

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

MONETHELLE BIANCHI SOUZA

**VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: avanços legais e desafios
contemporâneos**

FLORIANÓPOLIS

2024.1

Monetchelle Bianchi Souza

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: avanços legais e desafios contemporâneos

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de graduação de Serviço Social do Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Eliete Cibele Cipriano Vaz

FLORIANÓPOLIS

2024.1

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Souza, Monetchelle Bianchi
VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: : avanços
legais e desafios contemporâneos / Monetchelle Bianchi
Souza ; orientadora, Eliete Cibele Cipriano Vaz, 2024.
57 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro
Socioeconômico, Graduação em Serviço Social, Florianópolis,
2024.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Serviço Social. 3. Criança. 4.
Violência. 5. Deficiência. I. Vaz, Eliete Cibele Cipriano.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Serviço Social. III. Título.

Monetchelle Bianchi Souza

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA: avanços legais e desafios contemporâneos

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de graduação e aprovado em sua forma final pelo Curso de Serviço Social

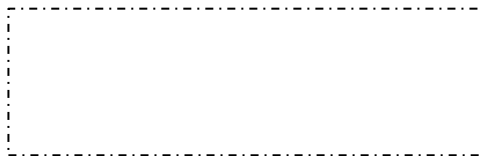
Florianópolis, 01 de agosto de 2024.



Heloísa Teles

Coordenação do Curso

Banca examinadora



Profa. Dra. Eliete Cibeles Cipriano Vaz

Orientadora



Profa. Dra. Rúbia do Santos Ronzoni

Universidade Federal de Santa Catarina



Marina Rezende dos Santos dos Reis Oliveira

Assistente Social

Florianópolis, 2024

*A quem sempre sentiu orgulho ao me chamar
de universitária, agora poderá me chamar de
assistente social. Esse espaço eu ocupo graças
às suas renúncias, lutas, esperança e acolhimento.
Gratidão mãe, pai e ao amor da minha vida,
Bryan.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, aos meus guias, ancestrais e protetores, que me conduzem nos caminhos rumo a todos os meus objetivos. Que me acolhem e olham por mim.

A minha mãe e ao meu pai, que me concederam a vida e me acompanham ao decorrer dela. Que brilham os olhos ao falar de mim. As minhas maiores inspirações, se cheguei até aqui, foi por vocês.

As minhas amigas que encontrei na graduação e levo pra vida, agora como colegas de profissão. Que em todo tropeço, impediram minha queda.

A mim mesma, por sempre me permitir ir além. E não parar. Nunca.

Ao Bryan, que esteve comigo de perto.

Ao Bryan, que esteve comigo de longe.

Ao Bryan, que esteve, está e estará comigo.

Ao Bryan, que me deu colo,

que me acalmou,

que me encorajou,

e que faz meu coração pulsar todos os dias.

Ao Bryan.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo geral analisar aspectos importantes sobre a criança com deficiência em situação de violência. Como objetivos específicos: apresentar perspectivas sobre deficiência e de violência contra crianças; situar aspectos históricos da criança com deficiência; enfatizar a inclusão como condição para o pertencimento social; destacar as principais iniciativas públicas de combate à violência. Como metodologia utilizamos a revisão bibliográfica e documental de caráter quanti-qualitativo, com base, especialmente, em autores como Silva (1987); Diniz (2007); Cavalcante (2009); e legislações, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Lei Brasileira de Inclusão (2015). Além disso, foram realizadas análises em normativas legais e em dados disponíveis em sites oficiais, como o Disque 100. Como principais resultados, evidenciamos que a violência é um fenômeno presente dentro da sociedade em qualquer lugar do mundo. Estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte entre jovens e adultos, no Brasil. Ela ocorre quando um tipo de comportamento provoca danos a outras pessoas e pode ser manifestada de diferentes formas e com diferentes agravantes, especialmente, tratando-se de crianças com deficiência. Atinge em maior número pessoas em vulnerabilidade social, cujas condições de falta de cuidado e proteção podem agravar e ampliar situações de violência. Além disso, a dificuldade para proceder à denúncia é um agravante, como, muitas vezes, ocorre com crianças com deficiência.

Palavras-chave: Violência; Crianças com deficiência; Serviço Social; Políticas públicas.

ABSTRACT

The present Course Completion Work (TCC) aimed to analyze important aspects concerning children with disabilities in situations of violence. The specific objectives were: to present perspectives on disability and violence against children; to outline historical aspects of children with disabilities; to emphasize inclusion as a condition for social belonging; and to highlight key public initiatives to combat violence. The methodology used was a bibliographic and documentary review of a quantitative-qualitative nature, with special reference to authors such as Silva (1987), Diniz (2007), Cavalcante (2009), and legislation like the Statute of the Child and Adolescent (1990) and the Brazilian Law of Inclusion (2015). Additionally, analyses were conducted on legal norms and data available on official websites, such as Disque 100. The main results indicate that violence is a phenomenon present in society anywhere in the world. It is estimated that violence is one of the leading causes of death among young people and adults in Brazil. Violence occurs when a type of behavior causes harm to others and can manifest in various forms and with different aggravating factors, especially concerning children with disabilities. It affects a higher number of individuals in social vulnerability, where the lack of care and protection can exacerbate and broaden situations of violence. Furthermore, the difficulty in making reports is an aggravating factor, as is often the case with children with disabilities.

Keywords: Violence; Children with disabilities; Social Work; Public policies.

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1 – Escolaridade da vítima e do suspeito</u>	<u>36</u>
<u>Figura 2 – Índice de denúncias por estado</u>	<u>38</u>
<u>Figura 3 – Dados extraídos do disque 100</u>	<u>39</u>
<u>Figura 4 – Localidade da ocorrência</u>	<u>40</u>
<u>Figura 5 – Deficiência da vítima</u>	<u>41</u>
<u>Figura 6 – Tabela de iniciativas públicas</u>	<u>49</u>

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAT – Associação de Deficientes Amigos de Timbaúba
CDPD – Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
CID – Classificação Internacional de Doenças
CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONDECA – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
LBI – Lei Brasileira de Inclusão
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MDS – Ministério de Desenvolvimento Social
MDHC – Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PNAS – Política Nacional de Assistência Social
PNCFC – Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária
PSB – Proteção Social Básica
PSE – Proteção Social Especial
SNPDCA – Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 BREVE RESGATE HISTÓRICO E PERSPECTIVAS SOBRE A DEFICIÊNCIA...14	14
2.1 PRINCIPAIS ASPECTOS NA ANTIGUIDADE	14
2.2 MODELO MÉDICO E MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA	17
2.3 VIOLÊNCIA ESTRUTURAL: o capacitismo como forma de preconceito e discriminação	21
3 CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....28	28
3.1 REPRESENTAÇÕES PARENTAIS E A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA	28
3.2 ASPECTOS DA VIOLÊNCIA E DO PANORAMA BRASILEIRO DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA	32
3.3 PRINCIPAIS INICIATIVAS PÚBLICAS DE COMBATE À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS, NO BRASIL.....	41
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a pandemia de Covid-19 deixou diversas marcas pelo mundo e impactos sociais. Dentre eles, o aumento da violação de direitos de Crianças e Adolescentes. Em março de 2020, as denúncias de violência sexual contra crianças no Brasil tiveram um crescimento de 85% comparado com o mesmo mês no ano anterior. Esse número foi reduzido nos meses posteriores, em abril de 2020, por exemplo, o número de denúncias foi 10% menos que comparado a março do mesmo ano. Essa redução está associada ao isolamento, devido a suspensão das aulas e atividades sociais, Crianças e Adolescentes passaram a conviver por mais tempo com seus agressores e mais distantes de possíveis redes de apoio (Silva et. al, 2021).

Desta forma, compreende-se que o isolamento social é um fator potencializador para situações de violência. A partir dessa reflexão, desenvolvemos o presente trabalho, considerando que, a realidade de crianças com deficiência, muitas vezes, é a do isolamento social. Com ou sem pandemia.

A violência é um fenômeno complexo e de muitas nuances. Desde os primórdios da humanidade e os primeiros registros históricos, há sinais de conflitos entre as civilizações. Ela se manifesta de diferentes formas ao longo da história, mas todos os episódios compartilham de algo em comum: relações de poder.

