foram feitas pelos bolsistas do PET Saúde, sendo elas: 1) Qual o diagnóstico das pessoas com deficiência?; 2) Quais as insatisfações quanto à saúde?; 3) Se há falta de acessibilidade e aonde?; 4) Se gostariam de fazer solicitações e/ou reclamações para os governantes ou representantes da saúde?.

Nas idas as casas dos/as entrevistados/as, observamos a simplicidade dos lares e comunidades. As ruas eram de barro e esburacadas, havia corredores

estreitos e casas precárias, ou seja, os entrevistados/as eram de classe média baixa.

Além das entrevistas com as pessoas com deficiência, foi realizada outra entrevista, com a coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz. Para esta entrevista foi levado um roteiro com algumas questões, que se encontra como o Anexo 1.

7.2.1 Pessoas com Deficiência: Trechos do caderno de campo

Os nomes dos entrevistados são fictícios, para não expor os entrevistados diante deste trabalho.

Abaixo há uma tabela com as identificações dos entrevistados através do número da entrevista, nome fictício, patologia, tipo de deficiência e gênero:

Tabela 1 – Dados das Pessoas com Deficiência Entrevistadas pelo PET Saúde.

Entrevista	Nome Fictício da Pessoa com Deficiência	Diagnóstico	Deficiência	Gênero
1	<i>Antônio</i>	Meningite	Física e Intelectual	Masculino
2	<i>Severino</i>	Encefalite Viral	Intelectual	Masculino
2	Carlos	Encefalite Viral	Física e Intelectual	Masculino
3	<i>Anita</i>	Paraplegia	Física	Feminino
4	<i>Rosa</i>	Amputação	Física	Feminino
5	<i>Margarida</i>	Cega	Visual	Feminino
6	<i>Tulipa</i>	Paralisia Cerebral	Física e Intelectual	Feminino
7	<i>Simone</i>	Autista	Intelectual	Feminino
8	<i>Sem Nome</i>	Sem Diagnóstico	Física e Intelectual	Masculino

Fonte: Da autora, 2015.

Alguns entrevistados não puderam responder ou por serem menores de idade, ou por serem dependentes para a fala e compreensão, nestes casos as respectivas mães responderam às questões aplicadas pelo Grupo PET Saúde.

Abaixo seguem as entrevistas com as PcD residentes em Paranaguá:

Entrevista 1 - Antônio

Natural da Ilha do Mel, Antônio, foi diagnosticado com Meningite e Paralisia Infantil aos cinco meses de idade. Começou a ficar desidratado e foi encaminhado para o Hospital Regional do Litoral, aonde foi tratado como se tivesse uma infecção intestinal, durante dias. Um mês depois, a mãe começou a perceber que o desenvolvimento motor da criança não estava adequado para a idade e o encaminhou para o Hospital Pequeno Príncipe em Curitiba.

[...] Ai chegou na fase dele engatinhar, não engatinhou, ai chegou na fase dele andar, não andou. Ai chegou na fase dele falar, não falou. Ai falei para ela (ACS) pra gente conversar com o médico pra ver o que o médico ia falar né, desse retorno [...]. Ai chegemo e falemo: - Doutor, ele não engatinha, ele quase não se move, quase do lugar [...]. Ai ele chegou e disse assim: - Não mãe, esse daí é a sequela do meningite e ninguém falou nada para você ainda? Ai eu digo: - Não, ninguém me falou. Daí ele assim: - Pô, mas podiam ter avisado já né [...].

O fato de os profissionais da área da saúde não terem avisado os pais sobre as possíveis sequelas da Meningite e da Paralisia Infantil, representa a negligência médica através do direito dos pais como previsto no Art. 28, do Capítulo II – Do Direito à Saúde do Estatuto da PcD, em que o parágrafo V garante a informação adequada e acessível às pessoas com deficiência e aos familiares sobre a sua condição de saúde.

O problema de não terem avisado a mãe, sobre as sequelas que o filho poderia ter, foi o tempo que ela levou para compreender o seu atraso. Será que, se a mãe soubesse as sequelas que o filho teria, não teria procurado profissionais adequados para estimular esse desenvolvimento? Será que, se os profissionais estivessem capacitados para o atendimento à pessoa com deficiência na infância, não teria orientado ou até encaminhado essa mãe para especialistas? O parágrafo VI, no Capítulo II do Estatuto da PcD, assegura a capacitação de profissionais para o atendimento às PcD e a garantia de orientações aos cuidadores familiares. Deveriam os profissionais da área de saúde, conhecer esses direitos da PcD?

Neste caso, o Antônio recebe o benefício mensal estabelecido como direito da assistência social à pessoa com deficiência (segundo o Art. 57, do Capítulo VII – Do Direito à Assistência Social, do Estatuto da PcD). Com o benefício, a mãe compra as fraldas e alimentos para o filho, além de materiais de higiene. Porém, há meses em

que o posto de saúde não fornece os medicamentos, sendo necessário comprá-los. Nesses meses, segundo a mãe, a família precisa emprestar dinheiro com os vizinhos. Na entrevista questionam sobre sugestões e críticas ao Poder Público, neste momento a mãe aproveita para comentar sobre a dificuldade com a obtenção da medicação do filho.

Por quê que falta o remédio lá (no posto), né? Porque se às vezes a gente não consegue comprar, tem que emprestar dinheiro pra comprar, né. E se as pessoas não são, os irmãos não são unidos e sacudidos para ir emprestar? Porque às vezes tem vergonha [...]. Às vezes tem uma cartela só e eu já aviso eles [...]. Ai eu vou pegar a receita primeiro, pra depois avisar eles né, que já estou com a receita na mão, então ele vai lá: – Po mãe, não tinha remédio no posto e agora? [...] Ai eu queria saber, porque que falta? Porque isso ai é uma coisa que não pode faltar, né. [...] E ele é assim, né, todos são assim, porque quem toma essa medicação, se falta, não toma um dia, no outro dia já dá (crise), já dá e da forte, né.

Segundo o Art. 20, do DECRETO 3.298/99, o fornecimento de medicamentos que favoreçam tanto a estabilidade clínica, o controle das lesões que geram a incapacidade e medicamentos que auxiliam na limitação da incapacidade, faz parte do processo de reabilitação da pessoa com deficiência. Sendo assim, mais um direito da pessoa com deficiência, negligenciado, já que a medicação passa a estar em falta no posto de saúde responsável pelo atendimento do *Antônio*.

Na entrevista, não foi comentado se o *Antônio* teve atendimento fisioterapêutico ou psicológico, tendo em vista que no Capítulo II do Direito a Saúde, o Art. 29 estabelece o direito à habilitação e reabilitação durante todo o período necessário ou solicitado. Mas há vezes, dependendo da região em que a PcD mora, em que torna-se necessária uma viagem para outro município para que haja o atendimento e isso, causa certa dificuldade para o cuidador, que depende das datas marcadas e do transporte público.

A mãe do entrevistado também comenta sobre a questão da acessibilidade, que as ruas são esburacadas, atrapalhando e, às vezes, impedindo a locomoção do filho, principalmente em dias de chuva, onde os buracos ficam cheios de lama.

Assim como Martins e Jorge (2009) descrevem a negligência estrutural e social, ela pode ser representada através da pobreza, da violação dos direitos humanos, da desigualdade social e da impunidade. Identificamos neste caso, alguns

momentos onde a negligência por parte dos profissionais da saúde, assistência social e do Poder Público esteve presente. A mãe do *Antônio*, também vítima da violência simbólica camuflada na negligência, nem ao menos conhecia os seus Direitos e do seu filho. O diagnóstico precoce do *Antônio* poderia ter permitido uma melhor reabilitação e até mesmo, mais segurança e confiança aos pais, permitindo uma melhor preparação.

Este não é o único caso em que houve erro dos profissionais da saúde, porém o que destaca nesse caso é o fato da família se unir para ajudar o irmão. Nos outros relatos, dificilmente foram citados familiares na ajuda do tratamento e cuidados das pessoas com deficiências, em alguns casos até houve abandono por parte dos pais.

Entrevista 2 – Severino e Carlos

Mãe de dois filhos com deficiências motora e intelectual e uma filha que a ajuda com os cuidados de casa e com os irmãos, durante anos brigou pelos direitos dos filhos, contra o Ministério Público e a Prefeitura de Paranaguá. Sofreu negligência por parte do Hospital (através dos profissionais de saúde – enfermeira) e do transporte ofertado pelo município, conforme o relato a seguir:

Severino ficou doente com dois anos e seis meses, parou de andar, tudo, completamente. E a gente não sabia o que ele tinha no momento. Eu fiquei na fila do SUS por quase dois anos, esperando uma Ressonância, pra saber o problema dele. [...] Porque que ele parou de andar, porque que ele tinha tanta convulsão? E daí fui saber que era uma tal de Encefalite Viral e tinha uma pequena sequela no lado esquerdo do cérebro mas o médico disse que o desenvolvimento dele no decorrer do tempo a gente ia ver se ia ficar pior ou não.

O intervalo de dois anos para o diagnóstico desta criança pode ter influenciado a piora do quadro clínico e do prognóstico. A demora para a realização de exames por imagem, como a Ressonância Magnética, é outra dificuldade que os brasileiros encontram através do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto o Art. 28 do Capítulo II – Do direito à saúde, do Estatuto da PcD¹⁴, garante o diagnóstico precoce e prevenção de agravos à saúde da pessoa com deficiência.