Ao longo do tempo, as relações de poder construíram comportamentos culturalmente aceitáveis e que permeiam os vínculos entre adultos e crianças, como, por exemplo, a utilização da força física no ambiente familiar e até mesmo em escolas e outros espaços. No entanto, mesmo com o progresso relacionado aos direitos da criança e com respaldo constitucional, a compreensão sobre os danos causados pelas práticas coercitivas e as ações preventivas em busca da mudança desses comportamentos são morosas e insuficientes, persistindo a violência em altos índices.

É importante destacar que determinados grupos estão mais vulneráveis a situações de violações de direitos. Dentre eles, Crianças e adolescentes estão mais expostos a esse cenário, considerando a condição de dependência, especialmente, de crianças com deficiência, dada a dificuldade de discernimento dos maus-tratos e muitas vezes, a incapacidade de verbalizar ou denunciar as violações, o que os tornam ainda mais suscetíveis a sofrerem violências.

De acordo com dados do relatório "Seen, Counted, Included" da UNICEF (2021), há aproximadamente 240 milhões de crianças com deficiência no mundo. O risco ampliado de violência não advém da deficiência por si só, mas do atravessamento de outros fatores. Compreende-se que determinantes sociais são possíveis potencializadores de opressão e exclusão, que podem desencadear cenários de violência.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral problematizar a situação de violência contra crianças com deficiência. Como objetivos específicos temos: apresentar perspectivas sobre deficiência e de violência contra crianças; situar aspectos históricos da criança com deficiência; traçar o perfil da violência contra crianças com deficiência em relação aos dados do disque 100; enfatizar a inclusão como condição para o pertencimento social; e destacar as principais iniciativas públicas de combate à violência.

É relevante destacar que a metodologia utilizada foi uma revisão bibliográfica e documental de caráter quanti-qualitativo, com a utilização de obras de autores de referência da área temática; consulta a bibliotecas eletrônicas, à SciELO e sites correlacionados com a finalidade de subsidiar as discussões e análises apresentadas. Além disso, foram utilizadas legislações como o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015), normativas legais e dados disponíveis em sites oficiais, como o Disque 100.

Para desenvolver a temática proposta, o presente trabalho foi organizado em quatro seções. A primeira seção apresenta os aspectos gerais do trabalho. A segunda seção foi dividida em três subitens, iniciando com a contextualização do tema em um breve resgate histórico. Em um segundo momento, abordamos o modelo médico e o modelo social, período em que a perspectiva sobre a deficiência começa a mudar e as pessoas com deficiência passam a ser reconhecidas como sujeitos de direitos. Considerando que esse percurso foi baseado na eliminação e segregação, acarretando no isolamento social e contribuindo com a vulnerabilidade social desses sujeitos, para encerrar a destacamos o capacitismo estrutural.

Após a contextualização, na terceira seção demos enfoque à criança com deficiência em situação de deficiência, desde o seu nascimento. Estima-se que a partir desse momento, da descoberta da deficiência e a maneira em que é recebida essa informação, pode ser determinante para as representações parentais e as futuras

relações familiares e sociais dessa criança. Além disso, situamos perspectivas sobre violência, considerada como um fenômeno que perspassa todas as camadas sociais, e que pode ser intensificada por alguns fatores. Para um melhor entendimento, no segundo subitem da terceira seção, apresentamos aspectos do panorama brasileiro dos casos de violência contra crianças com deficiência, a causa, os principais suspeitos, onde ocorre, entre outros atravessamentos. E, por fim, relacionado a esse levantamento, no terceiro subitem da terceira seção, trouxemos as principais iniciativas públicas para o enfrentamento da violência infantil. Como o Estado tem se colocado diante do problema e quais medidas tem sido tomadas para o enfrentamento e a redução da violação de direitos. Fechando a seção, de forma breve, mencionamos como o Serviço Social tem recebido essa demanda e contribuído para combater o fenômeno da violência. Finalizamos o trabalho com as considerações finais.

2 BREVE RESGATE HISTÓRICO E PERSPECTIVAS SOBRE A DEFICIÊNCIA

A deficiência é uma condição que existe desde os tempos antigos, porém, com poucos registros e informações sobre as condições de existência das pessoas, em todas as idades, com deficiência nos primórdios da humanidade, pois não havia recursos para registros escritos, contudo, há indicativos de que o abandono, possivelmente, era a prática comum. Coma (1992) afirma que tais condições são tão antigas quanto a própria vida e há registros históricos, mesmo que escassos, de pessoas com deficiência em diferentes sociedades, ao longo da trajetória da humanidade. Isso significa que a deficiência não é um fenômeno exclusivo das sociedades modernas, pelo contrário, é uma parte intrínseca da experiência humana ao longo da história. Como Corrent (2016) descreve:

Cada época da nossa história os viu de formas diferentes, para uns foram considerados como loucos, bandidos, ou simplesmente foram excluídos pela sociedade, por serem vistos como incompletos incapazes ou anormais, ou até mesmo excluindo, ou isolando, mas também tinham aqueles que sentiam compaixão. Todos os viam mas poucos reconheciam seus verdadeiros valores, tudo isso proporcionou uma diversidade de sentimentos que ia da rejeição, solidariedade à aceitação (p. 1).

Sendo assim, é possível afirmar que, devido a essa compreensão reduzida, em diferentes períodos históricos, grande parte das pessoas com deficiência foram afastadas do convívio social e, por vezes, familiar recebendo tratamentos baseados em sentimentos de pena. O corpo com deficiência, conforme mencionado é, muitas vezes, visto como inadequado para atender às demandas da sociedade, especialmente no contexto da produtividade econômica e das expectativas idealizadas em relação à aparência e à capacidade física.

2.1 Principais aspectos na Antiguidade

No Antigo Egito (3100 a.C. e 30 a.C.), as crenças em relação às doenças graves e às deficiências físicas ou mentais eram profundamente influenciadas por concepções religiosas. Acreditava-se que tais condições eram causadas “por maus espíritos, por demônios ou por pecados de vidas anteriores que deviam ser pagos” (Pereira; Saraiva, 1987, p. 170). Baseado nisso, as pessoas com deficiência só poderiam ser curadas com intervenção divina ou pelos médicos-sacerdotes que se especializaram em livros sagrados e que, segundo os egípcios, podiam receber

poderes dos deuses. No entanto, é importante destacar que apenas os membros da nobreza, sacerdotes, guerreiros e seus familiares tinham o privilégio de receber assistência dos sacerdotes, enquanto o restante da população tinha condições de saúde negligenciadas devido às limitações sociais da época (Silva, 1987, p. 79).

Na Grécia Antiga (2000 a.C. e 168 a.C.), por exemplo, segundo os autores:

O corpo belo e forte era prova de saúde e força, requisitos necessários para o combate e a luta, para a conquista de novas terras, sendo que aqueles que não correspondem a esse ideal, como as crianças e os doentes, eram marginalizados e até mesmo eliminados ou abandonados à própria sorte para morrer. (Barbosa et. al, 2011, p. 25)

Essas atitudes discriminatórias foram alimentadas por padrões estereotipados de corpo "normal" e "saudável", socialmente construídos e diretamente ligados a interesses econômicos, considerando que um corpo que não produz ou que produza em menor quantidade, não tenha valor. Sendo assim, não basta apenas ter uma aparência considerada aceitável, é necessário ter um corpo que atenda aos ditames da dinâmica de trabalho organizada e gerida nos moldes da sociedade capitalista, especialmente, para fins de elevação da produtividade.

Em Esparta, existiam práticas nas quais os recém-nascidos eram submetidos a avaliações físicas por anciãos ou autoridades da comunidade. Se a criança era considerada saudável e forte o suficiente para se tornar um guerreiro no futuro, ela era entregue à sua família para ser criada. Essa prática de eliminar crianças consideradas fracas ou com deficiência era parte de uma percepção que valorizava a força e a aptidão física nas sociedades antigas. Era uma forma de seleção baseada na percepção da aptidão para a sobrevivência e a capacidade de contribuir para a comunidade. No entanto, se a criança não atendesse aos padrões físicos ou de saúde estabelecidos, eram eliminadas sendo jogadas em abismos ou abandonadas em cavernas (Silva, 1987).

Por isso, que os deficientes não eram aceitos pela sociedade grega, para eles os deficientes ainda crianças deveriam ser eliminados e o, mais impressionante do que essa concepção de eliminação eram como esses conceitos preconceituosos eram mencionados e defendidos por muitos, de uma forma natural e convincente, inclusive essa ideologia era defendida por grandes filósofos, como Platão e Aristóteles (Corrent, 2016, p. 6).