¹⁴ O Art. 28 do Capítulo II – Do direito à saúde, do Estatuto da PcD garante a elaboração e implementação de políticas e programas de saúde visando a prevenção, o diagnóstico precoce e

A mãe dos entrevistados, responde às perguntas com a aparência de cansaço e exaustão. Suas olheiras estão afundadas, como se tivesse passado algumas noites em claro. E é exatamente isso que ela vem fazendo, aspirando e limpando o filho mais novo de 5 anos, acamado. E durante o dia, tem que se dividir para dar atenção as duas crianças. Então começa a falar do filho mais novo, o *Carlos*:

O Carlos, 5 anos e meio, nasceu perfeitinho, normal, tudo bonitinho. Com 11 meses, ele teve tipo muito choro, ele arrancava os próprio cabelo e eu achava que era uma dor de ouvido. Ai dei banho, dei remédio pra dor de ouvido, dei uma dipirona pra tirar a dor. Ai eu vi que ele não dormia, era 4h da manhã e ele tava acordado, só que não piscava, sabe? Ele ficava sempre com o olho arregalado. Ai chamei o pai dele, o pai dele falou que acha que não era nada, porque ele tava, ele continuava brincando, ele só não piscava. Ai acho que umas 06h30 ou 7h da manhã eu vi que ele ficou mole, mole e começou a virar o olho, começou a se babar. Ai eu peguei, corri e dei um banho nele e quando nós chegemo no hospital, o médico falou assim pra mim, que ele tava em coma. Ai eu falei assim: -Mas como em coma se ele tava bem? Daí ele falou: - Não, seu filho tá com suspeita de meningite, corra pro Hospital Regional de Paranaguá. Ai corri com ele e tudo, lá ele entrou convulsionando, foi uma convulsão atrás da outra. Ai precisaria de vaga na UTI e não tinha no Regional pra ele. Que eu achei um absurdo, um hospital deste tamanho e não ter vaga na UTI pra ele. Tinha vaga na UTI neonatal, que eles falam, então ela disse que ele era um bebezão grandão (se refere a enfermeira), de quase um ano e não tinha como colocar ele lá junto com os outros bebês. Ai resumindo, ele ficou quatro dias aqui jogado no berço, só com um pouquinho de oxigênio, sem entubar, sem nada. Daí que o médico falou, que se tivesse, as vezes, entubado ele, dado mais procedimento de UTI e tudo, talvez ele não voltasse tão debilitado. Porque ele sofreu muito. Daí deu parada respiratória nele. Daí a ambulância vinha de Cascavel para Paranaguá e estragou a ambulância. A ambulância chegou, quase meia noite pra ir buscar ele. Quando a ambulância chegou e achei que nem adiantava mais, que do jeito que vi ele, ele não tava respirando mais. Ai foi corre corre. Ai foi transmitido pra Curitiba, né.

O fato de não terem internado o filho na UTI, pode ter sido uma das causas da piora das convulsões do menino. Segundo o Art. 8º, da Lei 7.853, recusar e retardar ou até mesmo dificultar a internação, deixando de prestar assistência hospitalar ou ambulatorial, constitui um crime punível com reclusão de 1 a 4 anos e multa. Se não havia vaga na UTI do Hospital Regional de Paranaguá, não seria correto encaminhá-lo para outro Hospital? Talvez um hospital em Curitiba, facilitando assim o tratamento e diagnóstico preciso do menino? São essas as dúvidas deixadas pela mãe dos entrevistados. No momento, talvez não houvesse como interná-lo no hospital, mas como o menino sofreu uma parada respiratória, fica claro que o caso

era de alto risco e o hospital deveria assegurar a saúde do mesmo, talvez encaminhando-o no momento em que chegou ao hospital convulsionando, a outro hospital em Curitiba. Abaixo segue continuação do relato da mãe:

Ai ele voltou bonzinho até [...]. Aí uns quinze dias do hospital, ele tava bem, reagindo bem a fisio e tudo. Ai começou as convulsão nele. Teve várias convulsão. Tem dia que tem dez, quinze convulsão por dia. E daí a neuro falou que a crise dele é a que não tem controle. Então em fiquei alegre de ver na televisão o governo liberou a CBD, só que ele liberou pra quem tem dinheiro, né. E como a gente é pobre e não tem condições de comprar o remédio, o filho da gente fica convulsionando. Cada convulsão que dá, o médico falou que é um neurônio que vai embora. [...] O médico falou pra mim pra mim dá amor, carinho e cuidar bem até, um dia Deus chamar né.

O CBD que a mãe comenta na entrevista, é o Canabidiol, uma substância da Cannabis sativa. Há estudos que comprovam os benefícios e efeitos terapêuticos do Canabidiol como antipsicótico e ansiolítico, porém sugerem estudos de longo prazo, duplo-cegos e controlados com placebo para melhor avaliação. Sendo assim, o uso deste medicamento ainda é testado pelos cientistas e o preço deste tratamento ainda não é acessível a todos (SCHIER et al, 2012; CRIPPA et al, 2010). Segundo Pedrazzi e colegas (2014) até o momento, somente um medicamento que contenha o CDB é vendido no mercado, chamado Sativex – um spray bucal para uso analgésico, para uso de pacientes adultos com câncer em estágios avançados e para pacientes com esclerose múltipla, para o tratamento da espasticidade e da dor neuropática. Os mesmo autores não recomendam o uso deste medicamento disponível, para o tratamento dos sintomas da esquizofrenia, devido a sua composição.

A mãe de *Carlos e Severino* prossegue a entrevista revoltada, então comenta sobre a dificuldade em conseguir um benefício para os filhos.

Tive que entrar na justiça pra conseguir o benefício de um deles, porque o pai dele abriu uma micro-empresa, é assim que eles falam, mas não tá ativada ela. E eles falaram que eu não tenho direito, porque eu pago R\$500,00 de aluguel e porque a gente tem um carro. Daí eu falei: -Gente, se eu não pago o aluguel, como que eu fico com os meus filhos, na rua? O carro não é pra gente passear, pra gente se divertir, porque eu mesma não posso. Eu tenho que cuidar deles 24h [...]. Ai eles falaram que eu não tinha direito. Então eu consegui quase dois anos depois a do Carlos e do outro não consegui pelo fato de pagar o aluguel. Eu acho que o governo tinha que ver isso daí [...]. Será que ele vive com R\$500,00 com dois doente, né? Medicamento! Fralda! Seringa! [...] Se fosse pra mim comprar tudo, daria uns R\$2000,00!

Segundo o Art. 57 do Capítulo VII – Do Direito à Assistência Social do Estatuto da Pessoa com Deficiência, a pessoa com deficiência que não possui meios de prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, tem o direito ao benefício mensal de 1 salário mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas). Como a mãe tem dois filhos com deficiência, cabe a um advogado procurar meios em que a família possa sustentar as duas crianças, tendo em vista que a mãe permanece em casa para cuidar dos filhos em tempo integral e apenas o pai trabalha, mas não possui um salário fixo. A família também tem papel fundamental na questão financeira, caso a mãe não consiga sustentar os filhos, seus pais ou irmãos devem promover meios de ajudá-la.

Quando a mãe comenta nesta entrevista, que se fosse para comprar tudo o que ela utiliza para o cuidado dos meninos precisaria de R\$2000,00 por mês, incluindo todos os produtos necessários para o cuidado pessoal das crianças, como: medicamentos, fraldas, roupas, calçados, produtos de higiene, comida, sondas para a aspiração, etc. O que a deixa mais preocupada, é o fato de serem dois filhos, ou seja, a compra é dobrada. Segue a entrevista:

[...] então a gente corre muito, sabe, a gente não para. Até mesmo meu esposo disse que se fosse ele no meu lugar, acha que já tinha pirado já, porque é muito corre corre.

Neste relato, caberia dizer que há presença de questões de assimetrias de gênero, pois desde tempos antigos, a mãe tem tradicionalmente o papel fundamental de cuidar dos filhos enquanto o homem (o pai) trabalha fora de casa e tem apenas a obrigação de sustentar a família¹⁵. E se nesse caso, a mãe adoecesse, quem cuidaria das crianças? A filha mais velha? Será que o pai saberia como tratar os filhos sozinho?

A mãe de Severino e Carlos fica o dia inteiro aos cuidados dos dois, medicando, limpando, alimentando, cuidando da casa, etc. Ela é a responsável pelos agendamentos das consultas e exames, compra do material para higiene e comida, além dos medicamentos.

O Carlos a APAE não quis aceitar, ele foi um tempo, só que como ele começou a se engasgar muito e tem que usar o aparelho pra aspirar ele, a

¹⁵ Sendo aqui lembrado, que a família precisa de ajuda financeira, sendo ele o único personagem que trabalha.

APAE disse que não tem ninguém adequado pra fazer esse tipo de procedimento lá dentro. Então ele não tá indo.

Novamente o Poder Público segue com a negligência quanto ao Art. 41 do Capítulo IV – Do Direito à Educação, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, onde o mesmo incumbe, em todos os níveis e modalidades de ensino, assegurar, criar, desenvolver, implementar e incentivar os seguintes itens:

I – a convivência escolar num sistema educacional inclusivo;
II – a preparação da escola e o aprimoramento dos sistemas educacionais a fim de incluir todos os alunos com deficiência, inclusive através da disponibilização de tecnologias assistivas e cuidadores;
III – ações e programas que garantam a acessibilidade plena, o atendimento educacional especializado e o combate à discriminação;
IV – a adaptação dos currículos, métodos, técnicas pedagógicas e de avaliação a fim de que se garanta a aprendizagem com qualidade;
V – a adoção de medidas individualizadas que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, bem como a permanência na escola;
VI – produção e divulgação de conhecimento, bem como o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas;
VII - mecanismos de planejamento, revisão e avaliação de provisão educacional para crianças e adultos com necessidades educacionais especiais;
VIII - a participação de pais, comunidade e organizações de pessoas com deficiência nos processos de planejamento e tomada de decisão, concernentes à provisão de serviços para necessidades educacionais especiais;
IX – a adoção de estratégias de identificação e intervenção precoces, bem como no desenvolvimento dos aspectos vocacionais, levando em conta o talento, a criatividade e as habilidades dos educandos com deficiência;
X – a disponibilização de programas de capacitação dos profissionais de educação, tanto em serviço como durante a formação;
XI – a capacitação e disponibilização de profissionais em braille, Libras e outros meios de comunicação alternativos;
XII – a disponibilização de educação técnica e profissionalizante, voltada à qualificação da pessoa com deficiência para sua inserção no mundo do trabalho;
XIII – a inclusão de conteúdos curriculares, nos cursos de nível superior, educação profissional e tecnológica, de questões relacionadas às pessoas com deficiência em seus respectivos campos de conhecimento.
Parágrafo único. Às instituições privadas em qualquer dos níveis e modalidades de ensino, aplica-se obrigatoriamente o disposto nos incisos I, II, III, IV, V, IX, XI do caput, estando elas impedidas de cobrar valores adicionais de qualquer natureza em suas mensalidades, anuidades e matrículas quando do cumprimento destas incumbências.

Como podemos ver, o item II garante à pessoa com deficiência a inclusão nas escolas, disponibilizando tecnologias assistivas e cuidadores. Na capacitação de profissionais e dos sistemas educacionais, inclui a atenção aos pacientes que

precisam de um atendimento da enfermagem, talvez até mesmo o município pudesse contratar um enfermeiro/a para a APAE.