Na Roma Antiga (753 a.C. e 476 d.C.), além do sacrifício de crianças com deficiência, os pais poderiam escolher abandoná-los em certos locais onde a criança poderia ser resgatada e criada por outras pessoas. A prática da eliminação e do

abandono não representava nenhuma atitude negativa ou imoral e no caso dos romanos, pois eram amparados pela Lei das 12 Tábuas (450-449 a.C.). Conforme a Tábua Quarta 1: “É permitido ao pai matar o filho que nasceu disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos”. Apesar do infanticídio de crianças com deficiência ser legalizado, não era comum, devido a opção de abandono das referidas crianças em locais estratégicos. Porém, o acolhimento dessas crianças não ocorria baseado em empatia e compaixão mas, conforme iam crescendo, eram usadas como mercadoria em casas de prostituição, pedindo esmolas ou utilizadas em espaços de entretenimento, como por exemplo, nos circos e teatros da época (Silva, 1987, p. 89).

Embora a eliminação e o afastamento dessas pessoas do convívio familiar e social não fossem considerados imoral, o Cristianismo condenava essa prática, como descreve Silva (1987):

O Cristianismo foi muito relevante na mudança da mentalidade imperante no século IV, pois condenava abertamente muito do que o sistema vigente aprovava, como a libertinagem das pessoas solteiras, a perversão do casamento, a morte de crianças não desejadas pelos pais devido a deformações, dentre muitos (p.110).

Na concepção de Negreiros, o cristianismo trouxe consigo princípios de cuidado, compaixão e caridade, que começaram a influenciar as atitudes em relação às pessoas com deficiência:

Foi no vitorioso Império Romano que surgiu o cristianismo. A nova doutrina voltava-se para a caridade e o amor entre as pessoas. As classes menos favorecidas sentiram-se acolhidas com essa nova visão. O cristianismo combateu, dentre outras práticas, a eliminação dos filhos nascidos com deficiência. Os cristãos foram perseguidos porém, alteraram as concepções romanas a partir do Século IV. Nesse período é que surgiram os primeiros hospitais de caridade que abrigavam indigentes e pessoas com deficiências. (Negreiros, 2014, p.3).

Entretanto, embora o cristianismo estivesse possibilitando um tratamento menos violento, as pessoas com deficiência ainda sofriam com o afastamento e o isolamento social, que agora se davam por meio da institucionalização, como explica Corrent (2016):

A partir desse momento, as pessoas começam a se preocupar socialmente com os deficientes, quanto com o seu rumo, ou seja, para onde deveriam se instalar, mas mesmo com essa preocupação a sociedade não se transforma em boazinha da noite para o dia, ela tenta sanar o problema de forma que sua consciência não pese, mas também, não quer deficiente inserido em seu meio social, como algo natural, por isso que passam a ser criados orfanatos, prisões e manicômios, lugares para isolar, ou melhor, retirar de circulação os

deficientes, proporcionando o sentimento de missão cumprida, porque estavam os ajudando (p. 8).

No Brasil, durante o século XIV, o percurso histórico das pessoas com deficiência também iniciou com a eliminação e a exclusão dessas pessoas, comumente consideradas como incapazes, improdutivas, recebendo nomes pejorativos. Nessas condições, muitas ficavam perambulando pelas ruas e algumas eram colocadas (e, não raro, abandonadas) em hospitais e instituições religiosas, pois esses espaços não eram em número suficiente para atender a todas as pessoas que necessitavam.

Durante o período de escravidão, os escravos eram frequentemente submetidos a condições de trabalho insalubres nas casas de moinhos e fazendas de café. Além disso, “eram expostos a violências e a castigos brutais, conforme documentado em registros oficiais do século XVIII, que resultavam em muitos casos de mutilação e lesões graves”. Por fim, as guerras, tanto internas quanto externas, também contribuíram significativamente para o aumento do número de pessoas com deficiência devido aos ferimentos de combate (Pereira; Saraiva, 1987, p. 177 - 178).

Nesse sentido, a história de pessoas com deficiência, com diferentes idades, no Brasil e em outros países foi marcada por preconceito, discriminação, intolerância e abandono, muitas vezes, gerando mortes.

2.2 Modelo médico e modelo social da deficiência

A partir da Revolução Industrial (séc. XVIII) e avançando para o século XX (especialmente, após a Segunda Guerra Mundial), houve mudanças na percepção e tratamento das pessoas com deficiência. Uma das consequências da guerra foi um número significativo de sobreviventes e, por conta das batalhas, muitos desses acabaram sofrendo lesões físicas permanentes. As ações de caridade deram lugar a esforços mais institucionalizados para ofertar assistência e cuidados. No entanto, muitas dessas instituições frequentemente segregavam as pessoas com deficiência do resto da sociedade, levando-as ao afastamento e isolamento social contínuos. A partir da década de 1970, houve um movimento global em direção à sensibilização e à luta pelos direitos das pessoas com deficiência. Organizações e movimentos liderados por pessoas com deficiência lutaram por igualdade de oportunidades, acessibilidade, participação social e direitos civis. Progressivamente, houve uma mudança de paradigma, de um modelo baseado na caridade para um modelo

baseado nos direitos, onde as pessoas com deficiência fossem reconhecidas como cidadãos com direitos, dignidade e autonomia.

Em 1976 foi instituída a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que consistia em uma espécie de manual de classificação das doenças, criado para complementar a Classificação Internacional de Doenças (CID) e unificar os termos relacionados às lesões e às deficiências. Este era o principal documento utilizado pelo modelo médico, que define a deficiência como “consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos”. Desta forma, a deficiência é caracterizada como um problema individual e como citado pela autora “uma tragédia casual” (Diniz, 2007, p. 15).

Para o modelo médico a deficiência deveria ser tratada dentro do campo da medicina, em locais que funcionavam como uma reabilitação. O objetivo era afastar esse indivíduo do restante da sociedade numa tentativa de “normalizá-lo” fazendo com que estivesse apto novamente a voltar para o convívio familiar e social. Portanto, entende-se que o modelo médico limitava o indivíduo, já que considerava apenas suas lesões, deduzindo que tais condições eram fatores de impedimento para exercerem suas atividades ou conviver socialmente com outras pessoas. Em vista disso, o modelo médico foi considerado um modelo de opressão que compromete a emancipação das pessoas com deficiência.

Em 1972, Paul Hunt, um sociólogo com deficiência física, escreveu uma carta ao jornal inglês *The Guardian* (Reino Unido) com o intuito de relatar a precarização dos locais destinados a corpos com deficiência, a invisibilidade e o silenciamento que sofriam dentro desses espaços. Em virtude disso, propôs a formação de um grupo que pudesse ser voz e levar ideias de pessoas com deficiências que se encontravam isoladas nessas instituições precárias e com regimes autoritários perante o parlamento. Através dessa carta, surgiram várias indagações a respeito disso e após 4 anos, com Michael Oliver, Paul Abberley e Vic Finkelstein (todos sociólogos com deficiência física), nasce a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias). “Embora já existissem instituições para pessoas com deficiência há pelo menos dois séculos, além dos centros onde essa parcela da população era internada ou abandonada, a Upias foi a primeira organização política de pessoas com deficiência e não para pessoas com deficiência” (Diniz, 2007, p. 14-15).

O principal objetivo da Upias era redefinir a deficiência em termos de exclusão social. A deficiência passou a ser entendida como uma forma particular de opressão social, como a sofrida por outros grupos minoritários, como as mulheres ou os negros (Diniz, 2007, p. 16)

Ao se deparar com a discriminação e a desigualdade social, os sociólogos vinculados à Upias, começam a se indagar sobre a responsabilização das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência e identificam diversos aspectos provando que é a sociedade que não está preparada para corpos com lesões, limitando-lhes a participação social e resultando no isolamento e segregação desse grupo. Ao contrário da definição do modelo médico, para a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias), o termo lesão significa a falta de um membro corporal ou o funcionamento debilitado dele. Já a deficiência é a discriminação, representada pelo isolamento social voltado às pessoas por conta de suas lesões. Ou seja, a lesão é apenas uma característica de uma pessoa e a deficiência é o efeito negativo causado por esse traço, conforme reforça a autora:

Se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo. Houve, portanto, uma inversão na lógica da causalidade da deficiência entre o modelo médico e o social: para o primeiro, a deficiência era resultado da lesão, ao passo que, para o segundo, ela decorria dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão. Para o modelo médico, a lesão levava à deficiência; para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesões a experimentarem a deficiência. (Diniz, 2007, p.23)

Com o objetivo de questionar a forma em que a deficiência era compreendida, do levantamento das questões sociais e mostrando que a sociedade e as instituições não são preparadas para a diversidade de corpos, nasce a Upias. Porém, ainda tinham alguns desfalques e outras perspectivas que acabaram passando despercebidas e que deveriam ser analisadas. Por exemplo, o contexto em que esse indivíduo está inserido, pois isso afeta diretamente na maneira em que ele será colocado na sociedade, elaborando o conceito de interseccionalidade (Diniz, 2007).

O movimento feminista e as mulheres que compunham essa luta, foram essenciais para introduzir concepções importantes e ainda ocultas. As mulheres, assim como as pessoas com deficiência, eram alvos de inúmeras desigualdades e

eram reprimidas por conta do seu gênero¹, Sendo assim, elas compreendiam como era estar nessa posição de inferioridade e opressão social. Além disso, desde sempre as mulheres foram designadas a estarem nessa posição de subordinação e de cuidado, e é daí que surge uma das discussões abordadas pelas feministas: “cuidadoras dos deficientes” (Diniz, 2007, p. 61).

Até então, a concepção de pessoa com deficiência estava vinculada à primeira geração do modelo social, relacionado à discriminação sofrida pelos corpos com lesões e o discurso de emancipação de pessoas com deficiência. A segunda geração do modelo social, nos anos de 1990 e 2000, foi fundamentada a partir das perspectivas modernas e das críticas feministas. A partir desse segundo momento, trazem o sofrimento também das pessoas responsáveis por esses indivíduos que, em sua maioria, eram do gênero feminino. Pontuaram também como era importante olhar para as responsáveis pelos cuidados das pessoas com deficiência e como era comum o adoecimento das cuidadoras. Corpos sem lesões experienciando a deficiência. Algumas outras perspectivas foram trazidas pelas feministas e um dos principais aspectos foi salientar como a deficiência é presente em outras classes e que possui diversos atravessamentos como raça, gênero, orientação sexual etc. e o sofrimento de experienciar a opressão sob diversas óticas. Enfim, as feministas foram de suma importância para mostrar que o modelo social, mesmo sendo um avanço, ainda tinha pontos que precisavam ser considerados, já que o modelo foi criado, pela “elite dos deficientes” sendo homens brancos e saudáveis, excluindo a perspectiva de outros contextos sociais (Diniz, 2007, p. 63-69).

O modelo social foi criado e aprimorado justamente para relatar a deficiência sob outra perspectiva. O propósito era ressaltar que a opressão sofrida por essas pessoas era fruto de um preconceito estrutural, que hoje conhecemos como capacitismo. Sendo assim, a deficiência de tragédia natural, passou a ser compreendida como opressão social, identificada como a causa da discriminação a esses indivíduos. Discriminações essas que evidenciaram onde é mais fácil eliminar essas pessoas do convívio social do que adaptar os lugares para que elas também tenham a oportunidade de construir esses espaços com os demais, fazendo com que

¹ Sexismo: “Atitude preconceituosa que hierarquiza as pessoas em função do seu sexo. O sexismo prescreve condutas diferenciadas para homens e mulheres, subordinando o feminino ao masculino.” (CDGEN, nd) Para saber mais, acesse: <https://diversifica.paginas.ufsc.br/files/2021/06/CARTILHA-SOBRE-TROTE.pdf>

pessoas com deficiência possam usufruir da autonomia que elas têm como indivíduos sociais.

Mesmo com todas essas mudanças, esta categoria ainda sofre com comportamentos excludentes. O descaso com esse grupo de pessoas, ainda é bastante comum e pode aparecer de diversas maneiras, como a falta de participação, a violação de direitos e a violência.

2.3 Violência estrutural: o capacitismo como forma de preconceito e discriminação

Segundo o Capítulo I, Art. 2º, do Estatuto da Pessoa com Deficiência, é considerada Pessoa com Deficiência:

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

Além disso, caso necessário, a deficiência é avaliada por equipes multiprofissionais e interdisciplinares considerando os critérios destacados no artigo acima e na Lei nº 10.098/2000) que “estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras² de deficiência ou com mobilidade reduzida” (Brasil, 2000, Art. 1º).

O termo "estrutural" está diretamente relacionado à estrutura que, por sua vez, refere-se à organização fundamental de um sistema. A violência estrutural é um conceito que se refere a formas de violência que estão enraizadas nas estruturas sociais, políticas e econômicas de uma sociedade. Essa forma de violência não é necessariamente física, mas muitas vezes é manifestada por meio de desigualdades sistêmicas e práticas discriminatórias que perpetuam o isolamento de certos grupos.

Capacitismo é o termo utilizado para se referir à discriminação e o preconceito contra pessoas com deficiência. É uma forma de opressão que se manifesta quando indivíduos ou instituições perpetuam a ideia de que pessoas com deficiência são inferiores ou menos capazes que as pessoas sem deficiência, com base em estereótipos e preconceitos. Segundo Campbell (2001), o capacitismo está para as

² O termo “portador de deficiência” foi substituído por “pessoa com deficiência”, sendo ratificado no Brasil, com equivalência de emenda constitucional, pelo Decreto Legislativo n.186/2008 e promulgado pelo Decreto n.6.949/2009 (Câmara dos Deputados).

peessoas com deficiência, assim como o racismo está para os negros e o sexismo para as mulheres. Essas opiniões, muitas vezes, são baseadas em ideias equivocadas e generalizações, criando um imaginário pejorativo em relação à capacidade, autonomia e independência das pessoas com deficiência. Atitudes discriminatórias, estigmatização, falta de acessibilidade, isolamento social, linguagem ofensiva, estereótipos negativos, tratamentos injustos etc. São algumas formas em que o capacitismo se manifesta.

No mundo da produção em série, a estereotipia – que é seu esquema – substitui o trabalho categorial. O juízo não se apóia mais numa síntese efetivamente realizada, mas numa cega subsunção. Se, numa fase histórica primitiva, o julgar consistia num rápido discriminar capaz de desfechar sem hesitação a seta envenenada, nesse meio tempo a prática da troca e a administração da justiça fizeram seu trabalho. [...] Na sociedade industrial avançada ocorre uma regressão a um modo de efetuação do juízo que se pode dizer desprovido do juízo, do poder de discriminação. (Adorno, Horkheimer, 1985, p. 188)

O preconceito antecede o conhecimento e a experiência, de fato, e configura-se como um mecanismo de negação social, com declara Silva (2006, p. 426) “O indivíduo preconceituoso fecha-se dogmaticamente em determinadas opiniões, sendo assim impedido de ter algum conhecimento sobre o objeto que o faria rever suas posições e, assim, ultrapassar o juízo provisório”. Portanto, o preconceito é baseado em parâmetros superficial e generalizado daquilo que é diferente dos demais, como afirma a autora:

Vem também do medo do diferente, do que não é conhecido, podendo ser transformado em inferioridade, desigualdade e exclusão. O preconceituoso afasta esse “outro”, porque ele põe em perigo sua estabilidade psíquica. Assim, o preconceito cumpre também uma função social: construir o diferente como culpado pelos males e inseguranças daqueles que são iguais. (Silva, 2006, p. 426).

Ou seja, compreende-se que o preconceito soa como um mecanismo de defesa, fazendo com que as diferenças sejam ridicularizadas, logo que, seguir um padrão propicia um sentimento de pertencimento à ordem estabelecida, como afirma Horkheimer e Adorno (1973):

Para que se sintam alguém, essas pessoas têm necessidade de se identificar com a ordem estabelecida e essa identificação faz-se com tanto mais agrado quanto mais inflexível e poderosa for essa ordem. E dessa forma as particularidades são destroçadas em função da totalidade (p. 179).

Portanto, o preconceito é o julgamento baseado em estereótipos acerca de

indivíduos que pertençam a um determinado grupo e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias. Já a discriminação ocorre através de “tratamentos diferenciados podendo ser direta (de forma explícita); indireta (superproteção, baixa crença no potencial da pessoa com deficiência etc.); negativa (isolamento social, menosprezo, constrangimento etc.); ou positiva (ações afirmativas);” (Ferreira, 2009, p. 26-29).