Toda criança deve ter garantia do acesso, permanência e sucesso na escola. No entanto, a inclusão da pessoa com deficiência é estigmatizada por não haver condições para o seu acesso e permanência nas escolas, levando a evasão escolar. Para se ter a acessibilidade nas escolas, é necessário inserir serviços de apoio especializados na escola regular. Serviços que atendam as peculiaridades da clientela de educação especial. (GALLO, ORSO, FIÓRIO, 2011).

Vendo assim, o fisioterapeuta deve intervir e auxiliar no processo de inclusão por meio de ações. Algumas ideias são a educação em saúde para os funcionários da escola, pais e alunos; a eliminação de barreiras arquitetônicas; adaptação de materiais e mobiliários; a melhora do condicionamento da pessoa com deficiência, junto a movimentos e posturas favoráveis para que consiga realizar as tarefas escolares, tanto na sala de aula, como em atividades extraclasse (GALLO, ORSO, FIÓRIO, 2011).

Quanto ao preconceito, foi questionado à mãe dos entrevistados, se já sofreram algum tipo de preconceito ou discriminação com a comunidade ou pelos profissionais da área da saúde, ou por crianças da vizinhança e da APAE. Segue a resposta da mãe:

[...] Criança eu ainda digo que não é preconceito, porque não sabe o que tá fazendo, mas eu acho que se a mãe não ensinar, a criança vai ser preconceituosa. Porque eu peguei o ônibus com o Carlos e tinha um piázinho, de uns 3 ou 4 anos no ônibus, e ele não quis descer, não quis passar perto do Carlos, porque ele olhou, ele se assustou. E a mãe dele devia explicar né, ó filho, não é assim, é uma criança doente, você não pode ter medo. E o piá empacou no ônibus que não queria descer. [...] Eu achei que ela tinha que explicar pra ele, né. E eu achei um preconceito [...]. Mas já teve um caso de eu levar o Severino no posto de saúde, e uma senhora falar: Nossa, teu filho é retardado!.

Como agir quando uma pessoa agride verbalmente o seu filho? Essa foi a dúvida que a mãe teve quando a senhora no posto de saúde falou que seu filho era retardado.

Seguindo a filosofia de que os pais são exemplos e tornam-se responsáveis pela reprodução do preconceito por seus filhos, configura-se também o preconceito

dos mesmos em questões de gênero e deficiência. Os pais reproduzem o preconceito com as pessoas com deficiência, quando tem um olhar diferenciado a essas pessoas, como no caso desta mãe. Se a mãe no ônibus, não tivesse o preconceito ou medo do *Carlos*, a criança não teria essa reação, até poderia ter curiosidade ou estranhá-lo, porém não reagiria com tamanha repulsa ao *Carlos*. Isso acontece com diversas outras pessoas e quase o tempo todo, pois a falta de informações traz essas pessoas como se fossem contagiar todas as outras com a sua deficiência. O mais preocupante é a mãe dos meninos não saber como agir em relação ao preconceito das outras pessoas, se tenta quebrar esse paradigma ou se apenas protege os filhos e permite que essa discriminação se reproduza com as outras crianças.

Abaixo segue a continuação da entrevista:

Penso assim, será que o Carlos ficou tão debilitado, eu penso não, eu tenho certeza, que o Carlos ficou muito debilitado por falta da UTI, sabe? [...] A enfermeira do hospital falou: - Nem esquenta, teu bebe é grande e gordo, ele aguenta. Ai depois do sofrimento [...] eu fui saber que ela não entubou ele porque ela não quis, entendeu? Porque ela achou que ele aguentava, por ele ser grande.

Neste trecho, cabe novamente o Art. 8º, da Lei 7.853, onde a recusa da assistência hospitalar ou ambulatorial é dada como crime, punir a enfermeira que por questões pessoais não quis prestar a assistência no momento em que a criança precisava (entubar). Talvez fosse necessário o uso de suporte respiratório e para isso o profissional da saúde, médico ou enfermeiro, poderia ter em ventilação mecânica, prevenindo a parada cardiorrespiratória.

A mãe do *Carlos*, hoje vive com a dúvida de que talvez o estado do seu filho mais novo pudesse estar melhor, se tivesse sido atendido no local da UTI pediátrica. Seria correto o médico ou residente do local, encaminhá-la a palestras sobre as sequelas que o filho vem a ter.

Entrevista 3 - Anita

A entrevista 3 trata-se de uma mulher de 23 anos de idade, *Anita*, que ficou paraplégica devido a violência urbana, um projétil de arma de fogo que lesionou a

sua coluna a menos de um ano. Os médicos não explicaram o seu prognóstico para marcha, no entanto a chamaram para o internamento no CHR em Curitiba para a reabilitação, porém como é necessário um cuidador para acompanhar no local, a mãe de *Anita* teve que recusar o convite porque precisava cuidar dos outros dois filhos menores de idade. *Anita* solicitou uma cadeira de rodas, no entanto ainda não entregaram e a cadeira que ela conseguiu até o momento, está pequena, pois ela engordou após a lesão.

A mãe de *Anita* disse que a grande dificuldade encontrada para a filha é o transporte para a clínica de fisioterapia, porque nos últimos meses a ambulância chega apenas com o motorista e ela precisa de mais uma pessoa para ajudar a colocar a filha na ambulância. Nesse tempo em que ela não tem ido à fisioterapia, *Anita* sentiu piora das dores que sente por permanecer muito tempo deitada. Em seguida a mãe de *Anita* comenta a rotina da filha:

[...] Sai da cama só, às vezes tem ajuda de um agente (Agente Comunitário de Saúde) ou um vizinho me ajuda a por ela na cadeira de banho [...]. Só do banho pro quarto, do quarto pro banho. E é assim.

Como descreve o Capítulo VIII – Do Direito à Cultura, Esporte, Turismo e Lazer do Estatuto da Pessoa com Deficiência e a Seção V – Da Cultura, do Desporto, do Turismo e do Lazer do Decreto Nº 3298, os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta são responsáveis pela cultura, desporto, turismo e lazer e a promoção ao acesso aos meios de comunicação social e à criação de incentivos para o exercício de atividades às pessoas com deficiências. Talvez no CREAS (Centro de Referências Especializado de Assistência Social) seja possível o contato com outras pessoas com deficiência, assim cria-se uma rede de amigos que podem ser úteis para a adaptação social.

Segue o relato da entrevistada *Anita* sobre a acessibilidade:

Pra sair a dificuldade é aqui na rua, cê viu, meu padrasto fez aqui uma rampa improvisada, que dai coloca pra mim descer, mas já saindo aqui começa a dificuldade [...]. Ai a ambulância vem, quando pra fazer fisioterapia, ou quando vou pra consulta [...]. Ai pra colocar na maca é difícil. Quando chega lá também na clínica, a clínica não é adaptada, tipo, nem pra cadeirante, quando vou pra maca também [...]. Esses tempos eu passei mal de madrugada, dai foi chamado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), eles me levaram, tipo, tudo bem certinho. Cheguei lá, o médico tava dormindo, tiveram que bater na porta, ele saindo com a cara toda amassada, com marca de pasta de dente na camiseta, meu Deus, eu fiquei

até com medo de ser medicada com o medicamento sem ser apropriado. Fiquei desde as 2h da madrugada até as 08h da manhã. E quando vim embora, foi mandada a ambulância da saúde, não a do SAMU, daí vem só o motorista, daí me colocaram na maca, saindo do local, a maca desarmou e eu caí de cabeça no chão, pense, eu passei a noite inteira no soro, morrendo de dor, sai e ainda caí de cabeça assim. Porque lá tavam reformando, não tinha rampa lá, a maca desarmou e eu caí.

No relato de *Anita* há diversos momentos que ocorrem negligências de seus direitos, começando com a dificuldade encontrada nas ruas próximas a casa dela, seguindo com a dificuldade em coloca-la na maca e dentro da ambulância até chegar ao local da fisioterapia ou no hospital. O que aconteceu em relação a maca desarmar trata-se de despreparo do local para o atendimento de uma pessoa com deficiência acima do peso, integrando-se à falta de investimento financeiro por parte do Poder Público.

Aqui em Paranaguá, acho que tinha que ter mais profissionais que, tipo, que pudessem estudar o meu caso. Porque aqui eu tenho que, tudo o que tenho que fazer eu tenho que ir lá pra Curitiba porque Paranaguá não tem [...]. Precisa de uma clínica adaptada.

O que a entrevistada quer dizer é que para a sua reabilitação apenas há profissionais e instituições apropriados em Curitiba, como o Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier, um dos centros de referência à reabilitação do estado do Paraná, fundado em 2008 que visa prover um serviço de saúde pública qualificada às pessoas com deficiência física no estado do Paraná.

Em Paranaguá há fisioterapeutas de qualidade, mas não há locais especializados em reabilitação e isso dificulta a evolução das capacidades das pessoas com deficiências. A entrevistada *Anita* disse não saber realizar a transferência da cadeira de rodas para a cama e essa adaptação é um dos trabalhos que os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas são responsáveis.

Quanto à clínica adaptada, em se tratando das PCD, as barreiras arquitetônicas e atitudinais são representações da violência simbólica instituída, em parte, pela naturalização da ação dos atores sociais e das instituições e, em parte, pelo desconhecimento do ordenamento jurídico que ampara esses indivíduos (FRANÇA et al, 2010).

O Art. 16 da Seção I – Da Saúde, do DECRETO 3.298, entre outros pontos, coloca os órgãos e entidades da Administração Pública Federal como responsáveis pelo desenvolvimento de programas e ações para as pessoas com deficiências dentro da saúde, no entanto há uma responsabilidade social em relação a reabilitação como no VII parágrafo:

VII – o papel estratégico da atuação dos agentes comunitários da saúde e das equipes de saúde da família na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade.

Na mesma Seção e Decreto, o Art. 17 garante que a pessoa com deficiência é beneficiária do processo de reabilitação¹⁶, qualquer que seja a sua natureza ou grau de severidade. Quando dita Reabilitação não trata-se apenas do tratamento fisioterapêutico, mas também da utilização de equipamentos como órteses, como diz o Art. 18. DECRETO 3.298:

Incluem-se na assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares, dado que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa portadora de deficiência.

Ainda assim, a entrevistada *Anita* necessita de uma cadeira de rodas e uma cadeira de banho. Já se passaram 11 meses e a mesma não recebeu esse material necessário para a realização de suas atividades de vida diária e independência. Até mesmo para o lazer dela, é fundamental o uso de uma cadeira de rodas adequada ao seu tamanho e agora tudo depende da entrega das cadeiras.