Além disso, cabe destacar a definição de capacitismo presente no Glossário de termos relacionados à acessibilidade e deficiência, da Câmara dos Deputados:

Capacitismo: ato de discriminação, preconceito ou opressão contra pessoa com deficiência. É barreira atitudinal. Em geral, ocorre quando alguém considera uma pessoa incapaz, por conta de diferenças e impedimentos corporais. O capacitismo está focalizado nas supostas ‘capacidades das pessoas sem deficiência’ como referência para mostrar as supostas ‘limitações das pessoas com deficiência’. No capacitismo, a ênfase é colocada nas supostas ‘pessoas capazes’, as quais constituem a maioria da população e são supostamente consideradas ‘normais’.³

Essa forma de preconceito está atrelada à cultura da corponormatividade que é como chamamos o padrão estabelecido dentro do contexto social, a partir de crenças culturais profundamente enraizadas sobre normas de capacidade e normalidade, ressaltando que as diferenças das pessoas com deficiência os tornam incapazes.

Em 6 de julho de 2015, com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, foi instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Brasil, 2015, Art. 1º). Ainda de acordo com o Estatuto, no capítulo II é destacado que “toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” (Brasil, 2015, Art. 4º).

Para dar início ao processo de inclusão, é fundamental seguir um padrão de acessibilidade, cujo objetivo é eliminar essas barreiras sociais que limitam a

³ Glossário sobre acessibilidade (Câmara dos Deputados)

participação de pessoas com deficiência na sociedade,

barreiras: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros (Brasil, 2015, Art. 3º).

Barreiras estas que podem ser eliminadas através de:

- Acessibilidade urbanística e arquitetônica: nas vias, espaços públicos e privados, de uso coletivo (como rampas, elevadores, piso tátil etc.);
- Acessibilidade metodológica: eliminar barreiras de ensinos, treinamentos e de desenvolvimento;
- Acessibilidade comunicacional e de informação: legendas, audiodescrições, janelas de libras etc.
- Acessibilidade tecnológica: sites, aplicativos e documentos digitais acessíveis;
- Acessibilidade instrumental: ferramentas e utensílios que possibilitem a inclusão (ledores, braile etc.);
- Acessibilidade atitudinal: aceitar a diversidade humana com naturalidade (Brasil, 2015, Art. 3º).

À medida em que valorizamos sujeitos e corpos padronizados e ditos como “normais”, revela-se uma das principais formas em que essa opressão se manifesta na sociedade, por meio das barreiras atitudinais. São aquelas que com atitudes ou comportamentos impedem ou prejudicam a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. Ou seja, cujas relações humanas centram-se nas limitações dos indivíduos e não em suas potencialidades (Mello, 2016).

A discussão sobre pessoas com deficiência tem crescido nos últimos anos, embora seja bastante recente ainda. Mesmo a inclusão sendo garantida em Lei e amparada pela constituição, ocorre o que chamamos de capacitismo estrutural, recorrente de uma igualdade abstrata baseada na tolerância, como cita Rouanet

(2003):

A implantação de uma cultura da tolerância é um cessar-fogo na guerra das diferenças, mas ainda não é a paz. As diferenças não devem ser apenas toleradas, porque do contrário elas se reduziram a um sistema de guetos estanques, que se comunicariam apenas no espaço público (p. 11).

A partir disso, é possível observar um movimento de diversidade e inclusão seletiva presente nas instituições e organizações, que utilizam das brechas da Lei para benefício próprio. É frequente situações em que empresas integram pessoas com deficiências consideradas “menos severas”, pois assim não há necessidade de uma mudança, de fato, no ambiente físico para receber aquela pessoa. Ainda ocorre situações em que pessoas com deficiência são contratadas para determinados cargos, mas acabam sendo destinadas a outras funções, consideradas “mais fáceis”. Além disso, a inclusão muitas vezes acaba sendo adotada apenas por marketing, onde utilizam pessoas com deficiência para promover a imagem das empresas, reforçando a integração social, que diferente da inclusão.

De acordo com Sassaki (1997) a integração social,

tinha e tem o mérito de inserir o portador de deficiência⁴ na sociedade, sim, mas desde que ele esteja de alguma forma capacitado a superar as barreiras físicas, programáticas e atitudinais nela existentes [...] a integração constitui um esforço unilateral tão somente da pessoa com deficiência e seus aliados (p. 33)

Logo, a integração social tinha como objetivo inserir a pessoa com deficiência na sociedade, mas não garantia os meios necessários para que houvesse essa inserção. Ou seja, a integração era feita por mérito pessoal da pessoa com deficiência, que caso sentisse o desejo de se inserir, teria que achar uma solução para os problemas encontrados. Além disso, era comum que essa inserção fosse por meio de ambientes separados para pessoas com deficiência, como por exemplo, atendimentos em horários diferenciados dos demais ou salas específicas dentro de escolas, empresas etc destinadas a essas pessoas. O que favorecia o isolamento social e desresponsabilizava a organização de qualificar os espaços para receber corpos diversos.

No entanto, de acordo com o mesmo autor, a inclusão social

⁴ Conferir nota de rodapé n.2.

constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas e a sociedade, buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos (Sasaki, 1997, p. 3).

Deste modo, ela tem o papel de suprir a integração social, encarregando-se de garantir que os espaços e instituições estejam apropriados para compor a diversidade dos corpos superando o preconceito e a discriminação.

No entanto, a inclusão social por si só não é suficiente quando nos referimos ao pertencimento das pessoas na sociedade. Somente incluir não faz com que tenha permanência nesses espaços, considerando os vários atravessamentos que perpassa a realidade de cada indivíduo. Ao relacionar a inclusão social com a política de assistência social, Potyara (1997) declara:

incluir e manter incluído é uma tarefa da política de assistência social no seu intento, não de resolver a desigualdade social, mas de dar condições básicas aos indivíduos marginalizados para que eles adentrem no circuito das institucionalidades, permaneçam nele como sujeitos ativos e participem da composição de forças políticas do sistema que os engendra e quer mantê-los apartados e conformados (p. 125)

Em suma, além de incluir, é necessário capacitar os indivíduos enfatizando que todos somos sujeitos de direitos, fomentando a emancipação e a participação social, que é fundamental para o pertencimento e, conseqüentemente, a permanência. Além disso, é fundamental que as políticas públicas se correlacionem entre si, tornando possível essa continuidade.

Ao longo do tempo, é possível perceber como a participação social das Pessoas com Deficiência ainda é afetada por diversos atravessamentos. Esses, baseados em práticas discriminatórias, que continuam propagando a opressão e o isolamento social, indo em contradição com os princípios de emancipação e igualdade, que fazem parte da luta da classe. Dessa forma, as Pessoas com Deficiência continuam a deparar-se com diversas barreiras que prejudicam sua condição como sujeitos na sociedade e limitam sua capacidade de fazer escolhas autonomamente, bem como sua integração social, além de prejudicar o acesso à serviços e recursos essenciais (CFESS, 2019).

A exclusão social não se limita apenas à disparidade econômica entre ricos e pobres, mas abrange um conjunto mais amplo de fatores e dimensões. Essa

discussão deixa de ser apenas sobre poder aquisitivo, sobre quem retém capital ou não, mas também separa aqueles que têm acesso aos privilégios e oportunidades da sociedade moderna daqueles que são marginalizados e excluídos dessas oportunidades. Portanto, compreende-se que a exclusão social se manifesta também através da falta de acesso à serviços de saúde e educação de qualidade, moradia adequada, participação política significativa e reconhecimento social. Ou seja, pode-se afirmar que a exclusão social é um fenômeno multidimensional que vai além de bens materiais ou a detenção de capital do indivíduo, no entanto, ela evidencia um compilado de desvantagens que impossibilitam que o indivíduo atingido por ela se reconheça como um sujeito de direitos (Pereira, 1997).

Para a superação da exclusão social, incluir é o primeiro passo, ainda que por si só, não resolve o problema, de fato. A inclusão social não é suficiente para garantir a continuidade do acesso aos serviços, nem para eliminar as vulnerabilidades que atravessam determinadas classes. Portanto, como já referenciado no presente trabalho, a inclusão social vai além de incluir, mas também de promover o senso de pertencimento do indivíduo aos espaços, resultando na permanência, como destaca a autora:

É por isso que se aponta para uma outra função da assistência social, além da inclusão: a de manutenção inclusão como condição para o pertencimento social. Para tanto, a assistência terá de contar com a coparticipação das demais políticas públicas, inclusive a do trabalho digno, para que o pertencimento do sujeito se faça possível em todas as esferas da atividade humano-social (Pereira, 1997, p. 125)

Há diversos âmbitos profissionais que desempenham papel fundamental no processo da inclusão, as intervenções do Serviço Social visam não apenas amenizar os efeitos da exclusão social, mas também abordar suas causas estruturais, intervindo na realidade e possibilitando mudanças sistêmicas que levem a uma sociedade mais inclusiva. Considerando o projeto ético-político do Serviço Social, o assistente social tem compromisso com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Compete ao profissional transformar a realidade dos indivíduos promovendo uma nova forma de convivência social, livre de relações de opressão, exploração e discriminação.

Cabe acentuar que se faz necessária a leitura crítica quanto a incorporação das categorias inclusão social e exclusão social no cerne da política pública, considerando-se que são bastante porosas a diferentes interpretações,

especialmente, quanto à “superação de importantes conceitos que remetiam à desigualdade social, pobreza e luta de classes” (Paiva, 2006. p. 20).

3 CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA-EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

3.1 Representações parentais e a criança com deficiência

A coponormatividade está atrelada à idealização do corpo normal, belo, saudável e funcional. De acordo com Stern (1997), essa idealização surge antes mesmo do nascimento do bebê, no decorrer da gestação. Durante a gravidez, vai se formando a ideia de maternidade e de paternidade, portanto, nesse momento vai se construindo a representação mental do bebê, que se instensifica a partir dos 4 meses de gestação, atingindo seu apice no 7º mês. A expectativa dos pais faz com que não só a aparência do bebê seja idealizada, mas a dimensão de capacidade (tanto física quanto mental) e a dimensão de futuro também sejam fantasiados. Desta forma, esse indivíduo antes mesmo de seu nascimento, já possui um padrão estético e de vida pré-determinados, como afirma Fiamenghi e Messa (2007):

Os pais projetam uma criança em suas mentes e, desde o princípio da gravidez, fantasiam sobre o sexo do bebê, o desempenho na escola, a carreira e a orientação sexual que irão ter. O lugar da criança na família é determinado pelas expectativas que os progenitores têm sobre ela (Fiamenghi; Messa, 2007, p.239)

Essas dimensões ilustram como as representações parentais vão além da simples expectativa física e envolvem aspectos estéticos, cognitivos e futuros. Elas também destacam a influência das fantasias e desejos dos pais na formação da imagem idealizada do bebê. Essas representações podem ter impactos significativos no modo como os pais interagem e cuidam de seus filhos. Considerando que, segundo Buscaglia (1997), a família é uma força social, logo essa interação será determinante na influência dos pais para com os filhos, conseqüentemente impactando no comportamento humano e na formação da personalidade dessa criança. Ao nascer uma criança com deficiência, há uma quebra de expectativas. Toda ligação que esses pais tinham com a criança idealizada e suas fantasias para o futuro, são rompidas. “Toda a criança com deficiência nasceu perfeita e ideal, de um pai e mãe perfeitos que, no seu filho, podiam ser ainda mais perfeitos” (Franco, 2015, p. 209). A partir disso, o sentimento de luto se faz presente e com ele um turbilhão de dúvidas e emoções.

No primeiro momento ocorre a negação, é comum ouvir frases como “não, comigo não”, “isso não pode ser verdade” ou “deve ter algum engano”. O filho idealizado não veio, toda e qualquer possibilidade para essa criança é encerrada nesse momento. É necessário recalculiar a rota, reimaginar tudo a partir desse instante. Portanto, é comum nesse estágio os pais buscarem segundas opiniões médicas em especialistas pelos quais julgam mais competentes na tentativa de reverter o diagnóstico. Porém, em contrapartida, um comportamento frequente é reafirmar a negação, não aceitando a realidade e seguindo com os mesmos cuidados nos quais teriam com crianças sem deficiência, perdendo muitas vezes o melhor momento para iniciar intervenções ou tratamentos com resultados benéficos para a criança a curto ou longo prazo, como citado por Franco (2015):

A negação fundamental não se refere à negação da realidade da criança em si. Refere-se à tentativa de negar a descontinuidade entre o bebê idealizado e a criança real. Acontece sempre que o interesse pela criança alimenta a ilusão de que, com um pouco mais de terapia, de esforço de educadores, de apoios de algum tipo, a criança real pode corresponder à criança idealizada. A negação é também a negação do desaparecimento do bebê imaginário e da sua idealização (p. 210).

Em resposta ao sentimento de negação, é natural o isolamento e a raiva. Frequentemente são proferidas frases como “o que eu fiz pra merecer isso?”, na tentativa de encontrar um motivo. A culpa é dos pais? Dos médicos? De Deus? Da sorte? Existe um culpado? Culpa é mesmo o termo correto? Diversos questionamentos surgem buscando justificar o ocorrido. Além disso, é comum o isolamento devido a insatisfação, a vergonha e a rejeição, afinal, a idealização da criança não é somente dos pais. Logo, essa sensação é substituída por uma aceitação parcial e geralmente é acompanhada da fé, nesse momento podem ocorrer orações, rezas e promessas, afim desse quadro ser revertido. Ao perceber que não haverá essa reversão, a família cai em estado de sofrimento, como pontuado por Buscaglia (1997):

Os processos podem variar; haverá aqueles que se darão conta de imediato do que pode ser feito a respeito do problema, que esse é real e está presente. Aceitarão a dificuldade como algo inevitável e, de uma eira realista e equilibrada, a encararão, como fizeram em situações de tensão anteriores. Escolherão formas alternativas de conviver com os problemas e buscarão modos novos e construtivos para lidar com o desespero inevitável. No outro extremo, estão aqueles que passarão a vida toda se banhando em lágrimas de autopiedade e martírio, sentindo-se perdidos, incompreendidos e não-amados, num isolamento auto-imposto. A maior parte dos pais de excepcionais se

encontrará em algum ponto entre os dois extremos ou talvez oscilando entre um e outro (p. 104).

Diante disso, o resultado é um sentimento de fragilidade, tristeza e dor, o período de depressão. Nesse momento, é recordada toda a idealização, o sofrimento emocional é constante lembrando de tudo aquilo que foi arquitetado desde o descobrimento da gestação até então. O momento de ruptura com a fantasia é revivido diversas vezes, a angústia experienciada é latejante e as perdas iminentes. Toda a expectativa se transforma em vazio. Porém, esse período precisa ser vivenciado para que possa ser superado.

Por fim, após vivenciar todos os estágios do luto, superar as primeiras emoções e se conformar com a realidade, vem a aceitação. Porém, Souza e Taverna (2014) diz “Não se confunda aceitação com um estágio de felicidade. É quase uma fuga de sentimentos”. No entanto, compreende-se que aceitar não significa concordar, de fato, mas conformar-se. Afinal, embora esse processo se assemelhe ao luto, diferente do que ocorre em experienciar a morte, não há, de fato, um fim nessa relação. Pelo contrário, a criança permanece, junto a deficiência. Desta forma, a ligação estabelecida durante a gestação com a criança imaginária, é rompida e surge a necessidade de criar novos vínculos com a criança real. Assim conclui Buscaglia:

A princípio, pode ser difícil separar a criança da deficiência, mas caso essa diferenciação não seja feita, o ressentimento que a família sente em relação à deficiência pode inconscientemente transformar-se em rejeição pela criança. Quando isso ocorre, não haverá nenhuma terapia familiar eficaz. (Buscaglia, 1997, p. 127)

Como já mencionado, todo esse processo tem impactos significativos no modo como os pais interagem e cuidam de seus filhos. Logo, a relação familiar com a criança com deficiência terá influência de alguns fatores como

a história de cada membro, as situações de conflito atravessadas anteriormente e como foram solucionadas, o sistema de crenças, a capacidade de enfrentar situações de mudança, a existência ou não de um lugar para a criança com deficiência [...], o nível de expectativas, a capacidade de comunicação do grupo familiar, o nível cultural e socioeconômico da família, a existência ou não da rede de apoio [...] a possibilidade de que a família esteja enfrentando outra crise simultânea à do nascimento da criança com deficiência (Fiamenghi; Messa, 2007, p. 242)

Em vista disso, compreende-se que vivenciar a deficiência é uma experiência

particular, não só de cada família, mas de cada indivíduo, considerando que dentro do mesmo ambiente familiar, cada membro sentirá de forma diferente. Portanto, é fundamental que todo o contexto seja considerado quando observamos o cenário da deficiência.

o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, podendo comprometer a capacidade de cuidar do filho deficiente, visto que a família vivencia uma situação de desgaste (Guerra et al. 2015, p. 462)

Foi realizado um estudo pela área da saúde na Associação de Deficientes Amigos de Timbaúba (ADAT) em 2013, que teve como metodologia uma pesquisa empírica utilizando o instrumento de entrevista, com o objetivo de dialogar sobre a experiência de mães de filhos com deficiência⁵. Diante disso, foi identificado relatos de mães como *“na minha mente já passou várias besteiras, às vezes eu grito, falo alto, cheguei até um ponto que eu me desesperei e disse: Meu Deus! Tira a minha vida e a vida da minha filha, porque é melhor morrer, pois eu não aguento essa vida que eu estou vivendo, não aguento mais!”* e *“eu não aceitava, por ser meu primeiro filho, e ficava me perguntando por que Deus tinha me dado um filho especial, e não um filho perfeito assim, aos nossos olhos. Tinha muita dificuldade de sair com ele, de lidar com as outras pessoas, assim, um certo preconceito partindo de mim mesma”*. A partir disso, é possível identificar alguns dos sentimentos experienciados por essas mães e como a sobrecarga é presente em grande parte dos relatos (Guerra et. al., 2014, p. 463).