Entrevista 4 - Rosa

A entrevista 4 é referente a uma mulher, *Rosa*, que sofreu uma amputação do antebraço direito, devido a um acidente de trabalho em Paranaguá. Segue a entrevista abaixo:

¹⁶ O Decreto 3.928 considera a reabilitação “o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais”.

A minha deficiência é a amputação, eu fui amputada num trabalho, sofri meu acidente no trabalho. Trabalhava num mercado, no açougue, foi numa máquina de moer carne [...]. Não consigo me reabilitar direito porque eu não consigo escrever. A minha escrita era o mais importante pra mim, porque eu adorava escrever e adorava ler. Agora pra mim, a minha dificuldade pra voltar a estudar é a escrita [...].

Aparentemente, a entrevistada sofre com o auto-preconceito (CAMPOS, 2008). Ela ainda está na fase da aceitação e isso dificulta a sua adaptação a novas rotinas. Perguntamos sobre o que vem sendo realizado para a sua reabilitação e ela responde:

Agora, digamos, vou começar a terapia ocupacional, mas reabilitação ainda nada, terapia normal, nada. Digamos, todo mundo fez de conta que nada, nada aconteceu [...]. Como eu usava as duas mãos, eu parei de trabalhar [...]. Agora eu parei, a minha vida parou. Digamos, ela não acabou, mas a minha vida parou.

Durante a entrevista foi perceptível a necessidade de talvez uma psicóloga acompanhar a adaptação de Rosa, porque, como Montoni (2004) comentou, a pessoa com deficiência física pode subestimar suas capacidades e perceber o tratamento desigual vindo da sociedade. Para a Rosa, a sociedade vem reproduzindo um preconceito quanto ao sofrimento e a nova adaptação que ela vem apresentando.

Digamos que eu ainda tô me encaixando no mundo lá fora, na sociedade. A minha maior dificuldade no mundo lá fora, são o olhar crítico das pessoas. Porque eles me olham com dó. Eles me olham como, que não tem que tá aqui, essa pessoa tem que tá em casa. [...] Eu ainda sinto um pouco de dor [...]. Então as vezes, quando batem em mim ou quando a pessoa esbarra (se refere dentro do ônibus) eu, digamos, eu me encolho né. Ai a pessoa fala: - Desculpe mas, se você tá sentindo dor, porque que você tá, o que que você tá fazendo aqui na rua? Como eu não posso ficar 24h dentro de casa, porque não é uma coisa que eu consiga, então eu tenho que sair. Eu tenho problemas pra resolver [...] fora de casa. [...] Pessoas com deficiência também tem que sair, também tem uma vida lá fora.

O maior problema que a violência simbólica desenvolve é a difícil percepção de que estamos reproduzindo-a. As pessoas quando olham diferente para a pessoa com deficiência, esse “olhar crítico” como ela acaba de falar, torna a discriminar a pessoa por apresentar uma deficiência, diferente do que é visto como “normal”¹⁷, no

¹⁷ Termo utilizado vulgarmente pela sociedade, no entanto não deve ser utilizado, pois trata-se de uma forma de discriminar a pessoa com deficiência. Segundo Bonetti (2004) o termo normal está ligado a regras, normas.

entanto isso provém de uma sociedade preconceituosa e ignorante, que mesmo com o acesso a informação, deixa de compreender que hoje a pessoa com deficiência é tão capaz de realizar as atividades de vida diária quanto a pessoa “normal”.

A questão das atividades de vida diária vem sendo dificultosa para a entrevistada *Anita*, tendo em vista que ela precisa do outro membro para essas atividades. Mas através da reabilitação e adaptação, essas atividades poderão ser realizadas com pouca dificuldade.

Eu me limito muito, digamos, pra mim pegar uma vassoura, eu não consigo, [...] pra mim pentear o meu cabelo, ele é grande. [...] As vezes o meu filho mesmo, de 2 anos e meio fala: - Mãe deixa eu pentear o seu cabelo. [...] As minhas dificuldades são essas, de limpar uma casa, varrer, de cuidar dele, de pegar ele no colo, de carregar.

Quando perguntaram sobre a sua aceitação, *Anita* com tristeza, respondeu:

Eu não consigo até hoje, me olhar no espelho direito. Consigo às vezes com a ajuda do meu filho, porque ele gosta de fazer careta em frente ao espelho, aí ele me carrega junto. Mas na prática, eu não consigo, digamos, passar por um espelho, parar em frente a ele e dizer, nossa hoje tô bonita. Esse sentimento eu já não tenho mais. A falta de um membro pra mim é como se fosse, Deus me livre, queimado o meu rosto. Porque eu não me vejo assim, não me aceito desse jeito.

A auto aceitação é uma fase difícil para a pessoa com deficiência física adquirida, porque trata de um período doloroso onde a pessoa conclui que não há outra alternativa a não ser adaptar-se a nova vida. É preciso um acompanhamento psicológico para que haja uma preparação para a aceitação à nova realidade.

As pessoas tem que olhar pra gente, como se fossemos uma pessoa normal. Não com pavor ou com dó ou com receio. A pessoa tem que olhar pro deficiente, normal, como se fosse outra pessoa. [...] Porque o olho crítico das pessoas ele magoa muito a gente. [...] Pra eles a gente não pode fazer nada, mas pra nós, a gente pode fazer tudo.

Esse “olhar” o qual a entrevistada *Anita* se refere, é uma reprodução da superiorização e inferiorização, onde a pessoa normal sente dó da pessoa com deficiência, ou até mesmo rejeita o fato de existirem pessoas com deficiência no local. Por exemplo nos ônibus, quantas pessoas não fingem estar dormindo quando sentam num banco preferencial, para não ceder o seu local à PcD? Não seria essa atitude a maneira mais fácil de explicar a violência simbólica, já que a pessoa

negligencia o fato da PcD ter aquele banco como seu direito, no entanto simula não ter conhecimento sobre isso no momento, independente da necessidade da outra pessoa?

Entrevista 5 - Margarida

Esta entrevistada, *Margarida*, é famosa em Paranaguá porque é um exemplo de superação e esta envolvida em diversos projetos a favor das PcD. *Margarida* ficou cega devido a um glaucoma a aproximadamente 4 anos e sofreu preconceito até mesmo dos amigos. Hoje é atleta, corre de pequenos a grandes percursos e procura um emprego que se encaixe a sua deficiência visual. O relato a seguir comenta sobre as dificuldades encontradas em sua trajetória de vida após a deficiência:

São muitas as dificuldades, em todos os setores, seja ela na educação, segurança. A partir do momento em que você fala Acesso, falou em Acessibilidade, acabou por ai. Não tem como continuar. É dificuldade pra pegar um ônibus, pra chegar no ambiente, conseguir ser atendida de uma maneira adequada [...] É muito difícil. Então a dificuldade começa quando não tem a acessibilidade. Então é muito grande. Em todos os setores. [...] Tem pessoas, também não vou generalizar, que não são todas, que não aceita comer um objeto que sai da minha mão. Eu encaro como uma forma de preconceito.

Margarida comenta que quando tinha visão, tinha diversos amigos para sair e após a deficiência visual, viu-se sozinha, apenas com o filho. Essas atitudes como abandono, críticas, repulsa e entre outras reações que as pessoas tendem a reproduzir com a pessoa com deficiência, são nada mais que reproduções da violência simbólica como o Pierre Bourdieu (1989) traz como forma de mecanismos sutis de dominação ou exclusão social.

Quando comecei a aceitar um pouco mais essa situação, eu mesma fui procurar a assistente social, né, e pedi pra ela quais seriam os meios de eu ter assim, um acompanhamento e também ingressar nos estudos, aprender a ler o braile, aprender a acessibilidade, porque era tudo desconhecido né. Eu mesma que tive que procurar, porque não teve essa preocupação dos órgãos em trabalhar com isso.

O município não propôs a *Margarida*, um atendimento para a reabilitação e nem psicológico, como relatado, ela quem procurou os profissionais de saúde e

assistência social. Quanto ao estudo do braile, o litoral do Paraná não tem centros de ensino referentes à essa leitura, sendo necessária a locomoção à Curitiba ou importação da capital de profissionais capacitados ao braile.

Quando *Margarida* foi questionada sobre a questão da acessibilidade, ela respondeu com um tom sônico e debochado:

Falando da acessibilidade, já coloca o Poder Público, o município. Teria que atentar, com certeza, um pouco mais, o calçamento, né. Aos departamentos que a gente tem que ter acesso, né, tanto na e principalmente na saúde, que o caso da gente né. E nossa, são tantas outras coisas que tinha até que inúmeras, por onde começar, né. Porque falta muita coisa pra aceitar o termo acessibilidade de uma maneira bacana. [...] Por exemplo, não tem um sinal sonoro, não tem um guarda de trânsito pra te orientar, então fica muito difícil.

Quando finalizada a entrevista, perguntamos o que a *Margarida* sugere como formas de acabar com o preconceito ou ao menos diminuir a discriminação dos demais cidadãos:

Eu acho que a prática diária de informação, porque a população é muito carente da informação. A hora que ela vê a PcD infelizmente o que passa pela cabeça é, aquela pessoa não deveria estar ali naquele lugar. Afinal de contas, ela é uma pessoa normal, não tem diferença nenhuma, a diferença é no caso, ela não tem a visão. Mas ela tem a questão de raciocínio normal, ela tem o físico normal. Custa você só chegar e disponibilizar um apoio, uma ajuda, né? Perguntar, sem agir bruscamente. Porque as vezes tem umas que ao invés de ajudar não, ela pegam você pelo braço e sai puxando de uma vez. Ou só olha pra você assim e o que que você tá fazendo aqui na rua, você devia tá em casa?! [...] Eu não aceito essa universidade aí desse pensamento, que só porque a pessoa não tem a visão ela tem que ficar enclausurada, muito pelo contrário, ela tem que tá aberta a todo o tipo de situação, porque daí ela vai aprender a se defender. [...] Se ela não fizer isso, aí infelizmente ela vai estar aceitando o pensamento da sociedade. Não é a maioria, mas vai tá aceitando. Eu acho que informação, bastante informação, seja ela através da televisão, rádio, redes sociais, até panfletos informativos também, já é o suficiente. Porque o que falta mesmo é a informação de como agir com a pessoa assim.

A informação é a melhor solução para o fim do preconceito e discriminação, aí entra o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, o qual realiza palestras, oficinas e distribui materiais com o objetivo de prevenir atos de violência, seja ela física ou psicológica.

Entrevista 6 - Tulipa

Neste caso entrevistamos a mãe, pois a *Tulipa* não fala. Aparentemente a filha tem Paralisia Cerebral, porém não foi dado um diagnóstico preciso à mãe. A *Tulipa* é usuária de cadeira de rodas e totalmente dependente da mãe. Vai a APAE durante a semana e toda a vizinhança a conhece e a trata bem. Segue a entrevista com a mãe sobre a *Tulipa*:

Isso ai foi erro médico, porque quando ela foi pra nascer, era pra ser cesaria e ele fez parto normal. Aí levaram ela pra UTI Neonatal. [...] Mas daí não me falaram nada de ela ia ficar assim (referente ao atraso motor e dependência) né. Daí eu que descobri, passou dois anos e pouquinho e eu descobri, eu mesma, porque no caso todos os outros com 9 meses 10 meses, já tavam andando, engatinhando, sabe, falando e essa não. [...] Daí o médico falou, a sua filha é especial. [...] (chorando) Eu fico nervosa, por causa que se o médico tivesse falado pra gente, que ela ia ser especial, a gente teria corrido mais cedo. E a gente poderia ter as vezes, né, procurado um médico mais cedo pra ela, que ela era um nenenzinho. Não tinha acontecido isso ai, ela podia tá andando, ou até mesmo falando. Mas só que foi muito tarde. Tinha dois anos.

A mãe sente que grande parte do atraso que a filha *Tulipa* possui vem devido ao atraso do diagnóstico da filha. A paralisia cerebral pode acontecer devido a inúmeros fatores que ocorrem tanto antes do parto, como durante e após, para este caso, devido ao prolongamento do parto, é provável que o bebê tenha sofrido uma hipóxia (diminuição da concentração de oxigênio no cérebro), desencadeando alguma sequela cerebral. Ainda assim não foram realizados exames e tratamento adequado a esta criança.

A mãe conseguiu o benefício da filha *Tulipa* e com este, compra as fraldas e medicamentos para a filha. *Tulipa* necessita de uma cadeira de rodas adequada, pois a que ela utilizava no dia da entrevista, estava com o pneu furado e extremamente precária. A única coisa que a mãe pede, é que entreguem à filha uma cadeira de rodas e uma para o banho.

Comenta a mãe quando questionada sobre as dificuldades encontradas no dia a dia da filha que, pela *Tulipa* ser totalmente dependente, a mãe apenas pede ao município a entrega das cadeiras de rodas e o conserto das ruas, por serem esburacadas e de terra. Neste caso a mãe não se queixa de preconceitos, discriminação ou atitudes que ferem a auto-estima da filha.

Entrevista 7 - Simone

Esta entrevista foi uma das mais marcantes durante a Pesquisa de Campo, porque a mãe demonstra um carinho muito grande por sua filha autista, *Simone*, no entanto tem atitudes que, sem ela saber, reproduzem a violência simbólica. A mãe com medo de que outras pessoas violentem ou mau tratem a filha *Simone*, acaba a isolando-a da sociedade, não permitindo que ela vá a APAE, por exemplo. Outra atitude que ela nem ao menos imagina ser violência, é a infantilização através da fala como se a sua filha ainda fosse uma criança, no entanto *Simone* já tem 32 anos de idade. Essas e demais ações são feitas com o intuito de proteger a sua filha, no entanto podem ser piores para o progresso da doença da filha. Segue o relato da mãe da entrevistada *Simone*:

A deficiência da Simone, pela medicina foi considerado autismo e quando foi descoberto essa deficiência ela estava com dois anos de idade. Eu lembro que eu fui leva-la pra vacina, e eu ainda não tinha consciência da deficiência dela mas eu tinha uma desconfiança. Chegando lá no posto de saúde, a enfermeira que vacinou a fulana, falou: mamãe você não desconfia que a sua filha é deficiente. E eu falei, não não, ela não é deficiente, de jeito nenhum! Eu não estava preparada. E ela falou, sua filha é deficiente, leve-a para fazer todos os exames porque ela tem problema. Então aquilo me causou uma dor muito profunda. Um trauma muito grande. Não pela rejeição à Simone, mas por causa do problema seria grande demais pra mim. Uma coisa nova. Uma coisa a qual eu não estava preparada pra enfrentar no momento. Seria difícil demais. Eu sabia que não podia contar com a ajuda de pai, nem de mãe, nem de familiares, nem de esposo, nem de ninguém. Então foi difícil demais pra mim.

A mãe entrevistada sentiu medo por sua filha *Simone* ser autista, já que na época do diagnóstico, a deficiência sofria ainda mais preconceito e a informação era extremamente escassa.

Questionada sobre a educação da filha *Simone*, a mãe entrevistada comenta:

Ela ia pra APAE em São Jose dos Pinhais na época, ali eu encontrei muita dificuldade. [...] As dificuldades foram as seguintes: A parte do tratamento de algumas que trabalhavam naquela escola [...]. Mas, o tratamento de criança pra criança variava, dependendo da situação financeira, eu percebi, eu ficava lá. Eu ficava lá, então eu ficava observando, analisando como a Simone era tratada. Algumas crianças eram assim, tratadas com mais carinho, mais amor, com mais atenção. E outras não. As vezes eu percebia a Simone lá no ladinho, esquecida. E isso me magoava muito. E também a condução, tinha Kombi que levava as crianças, e eles não tinham muito cuidado [...], um dia a Simone, apertaram demais o cinto de segurança e ela chegou toda vomitada. Eu mandava fraldas pra ela ser trocada e ela não era trocada, chegava toda encharcada em casa. Então essas coisas sabe, que eu marquei.

Comenta a mãe de *Simone*, que percebeu a diferença de tratamento com a filha, dentro da APAE. Como uma forma de permanecer a filha em segurança, tirou-a da escola e começou a ensiná-la em casa. Durante essas três décadas, a mãe da entrevistada sentiu preconceito vindo dos diversos setores, não apenas na escola, como também vindo de amigos e familiares.

Por isso voltamos a frisar a necessidade da capacitação de profissionais que trabalham com pessoas com deficiência. Uma aluna com autismo, ficar o dia todo com a fralda encharcada, leva a vítima a ficar com assaduras e isso é derivado de maus tratos vindo da instituição de ensino.

A mãe entrevistada comenta também, que o preconceito torna-se presente no cotidiano, tanto da filha *Simone*, quanto no dela como mãe.

[...] com as pessoas em geral, a gente, as vezes encontra um preconceitozinho sim. A gente encontra, já encontrei, já passei por situações assim, muito delicadas com ela, não só aqui em Alexandra mas, da parte de outras crianças que as vezes zombam [...] de estar com ela na rua e botarem apelidos, já passei. De sair com ela na rua e outra criança querer agredir ela, já passei. [...] O preconceito, lá ou cá, ele sempre existe. Ele sempre existe. As vezes a gente se sente excluída [...] as vezes até de um convite, por causa da Simone, eu sinto. A vergonha... Não vou convidá-la pra minha festa, tem. Não vou convidá-la pra minha, a minha festa vai sair na internet, daí vão ver uma pessoa deficiente na minha festa, tem! Isso tem, de vez em quando a gente acha, a gente encontra. Então a gente as vezes, fica separado, sabe? [...] Mas por outro lado, existe muito amor! Tem pessoas que nos doam amor em dobro, tem pessoas que são maravilhosas, que são compreensivas. Tem pessoas que param pra brincar com a Simone, pra dar um beijinho nela. Tem pessoas que se oferecem pra ajudar em alguma coisa. Tem o outro lado, tem os dois lados.

A mãe de *Simone* comenta que o preconceito não veio apenas da família, mas também das amizades. A mãe não é convidada para festas dos meus amigos, porque ela teria de levar a *Simone* junto. E mesmo após tanto sofrimento e discriminação, a mãe é grata a todos que a ajudaram e lembra que assim como há pessoas que dificultam a aceitação e reproduzem o preconceito, há pessoas que ajudam e são carinhosas, educadas e preocupadas com o bem estar delas. Ainda sobre o preconceito, a mãe comenta que sofreu o abandono da família:

Eu sofro preconceito da família, infelizmente. Não quero entrar em detalhes, porque amo muito a minha família, Mas eu moro aqui e minha família mora em São José dos Pinhais, eles vivem a vida deles lá e eu vivo a minha aqui.

Difícilmente eu recebo um telefonema pra saber se estou bem... preconceito!

Quando a mãe ficou grávida de *Simone*, era casada e fazia o pré-natal regularmente. Após o diagnóstico de autismo da filha, o pai se retirou e desde então não entrou mais em contato.

O pai dela, tirou o corpo fora logo no começo, quando ela tava bem pequenininha, ele foi tirando o corpo fora. E já foi desprezando e daí já ocorreu a separação. Então, não sei, ela não teve convivência com um pai. Não teve. Ela não sabe o que é pai. [...] Eu fui pai e mãe dela.

Não seria o papel do pai fundamental para o tratamento do autismo? Se a mãe tivesse uma pessoa para ajuda-la, não teria sido melhor para as duas? Ou então, o pai não deveria, pelo menos, pagar uma pensão alimentícia? Essas respostas não serão respondidas, ficarão para reflexão.

A *Simone* recebe o benefício, que é utilizado para o pagamento do aluguel, compra das fraldas e dos alimentos. É dever da assistência social procurar a pessoa com deficiência e família que necessita de auxílios, para esclarecer os direitos e deveres da pessoa com deficiência. A mãe entrevistada comenta que soube do benefício após os 12 anos da filha. Talvez na época em que a *Simone* foi diagnosticada, não houvesse o auxílio mensal que o governo dá.

Perguntamos se a mãe teve ajuda de algum profissional da área da saúde, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogos durante esses anos:

O acompanhamento de uma psicóloga, não teve pra mim, mas se tivesse, teria me ajudado muito. Por que a mãe não está preparada, eu não estava preparada, como eu mencionei. [...] Como vou fazer? Como vou agir com ela? Como que vai ser? O que que ela vai precisar? Como que ela vai se comunicar comigo? Até hoje, as vezes, eu encontro dificuldade. Então se tivesse uma psicóloga que ouvisse a mãe, é preciso a psicóloga ouvir a mãe. O que a mãe tá sentindo, o que a mãe precisa aprender? [...] E se eu estou doente? E se me dói alguma coisa? E se eu estou com depressão? Então, tem que ter um atendimento. No meu tempo não teve, sabe? Foi muito difícil pra mim. Se eu tivesse encontrado uma querida psicóloga, eu tenho certeza que o meu caminho teria sido um pouco menos espinhoso. Teria sido mais de flores, do que de espinhos.