Enquanto a figura paterna carrega o papel de provedor da casa, historicamente, a responsabilização do cuidado recai sobre a mulher. Devido a isso, a sobrecarga está presente na maior parte dos relatos das mães presente nos artigos. Ao mesmo tempo que, os pais costumam se queixar do desgaste devido ao aumento da rotina de trabalho, em razão de, na maioria das vezes as mulheres terem que abandonar atividades laborais para se dedicar ao filho com deficiência que por muitas vezes demanda mais gastos devido a sua condição (Dantas et.al, 2019; Polezi, 2021).

Em função disso, ao mesmo tempo que dividir as tarefas de cuidado é uma estratégia para o enfrentamento dessa rotina, também é considerado fator causador

⁵ Para saber mais, acesse: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DMQ4DjQyYFbJ45VCdDKfhDg/?format=pdf&lang=pt>

de conflitos. Portanto, desse modo, é comum as relações conjugais serem enfraquecidas e, muitas vezes, levando a separação dos genitores. Por consequência, é habitual que a genitora assuma os cuidados sozinha resultando no amplo desgaste da mulher. Além de que, fatores como a vergonha, a insegurança e os estigmas sociais relacionados à deficiência, enfraquecem as relações para além do núcleo familiar, afetando também sua rede de apoio (Dantas et.al, 2019).

Em razão disso, é possível inferir que a responsabilização dos cuidados, que comumente recaem sobre a família, é um importante fator causador-da sobrecarga e, conseqüentemente, de desgaste. O mais grave é que sentimentos como esses, podem desencadear situações de violação de direitos da criança.

3.2 Aspectos da violência e do panorama brasileiro da violência contra crianças com deficiência

A pessoa com deficiência, seja ela sensorial, mental ou física, já é colocada automaticamente em uma posição de hierarquização em relação à pessoa sem deficiência, que geralmente ocupa o lugar de poder entre essas interações. Isso pode ser ainda mais perceptível se a pessoa com deficiência pertencer a mais de um grupo de vulnerabilidade, como acontece com mulheres, pessoas idosas e crianças.

A violência nada mais é que a violação de algo. De acordo com a OMS, a definição é dada como:

[...] uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002)

Para a Lei Brasileira de Inclusão (LBI), a violência é considerada “qualquer ação ou omissão, praticada em local público ou privado, que lhe cause morte ou dano ou sofrimento físico ou psicológico” (BRASIL, 2015, Cap. 3, parágrafo único).

No entanto, essas definições compreendem a violência como um acontecimento isolado. Já para Chauí (2018), a violência abrange outros fatores e é uma forma de relação social, como conceitua a autora:

1. tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2. todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3. todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma

coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4. todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito (é espoliar ou a injustiça deliberada); 5. conseqüentemente, violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão e pela intimidação, pelo medo e pelo terror. (Chauí, 2018, p. 71)

É fundamental que a violência seja compreendida em sua totalidade, considerando não apenas o ato em si ou fatores isolados, mas também os contextos sociais, culturais, econômicos e políticos envolvidos. Como destacado por Silva (2008, p. 34) é um “fenômeno universal que se particulariza sob dadas condições e se expressa inteiramente nas singularidades”.

Por se tratar de um fenômeno bastante amplo e intrínseco à história da sociedade, não existe apenas um conceito que englobe tudo aquilo que é entendido como atos de violência. Porém, na tentativa de facilitar a compreensão, a OMS dividiu o conceito, considerando suas características, em três categorias:

- Violência dirigida a si mesmo: pensamentos e/ou tentativas de suicídio e automutilação;
- Violência interpessoal: podendo ser familiar e do parceiro íntimo ou comunitária, entre pessoas sem parentesco, se conhecendo ou não;
- Violência coletiva: podendo ser social, econômica ou política. Por exemplo, guerras, crimes de ódio, negar acesso a serviços essenciais etc. (OMS, 2002, p. 6).

Além disso, atos de violência podem ser de natureza:

- física: utilização de força física, como golpes, agressões, empurrões etc;
- sexual: abusos, assédio, estupro etc;
- psicológica: ameaças, humilhações etc;
- envolvendo privação ou negligência: deixar de oferecer cuidados básicos, como alimentação, higiene, medicamentos etc. (OMS, 2002, p. 6).

Independente de sua natureza e de sua tipologia, há algo em comum em todas as situações de violência: relações de poder. O autor da violência costuma exercer controle sobre a vítima e no caso de pessoas com deficiência é ainda pior, considerando que

a vítima depende do agressor para fins físicos, apoio psicológico ou econômico ou para outras necessidades; a vítima não tem controle sobre as ações de outras pessoas que o potencial de invadir, perturbar ou negar o bem-estar; a vítima não possui status, credibilidade ou "voz" em relação a pessoas ou sistemas em condições de infligir, impedir ou melhorar o dano (The Roeher Institute, 1994).

O que tende a ser ainda mais grave quando as vítimas são crianças, considerando que os vínculos entre pais e filhos costumam ter relações baseadas em controle e autoritarismo, como citado por Ceconello, Antoni e Koller (2003):

A relação entre pais e filhos ilustra uma típica situação na qual existe uma concentração de poder na figura dos pais. Existem, no entanto, duas maneiras pelas quais os pais podem utilizar este poder para alterar o comportamento dos filhos: a primeira, através de uma disciplina indutiva, que objetiva uma modificação voluntária no comportamento da criança; e a segunda, através de técnicas que reforçam e reafirmam o poder parental, como práticas coercitivas (p. 46)

A disciplina coercitiva envolve o uso direto de força e poder pelos pais, incluindo punições físicas, privação ou ameaças, para controlar o comportamento da criança. Essas práticas podem provocar emoções negativas, como medo e ansiedade na criança, o que pode interferir em sua capacidade de ajustar seu comportamento de forma apropriada e ter impactos significativos à longo prazo. Devido à isso, o desenvolvimento da criança é comprometido e ela passa a não saber identificar e diferenciar certos sentimentos, como afirmam Ceconello, Antoni e Koller (2003, p. 49) “a punição gera uma confusão de sentimentos, ocasionando a falta de discernimento entre amor, dor, ódio e submissão”. Em contrapartida ao que os pais acreditam, essa forma de disciplinar, além de prejudicar a capacidade de discernimento da criança, terá consequências a longo prazo, como a reprodução dos mesmos comportamentos em suas futuras relações sociais, perpetuando um ciclo de violência.

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), baseado em dados extraídos do Disque 100⁶, em 2019 foram recebidas 12.868 denúncias de violação de direitos contra pessoas com deficiência. Conforme o relatório disponibilizado no site do referido Ministério⁷ “pode-se concluir que o perfil mais encontrado da pessoa com deficiência vítima de violação de direitos humanos é daquela de sexo feminino, com deficiência mental, de cor branca, com idade entre 18 a 59 anos, com ensino fundamental incompleto”.