Hoje a mãe de *Simone* ainda não tem uma assistência psicológica, no entanto é um direito que os familiares da pessoa com deficiência têm, ainda mais no

momento do diagnóstico da deficiência. As dificuldades encontradas são várias, não apenas o preconceito da sociedade, mas também as necessidades da pessoa com deficiência, como tempo, higiene pessoal, alimentação e outras coisas. Quando a pessoa com deficiência é totalmente dependente da mãe, cabe a família ajudar, no entanto neste caso, não houve auxílio da família.

No fato de a mãe ser em praticamente todos os casos, a pessoa a qual se doa para o cuidado dos filhos, por ser o papel da mulher, traz a questão de gênero e a distinção de um gênero e de outro. Em todas as entrevistas, apenas em uma o pai estava presente. Seria isso culpa da mídia, já que em todos os papéis que a mulher faz, ela é a mãe e deve ser a cuidadora dos filhos? Porque a família e a sociedade impõe à mulher tamanho papel? E se a mãe vai a óbito? Como ficaria a situação da menina, se o pai não a conhece e os familiares não estão presentes? Essas perguntas foram retiradas com a coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz, a qual responde que nesses casos há a intervenção da assistência social, se nenhum parente se apresentar para o cuidado da pessoa com deficiência, há processo judicial. São casos comuns, no entanto não houve mais informações sobre.

O abandono da família da entrevistada é a forma simbólica da discriminação, rejeição e não aceitação de ter uma pessoa com deficiência como parte da família.

Entrevista 8 - Sem Nome

A oitava entrevista realizada pelo PET Saúde em Paranaguá não será mencionada neste estudo, pois não contribui com os objetivos deste estudo, a violência simbólica. O entrevistado apresentava uma deficiência física e intelectual, sem diagnóstico e mora com os pais, que são aposentados. A mãe do entrevistado nº 8 disse que não tem reclamações contra o município ou estado, alegando que a sua aposentadoria e o auxílio que filho recebe, são suficientes para o sustento da família.

De maneira geral, todos os entrevistados se queixaram da falta de acessibilidade nas ruas, nas UBS, das dificuldades com o transporte público para chegar às consultas médicas e para pegar os medicamentos solicitados.

Devemos lembrar que a realização das entrevistas com as pessoas com deficiências foram realizadas pelo grupo PET Saúde de Paranaguá, sendo elas observadas e estudadas para a determinação da presença da violência simbólica no cotidiano dessas pessoas para o presente estudo.

7.2.2 Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz

“Pra trabalhar com violência, ou você trabalha por resiliência, ou você trabalha porque você gosta”. (Coordenadora do NMPVPSCP, 2015)

A coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz (NMPVPSCP), de Paranaguá, aceitou fazer uma entrevista sobre os casos de violência que acontecem no litoral do Paraná.

O Núcleo foi organizado em 2013 e apenas no dia 25 de julho de 2014 foi assinado o Decreto de Nº1.719, dispondo a criação para que pudessem iniciar com a intersetorialidade, organização e funcionamento da rede de atendimento, bem como o trabalho de caráter consultivo e propositivo para implantação e implementação de políticas de vigilância e prevenção de violência, promoção da saúde e de uma cultura da paz.

O Núcleo Municipal Intersetorial de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e da Cultura da Paz é composto por 15 representantes de outros setores, são esses: a Secretaria de Saúde, a Secretaria de Assistência Social (inclui o CRAS¹⁸ e CREAS), a Secretaria da Educação, a Secretaria de Segurança, o Hospital Regional, o Hospital de Paranaguá, a Polícia Militar e Civil, o Conselho Tutelar, o

¹⁸ Centro de Referência de Assistência Social.

Conselho da Mulher, o Conselho da Pessoa Idosa, o Conselho da Saúde, o PET Saúde e o Centro Pop¹⁹. A entrevistada representa o setor da Saúde. Um sábado por mês esses representantes se encontram e planejam novas ações e discutem novas ideias para as próximas campanhas.

Segundo a coordenadora, o Núcleo vem trabalhando através de orientações e sensibilização da população local, campanhas e ações educativas em datas específicas, palestras, distribuição de material referente ao tema e capacitação para os profissionais de saúde para aprimorar a notificação destes agravos, bem como fortalecer os serviços ao atendimento às vítimas.

O Núcleo recebe uma verba anual do Governo Estadual, com a qual são pagos os materiais de divulgação contra a violência e promoção da saúde, como folders e cartazes, que são entregues através das campanhas realizadas nas escolas, unidades básicas de saúde, delegacias e em locais abertos ao público.

Com a implantação do Núcleo, os participantes objetivam:

1. Ampliar a articulação intersetorial na implantação e fortalecimento da atuação em “redes”;
2. Promover ações preventivas e educativas;
3. Garantir o acesso e suporte às vítimas de violência na “rede”;
4. Melhorar os indicadores de violências, através das notificações compulsórias;
5. Fortalecer a relação de confiança entre as vítimas e os canais de denúncias;
6. Capacitar as equipes multiprofissionais e intersetoriais com intuito de detectar as violências silenciosas;
7. Qualificar as unidades notificantes para extinguir ou minimizar as subnotificações;
8. Participar de reuniões, capacitações, palestras, oficinas, grupos de trabalho referente ao tema.

Na entrevista, a coordenadora comentou que uma das dificuldades que o Núcleo encontra é o envio de dados e casos por parte da polícia para o Núcleo. Os casos de violência denunciados nos hospitais (Hospital Regional do Litoral e o Hospital Paranaguá) e UBS são encaminhados para o Núcleo e lá utilizam esses dados para a epidemiologia e estudos. No entanto, as denúncias feitas na polícia

¹⁹ Centro POP – Centro de Referência Especializado em População de Rua.

não são encaminhadas para o Núcleo, esses dados permanecem apenas na polícia. Ou seja, se no Núcleo foram identificados, em 2014, um total de 106 casos de violência, a estimativa é que se juntassem os dados da polícia, esse número seria de até três vezes maior.

Outra dificuldade encontrada pelo Núcleo é a aplicação do questionário à vítima de violência nos hospitais. Quando a vítima chega ao hospital, as enfermeiras aplicam um questionário que identifica qual a violência a ser sofrida e outros dados que serão coletados para a epidemiologia.

Assim como Garbin e colegas (2006) comentam, as mulheres vítimas de violência, na maioria das vezes, procuram serviços de saúde devido aos agravos, sejam físicos, mentais ou reprodutivos consequentes da agressão. No entanto, os próprios profissionais da área de saúde encontram dificuldade para identificar esse fenômeno, sendo a maioria dos casos, não investigados. Os autores discutem que a causa dessa “não percepção” dos casos de violência, se dão *“pelo despreparo dos profissionais, desinteresse, falta de tempo para escutar o paciente durante os atendimentos, ater-se somente às lesões físicas, e a uma cultura de que “em briga de marido e mulher, ninguém mete e colher”*.

O questionário a ser preenchido nos hospitais engloba os seguintes tipos de violência: a violência física, violência psicológica e moral, violência do tipo tortura, violência sexual, violência financeira/econômica, negligência, entre outros. É de grande importância que essa questão seja preenchida, pois é através dessa questão que conseguem realizar a epidemiologia dos casos que ocorrem em Paranaguá.

Quanto a população local, o Núcleo já realizou diversas palestras para capacitação e entrega de materiais, como panfletos, cartazes e adesivos. Essas ações não são realizadas apenas em Paranaguá, todo o litoral paranaense participa, assim como já realizaram campanhas em Morretes e em Matinhos.

Quanto ao questionamento sobre violência contra às Pessoas com Deficiência, a entrevistada comentou que já soube e presenciou casos de violência contra pessoas com deficiência, mas no entanto, são direcionados ao CREAS, por ser o centro responsável pelo atendimento à essas pessoas. Inclusive, em casos de violência doméstica contra pessoas com deficiência, o local de suporte e onde os

casos serão encaminhados, é o CREAS. Tanto no atendimento à essa população como também as campanhas para a prevenção da discriminação e promoção da informação, deve ser realizada pelo CREAS.

Quanto a violência simbólica, a coordenadora disse já ter conhecimento do termo, no entanto relata não tê-la identificado em ações junto ao Núcleo, nem entre funcionários ou entre usuários. A não ser a negligência, que na área da saúde encontra-se presente vindo tanto dos profissionais da saúde como dos usuários.

Para a coordenadora do Núcleo, o seu maior objetivo com ele, é abrir um Centro de Referência às Vítimas de Violência em Paranaguá. Para isso o Núcleo ainda levará algum tempo, pois devem se organizar em relação aos setores, como a questão de juntar todos os casos de violência, tanto da saúde, assistência social e da polícia.

Quando questionada sobre o conhecimento de outros trabalhos ao combate à violência, a coordenadora apresenta a Campanha Brasileira do Laço Branco²⁰, que tem por objetivos: sensibilizar, envolver e mobilizar os homens em ações pelo fim da violência contra a mulher, atuando em conjunto a ações dos movimentos de mulheres, feministas e de outros movimentos organizados em prol da equidade de gênero e justiça social. Essa Campanha foi motivada por homens canadenses após o “Massacre Montreal”, que ocorreu no dia 06 de dezembro de 1989, em que um jovem de 25 anos, chamado Marc Lepine, entrou armada na Escola Politécnica de Montreal, no Canadá. Em um sala de aula, o jovem ordenou que os homens se retirassem e assassinou 14 mulheres, depois saiu correndo e atirando pelos corredores gritando que odiava as feministas. No final, ele matou 14 estudantes mulheres, feriu mais 14 pessoas, das quais 10 eram mulheres.

No final da entrevista, a coordenadora comenta que o Núcleo já trabalhou junto a UFPR Litoral e houve uma proposta de serem realizadas palestras para a capacitação dos acadêmicos e funcionários da Universidade Federal do Paraná, em Matinhos.

²⁰ Site da Campanha Brasileira do Laço Branco: www.lacobranco.org.br

8. PREVENIR A VIOLÊNCIA E PROMOVER A CULTURA DA PAZ

Agora retomamos ao objetivo principal deste estudo, apresentar aos profissionais da área da saúde, educação e assistência social, meio que podem ser utilizados tanto para a prevenção da violência, como para a promoção da Cultura da Paz.

Uma das maneiras primordiais de lutar contra e prevenir a violência é facilitar o acesso à informação e conhecimento sobre o tema a todas as pessoas. Algumas pessoas nasceram, viveram ou vivem em famílias em que a violência doméstica ou intrafamiliar são tidas como algo natural, 'normal', e acabam por naturalizar tais manifestações, ou seja, a violência faz parte da família. Portanto, um importante passo a ser tomado é desnaturalizar essa questão, reconhecendo-se como vítima.

Um exemplo de ação contra a violência, é a Campanha Brasileira do Laço Branco, que iniciou através de um grupo de homens canadenses que decidiram se organizar pra dizer que existem homens que cometem a violência contra a mulher, mas existem também homens que repudiam a violência contra as mulheres. Esse grupo elegeu o laço branco como símbolo e adotaram o seguinte lema: "Jamais cometer um ato violento contra as mulheres e não fechar os olhos frente a essa violência". Ela atua nos campos da educação pública, empresas públicas e privadas, instituições de saúde, delegacias e espaços públicos onde os homens se encontram, através de atividades como passeatas, oficinas, divulgação de material informativo sobre a campanha e sobre a lei Maria da Penha e apoio a ações dos movimentos feministas e de mulheres.

É preciso também que a vítima tenha coragem de buscar ajuda, inclusive denunciando o caso da agressão. Para isso, alguns artistas procuram certas estratégias para incentivar as vítimas a procurar ajuda, inclusive em escolas, serviços de saúde, assistência ou até mesmo em delegacias, prestando queixa contra agressores. Nesta seção ilustraremos o trabalho de artistas que dedicam seu trabalho à sensibilização de crianças e jovens a respeito da violência doméstica contra mulheres, violência sexual e preconceito contra pessoas com deficiência.

Saint Hoax, artista do Oriente Médio, busca dar visibilidade à problemática Violência contra a Mulher através de imagens de princesas da Disney como vítimas de violência, mostrando-as com hematomas e machucados nos rostos, onde o sorriso já não é mais visível devido às agressões e ao medo. Esta é uma tática a qual o artista lança mão com o objetivo de incentivar as mulheres a denunciar os casos de violência, assim as autoridades poderão ajudá-las a impedir reincidências.

Figuras 8: Cinderela vítima de violência doméstica.

Figura 9: Aladin, vítima de violência doméstica.



Fonte: <http://www.sainthoax.com>, 2014.



Fonte: <http://www.sainthoax.com>, 2014.

Na legenda das figuras 8 e 9 há uma pergunta: “Quando ele/ela parou de te tratar como uma princesa/herói?”. Logo abaixo, na Figura 8, o artista comenta: “Nunca é tarde para colocar um fim nisso”. Já na Figura 9, o artista diz que “Não se deve ter vergonha de pedir ajuda”. Essa é a mensagem que deve ser passada às vítimas de violência.

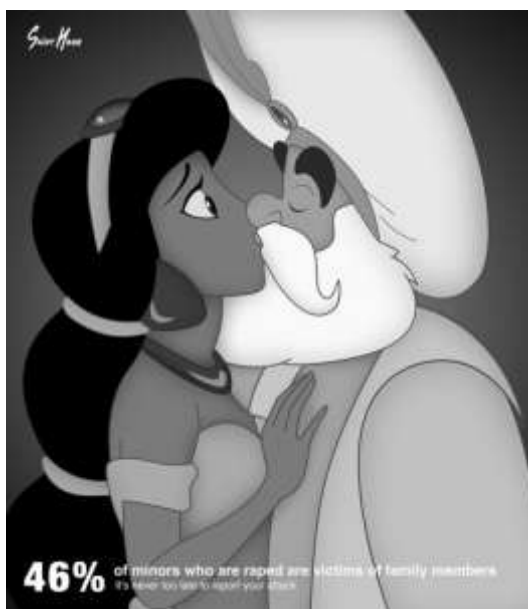
É preciso dar às vítimas, esperança, para que acreditem que após denunciar a violência, ela não fará mais parte de suas vidas. A essência que Saint Hoax procura passar, é que uma relação saudável não permite uma atitude de agressividade sobre a outra pessoa. Deixando de lado o conto de fadas e voltando para a realidade, o respeito deve vir antes de qualquer outra atitude e a vítima deve se permitir ser respeitada e não violentada.

Para o artista, seus desenhos devem dar ao público a coragem de denunciar os agressores, somente, assim, se pode acabar de vez com esse problema universal: a violência.

As ilustrações de Saint Hoax podem se constituir em uma estratégia para trabalhar a discussão do problema em salas de aula, por docentes, levando-se em consideração a faixa etária das crianças.

Abaixo segue uma imagem que relata o abuso sexual, o qual alguns pais ou parentes próximos podem exercer sobre os jovens. Na imagem a princesa Jasmine, com a expressão de medo, está sendo assediada por seu pai.

Figura 10: Princesa Jasmine, vítima de abuso sexual.



Fonte: <http://www.sainthoax.com/princestdiaries.html>, 2014.

A legenda da Figura 10 diz que “46% das crianças que são estupradas, são vítimas de membros da própria família”. Logo abaixo o artista coloca uma motivação para o leitor, dizendo que “Nunca é tarde para relatar o ataque”.

Atualmente encontramos com facilidade redes de apoio na internet, contra as violências. Caso o profissional da área da saúde e educação tenha interesse, estão disponíveis na internet alguns manuais, cartilhas e diversos outros tipos de materiais, como blogs, sites e vídeos em que pode-se discutir sobre o tema e aprender as abordagens que podem ser feitas para a prevenção da violência.

Quanto ao preconceito, o artista e ativista italiano, AleXsandro Palombo²¹, utiliza as imagens de princesas para mostrar a deficiência, com o uso de cadeira de rodas ou amputações, mostrando que a realidade deve estar presente nos desenhos, já que não é uma deficiência que faz uma princesa deixar de ser uma princesa. Na figura 11, vemos a índia Pocahontas, personagem da Disney, usando muletas axilares devido a uma amputação da perna direita, passando a ser uma personagem com deficiência.

Figura 11: Pocahontas com muletas.



Fonte: <http://humorchic.blogspot.it>, 2014.

Figura 12: Branca de Neve cantando.



Fonte: <http://humorchic.blogspot.it>, 2014.

Já a figura 12, o artista mostra a Branca de Neve com amputações e utilizando a cadeira de rodas, ainda assim, canta com os animais da floresta. Esta foi uma das imagens mais divulgadas na internet, com o intuito de vencer o preconceito contra as pessoas com deficiência. Por que não utilizar personagens ditos ‘perfeitos’ como exemplo da diversidade?

A Figura 13 traz uma pergunta aos leitores sobre “Qual Princesa da Disney é você?”, com o intuito de mostrar que mesmo apresentando uma deficiência, as personagens continuam sendo princesas. Não é a sua deficiência que irá tirar o seu título.

²¹ As imagens podem ser encontradas no site: <http://humorchic.blogspot.it/2014/01/humor-chic-equal-rights-disabled-disney.html>

Figura 13: Qual princesa da Disney é você?



Fonte: <http://humorchic.blogspot.com.br>, 2014.

Como há um paradigma que também deve ser quebrado sobre as pessoas com deficiência, a sua sexualidade, apresentamos logo abaixo a imagem da Branca de Neve com deficiência passeando com o príncipe. Alguns profissionais tem a ideia de que as pessoas com deficiência são incapazes de se relacionar, namorar, casar e até de ter filhos. No entanto, a sexualidade existe, independente de se ter ou não uma deficiência e, se manifesta em algum momento da vida, em todos os seres humanos (MAIA, 2003).

Figura 14: Branca de Neve, passeando com seu príncipe.



Fonte: <http://humorchic.blogspot.com.br>, 2014.

A princípio, para que haja a diversidade, sem mais tabu, é importante que o tema seja discutido, comentado e informado à todos. É através da informação, de palestras, de capacitação e de divulgação que vamos conseguir inibir a discriminação contra as pessoas com deficiência.

Os profissionais da área de saúde devem ter cuidado e observar se em algumas de suas atitudes, não promovem a violência simbólica ou negligência, durante os atendimentos de seus pacientes.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, os estudos sobre violência simbólica contra pessoas com deficiência são extremamente incipientes, isso se deve à difícil identificação da mesma, já que se trata de uma violência invisível aos olhos de quem a acomete e de quem a sofre.

É fundamental que o Estado viabilize estratégias para monitorar as condições de moradia das PcD, com abordagens que envolvam a família das PcD de forma ampla, investigando sobre as necessidades e condições de saúde de todos os integrantes.

O Caderno de Atenção Básica n.º 8, Violência Intrafamiliar, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 82), instrumenta a respeito da abordagem dos profissionais da área da saúde quanto às PcD:

É recomendável uma postura compreensiva diante da situação familiar e da pessoa, respeitando sua individualidade, privacidade e tratando-a com o respeito com que se trata qualquer membro da comunidade. Isso também contribui para diminuir a rejeição no seio da família e facilita a abordagem dos diferentes aspectos da consulta ou visita. A equipe deve oferecer as orientações que a família necessita para lidar melhor com o portador de deficiência, prevenindo-se situações de violência. Como parte do acompanhamento, a equipe de saúde pode conversar com os pais sobre as formas possíveis, de acordo com as condições econômicas e sociais, para lidar com as limitações de filhos ou irmãos portadores de deficiências.

Os Agentes Comunitários de Saúde e outros profissionais que realizarem a visita domiciliar às pessoas com deficiência vítimas de violência, devem se portar de forma respeitável, a fim de transmitir confiança à família e à pessoa com deficiência, podendo, assim, voltar a realizar novas visitas. A visita domiciliar é uma forma de garantir uma avaliação constante desse trabalho, podendo ainda favorecer identificação de situações de violência. Uma estratégia significativa seria o diálogo entre equipe de saúde e equipe escolar, quando tais sujeitos frequentam o ambiente escolar. Muitas vezes o vínculo estabelecido entre docente e PcD permite a visualização deste e de outros problemas, nem sempre facilmente identificados pela equipe de saúde.

Neste trabalho a negligência foi contextualizada como parte da violência simbólica, em que o descuido por parte de profissionais da saúde e educação, por vezes refletem de maneira sutil a discriminação, a inferiorização ou o domínio sobre

a pessoa com deficiência. Por exemplo na entrevista do Caso 4, onde sugerem que a pessoa com deficiência permaneça em casa, como se os locais públicos não pudessem ser utilizados mais por essa pessoa.

Através da entrevista com o coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, foi coletado os dados sobre os 106 casos de violência que ocorreram em 2014 em Paranaguá, no entanto, os casos denunciados à polícia não estão junto aos dados do Núcleo, o que sugere que o número de pessoas vítimas de violência neste ano, seja maior. Entretanto, o Núcleo vem trabalhando a fio para que a população promova a Cultura da Paz, abolindo a violência, seja urbana ou doméstica, contra mulheres, crianças, idosos ou pessoas com deficiência.

Os casos de violência contra as PcD são mais dificilmente relatados às autoridades e delegacias, devido à dificuldade da vítima a chegar ao local ou utilizar os recursos para a denúncia, seja por incapacidade ou medo. Dado este ponto, é importante que professores/as dialoguem sobre o tema com seus/suas estudantes com deficiência, que agentes comunitários de saúde visitem as residências dessas pessoas em buscas ativas e que as redes de saúde, educação e assistência social sejam colaboradoras no acompanhamento das necessidades dessas pessoas.

Para os profissionais da área da saúde é importante que não negligenciem as vítimas de violência. Devemos orientar as vítimas, sobre locais de suporte como a Delegacia da Mulher, o Núcleo de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e Cultura da Paz, ou em caso de pessoas com deficiência, encaminhar ao CREAS e CRAS.

Quanto a pessoa com deficiência, é fundamental que os seus direitos sejam divulgados a mesma. Isso pode ser realizado, tanto por profissionais da área da assistência social, como educação e saúde. O objetivo é que não hajam mais casos de violência, seja contra as pessoas com deficiência, mulheres, crianças, idoso, gays e outros grupos.

10. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Vandelson Lima Aguiar. A escola e o dilema da falta de acessibilidade: as barreiras arquitetônicas na Escola Centro Educacional Raimundo Pereira – CERP. **Universidade Federal do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2014.

ALMEIDA, Maria da Graça Blaya. **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ANDRADE, C. J. M.; FONSECA, R. M. G. S. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-5, 2008.

ARENDT, Hannah. **Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal**. Tradução José Rubens Siqueira. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010 - Pessoas com Deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher; dispõe sobre a criação dos juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher; altera o código de processo penal, o código penal e a lei de execução penal; e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 08 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm>. Acesso em: 13 fev, 2015.

BRASIL. **Decreto-Lei n.º 3.298**, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 20 de dez de 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 10 de fev, 2015.

BRASIL. **Lei n.º 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. Diário Oficial, Brasília, 24 de outubro de 1989. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm>. Acesso em: 10 de fev, 2015.

BRASIL. **Lei n.º 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. Diário Oficial, Brasília, 19 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 12 de fev, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Cadernos de Atenção Básica, n. 8, série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 131. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: Ministério da Educação. Portaria nº948, de 9 de outubro de 2007. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>> Acesso em: 10 de março de 2015.

CAMARGOS Jr, Walter et al. **Transtornos invasivos do desenvolvimento**: 3º Milênio. Brasília: CORDE, 2005.

CAMPOS, Penélope Machado Ximenes. **Deficiência e o Preconceito**: a visão do paciente. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CARVALHO, Erenice Natália Soares; MACIEL, Diva Maria Moraes de Albuquerque. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.

CHARTIER, Roger. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica (nota crítica). **Cadernos Pagu**, v.4, 1995.

CHAUI, Marilena. Ética, Política e Violência. In: CAMCHOT, T. **Ensaio sobre Violência**. Vitória: Edufes, p. 39-59, 2003.

COELHO, Daniela de Freitas e MONTEIRO, Silas Borges. CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. **Rev. Educ. Públ.** Cuiabá, v. 19, n. 39, 2010.

CRIPPA, José Alexandre S.; ZUARDI, Antonio Waldo; HALLAK, Jaime E. C. Uso terapêutico dos canabinoides em psiquiatria. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.32, supl 1, 2010.

DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2000.

FIEGENBAUM, Joseane. Acessibilidade no contexto escolar: tornando a inclusão possível. **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2009.

FRANÇA, Inacia Sátiro Xavier de, et al. Violência simbólica no acesso das pessoas com deficiência às unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 63(6), 2010.

GALLO, Emanuela Cerutti; ORSO, Kelen Daiane; FIÓRIO, Franciane Barbieri. Análise da acessibilidade das pessoas com deficiência física nas escolas de Chapecó-SC e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n.2, 2011.

GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel e SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, Romeu. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**, n. 14, 237-243, 2008.

GUIMARÃES FILHO, D. F. Negligência, Imprudência e Imperícia. **Rev. Bras. Anest.**, 35:6, 1985.

LOPES, André Luiz. Noções de teoria geral do Estado: Roteiro de estudos. Belo Horizonte, **Escola Superior Dom Helder Câmara**, 2010.

MAIA, A. C. B. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. **Rev. Bras. Educação Especial**, Marília, v.7, n.1, p.35-46, 2001.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; RIBEIRO, Paulo Remes Marçal. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de pessoas com deficiências. **Rev Bras Ed Esp**, Marília, v. 16, n. 2, p. 159-176, 2010.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy, JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Negligência e abandono de crianças e adolescentes: análise dos casos notificados em município do Paraná, Brasil. *Pediatria (São Paulo)*, v.31, n.3, 2009.

MENDONÇA, Sonia Regina de. Estado, violência simbólica e metaforização da cidadania. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 1, p.94-125, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência social sob perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.10, suppl.1, 1994.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, Fernando Silveira Melo Plentz. O Sentido da Maldade na Obra Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal de Hannah Arendt. **Rev. Eletrônica Direito**, Justiça e Cidadania, v.4, n.1, 2013.

MONTONI, Rafael. Caracterização da violência contra pessoas com deficiências no município de São Carlos. **Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, 2004.

NOGUEIRA, M. et al. O que revelam as teses e dissertações sobre a autopercepção do portador de necessidades especiais? **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.135-149, 2002.

NOSEK, M. A., HOWLAND, C. A., YOUNG, M. E. Abuse of Women with Disabilities: Policy Implications. **Journal of Disabilities Policy Studies**, v.8, n.1, p.157-176, 1997.

NUNES, C. B.; SARTI, C. A.; OHARA, C. V. S. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. **Acta Paul. Enferm**, v.22, p.903-8, 2009.

OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. Existe violência sem agressão moral? **Rev. Bras. Ciências Sociais**, v.23, n.67, junho, 2008.

Organização Mundial Da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

PARENTE, Eriza de Oliveira. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. Universidade de Fortaleza – **UNIFOR**. Fortaleza, Ceará, 2007.

PEDRAZZI, João Francisco Cordeiro; PEREIRA, Ana Carolina de Castro Issy; GOMES, Felipe Vilela; BEL, Elaine Del. Perfil antipsicótico do canabidiol. **Medicina**, Ribeirão Preto, 47(2):112-19, 2014.

RISTUM, Marilena; BASTOS, Ana Cecília de Sousa. Violência urbana: uma análise dos conceitos de professores do ensino fundamental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.1, 2004.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientle Studia**, São Paulo, v.9, n.1, p.11-27, 2011.

SCHIER, Alexandre Rafael de Mello et al. Canabidiol, um componente da Cannabis sativa, como um ansiolítico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, 34 (supl 1): p.104-117, 2012.

SEMPREVIVA Organização Feminista. **Mulheres em luta por uma vida sem violência**. São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.sof.org.br/artigos/mulheres-em-luta-por-uma-vida-sem-viol%C3%Aancia>>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SERRA, Jacira do Nascimento. Violência Simbólica contra os Idosos: forma sigilosa e sutil de constrangimento. **Rev. Políticas Públicas**, São Luís, v.14, n.1, p.95-102, 2010.

SIGNORELLI, Marcos Claudio. Mudaram as estações... nada mudou: profissionais do Sistema Único de Saúde e mulheres vítimas de violência doméstica no litoral paranaense. **Unifesp**, São Paulo, 2011.

SOIHET, Rachel. Violência simbólica: saberes masculinos e representações femininas. **Revista Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 1997.

SOUZA, Hugo Leonardo; CASSAB, Latif Antônia. Feridas que não se curam: A violência psicológica cometida à mulher pelo companheiro. **Universidade Estadual de Londrina**, Anais do I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, junho, 2010.

SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro. A banalização da violência: efeitos sobre o psiquismo. **Percurso**, n. 25, fev. 2000. Disponível em: <http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p25_texto08.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

SOUZA, Flavia Bello Costa et al. Aspectos psicológicos de mulheres que sofrem violência sexual. **Reprod. Clim.**, v.27, n.3, p.98-103, 2012.

STRICKLER, Heidi L. Interaction between Family violence and mental retardation. **Mental Retardation**, v.39, n.6, 2001.

TOLEDO, Luciano Medeiros. VIOLÊNCIA: **Orientações para Profissionais de Atenção Básica de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2013.

WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão de área. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.9, n.2, p.141-154, 2003.

11. ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário aplicado à coordenadora do Núcleo Municipal de Prevenção da Violência e Promoção de Saúde e Cultura da Paz, de Paranaguá.

Roteiro de Entrevista.

- 1) Há quanto tempo trabalha no Núcleo de Prevenção à Violência de Paranaguá?
- 2) Como a população tem avaliado a implantação do Núcleo na cidade?
- 3) Qual o objetivo no Núcleo? Quais as dificuldades?
- 4) Presenciou ou sabe de casos de violência doméstica ou outros tipos de violência contra a PcD?
- 5) Há projetos, campanhas ou algum trabalho já sendo realizado para a prevenção da violência contra a PcD? Quais? Tem tido resultados? E com grupos populacionais?
- 6) Já ouviu falar em violência simbólica?
- 7) Tem percebido esta questão de violência simbólica em ações ou atividades junto ao Núcleo? Entre funcionários e usuários.
- 8) O município e o Estado tem dado suporte ao Núcleo? Especificamente à PcD?
- 9) Qual o seu maior desejo com o seu trabalho à frente do Núcleo? O que você quer conquistar com ele?
- 10) Conhece trabalhos ou experiências em outras cidades, estados ou países, onde funciona ou podem vir a funcionar para a prevenção da violência? No contexto local.
- 11) Você conhece políticas em defesa da PcD? Locais de suporte à PcD?
- 12) Você acha que a Universidade Federal do Paraná pode ajudar o Núcleo quanto a prevenção da violência? Como?