⁶ Serviço de utilidade pública destinado à denúncias relacionadas a violação de direitos humanos com enfoque em grupos de vulnerabilidade social. Para saber mais, acesse: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/denunciar-violacao-de-direitos-humanos>

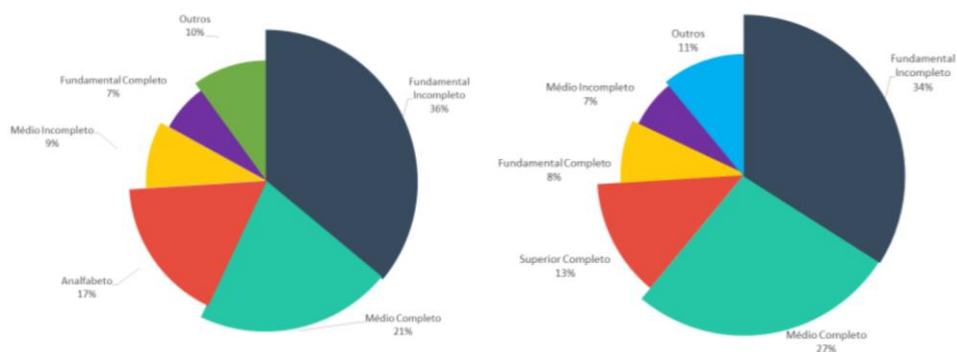
⁷ <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/disque-100-12-9-mil-denuncias-de-violacoes-contra-pessoas-com-deficiencia-em->

Analisando os dados, é possível identificar um perfil para essas vítimas, no entanto, esses indicadores sofrem com a subnotificação das ocorrências. Além do resultado captado pela pesquisa, há diversos casos onde as vítimas não conseguem denunciar. “Crianças e adolescentes com deficiência sofrem violência numa taxa anual 1,7 maior do que entre aqueles sem deficiência” (Cavalcante et al., 2009, p. 47), portanto, a ausência de dados relacionados a crianças e adolescentes podem estar relacionados à falta de informação sobre direitos e a dificuldade de acesso aos canais de denúncias.

Em relação à raça, 45% das vítimas registradas eram brancas, 41% pardas e 12% negras. Porém, existe a possibilidade de subnotificação dos casos como consequência da dificuldade de acesso aos serviços de saúde e canais de denúncia por parte da população negra. A alta porcentagem de denúncias sem informação de raça/cor também podem ter influenciado os resultados. Além do que, há uma naturalização da violência e não entendimento da negligência como violação de direitos (Delfino et. al, 2005, p. 44).

Apesar de que a renda familiar não esteja ilustrada nos dados retirados do disque 100, há indicadores de escolaridade que “Embora seja um fator independente, Salvato, Ferreira e Duarte (2010) afirmam que escolaridade apresenta certo grau de relação com a renda e conseqüentemente condições socioeconômicas” (Aquino, et. al, 2021, p. 101).

Figura 1 – Escolaridade da vítima e, em seguida, do suspeito



(MDH, 2019, p. 89 e 91)⁸

⁸ Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/Relatorio_Disque_100_final.pdf

https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/Relatorio_Disque_100_final.pdf

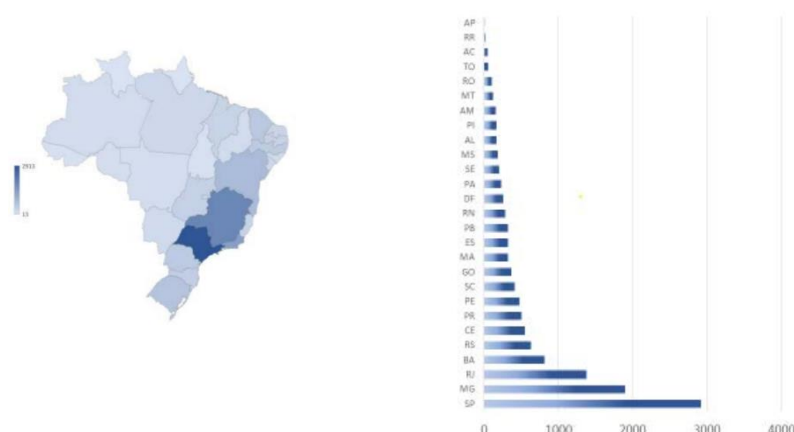
(Figura 1 – Descrição de imagem: A figura apresenta dois gráficos. O primeiro gráfico retrata a escolaridade da vítima e está dividido da seguinte forma: a fração maior, com 36%, na cor azul escuro, representando o ensino fundamental incompleto. A segunda fração, com 21%, na cor azul esverdeado, representando o ensino médio completo. A terceira fração, com 17%, na cor vermelha, representando analfabetos. A quarta fração, com 10%, na cor verde claro, representando outros. Na quinta fração, com 9%, na cor amarela, representando o ensino médio incompleto. E, por último, com 7%, na cor roxa, representando o ensino fundamental completo. Já o segundo gráfico, retrata a escolaridade do suspeito, dividido da seguinte forma: : a fração maior, com 34%, na cor azul escuro, representando o ensino fundamental incompleto. A segunda fração, com 27%, na cor azul esverdeado, representando o ensino médio completo. A terceira fração, com 13%, na cor vermelha, representando superior completo. A quarta fração, com 11%, na cor azul claro, representando outros. Na quinta fração, com 8%, na cor amarela, representando o ensino fundamental completo. E, por último, com 7%, na cor roxa, representando o ensino médio incompleto.)

O fenômeno da violência não é exclusividade das classes baixas, se perpetua em todas as camadas sociais e se manifesta de diferentes formas. “Mesmo nas famílias com maior poder aquisitivo ou com maior escolaridade, a violência infantil acontece, mas o que ocorre é uma violência mais velada, e com maior sigilo do que em famílias menos privilegiadas”. Sendo assim, embora seja comum episódios de violências em famílias de classes mais altas, o percentual de denúncias é mais elevado em locais e famílias com menor poder aquisitivo. Considerando que status social, cargos políticos, vergonha, dependência financeira etc. são aspectos que impossibilitam as denúncias (Aquino et.al, 2021, p. 102; Perozzi, 2007, p. 10).

No entanto, fatores socioeconômicos, como desemprego, pobreza e violência sistêmica são potencialidades para tais situações, considerando os impactos profundos nas famílias, limitando seu acesso a recursos básicos e dificultando a formação de redes de apoio. Esse cenário pode levar ao isolamento das famílias e, como consequência, aumentar a incidência de violência doméstica (Cavalcante et. al, 2009, p. 47).

O isolamento das famílias também se dá por meio dos locais onde residem. Analisando os dados do disque 100 é possível observar que os estados mais populosos do Brasil, são os que possuem maiores índices de denúncias registradas, além do que a maioria, são os estados com maiores IDH do país, como ilustrado no gráfico abaixo:

Figura 2 – Índice de denúncias por Estado



(MDH, 2019, p. 87)⁹

(Figura 2 - descrição de imagem: A figura apresenta uma pirâmide que retrata os Estados brasileiros com maior registros de denúncias. Ao lado da pirâmide, está o mapa do Brasil em diferentes tons de azul. Os Estados com maiores números de denúncia estão na base da pirâmide e preenchidos de azul escuro no mapa, entre eles estão: São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro. Logo, segue a seguinte ordem: Bahia, Rio Grande do Sul, Ceará, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, Goiás, Maranhão, Espírito Santo, Paraíba, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Pará, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Piauí, Amazonas, Mato Grosso, Rondônia e Tocantis. O topo da pirâmide é bastante estreito e os três Estados com menores registros são: Acre, Roraima e Amapá.)

Além disso, cidades do interior ou áreas rurais, também sofrem com a subnotificação devido ao isolamento social desses locais, ademais, são atravessados por outros fatores.

As pessoas que residem em áreas rurais tendem a enfrentar inúmeras barreiras, em comparação àquelas que residem em áreas urbanas, mesmo considerando a população com características socioeconômicas semelhantes. Dentre essas barreiras, têm-se o acesso precário aos serviços de saúde, a carência de transporte e as distâncias geográficas (Bandeira et. al, 2023, p. 1).

Quando nos referimos a áreas rurais, é fundamental salientar que até os dias de hoje, o estilo de vida nesses locais ainda são fortemente enviesados pelas questões de gênero estruturadas pelo patriarcado, reproduzindo relações de dominação masculina, que também define a divisão do trabalho. Ou seja, considerando que as famílias vivem em torno da agricultura, os homens ficam responsáveis pelos trabalhos nos campos e as mulheres, o trabalho doméstico e de cuidados, resultando em sobrecarga. Desta forma, a violência doméstica a diversos grupos vulneráveis são potencializadas. Além disso, muitas crianças com deficiência

⁹ Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/Relatorio_Disque_100_final.pdf

https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020-2/junho/Relatorio_Disque_100_final.pdf

residentes em áreas rurais, “não frequentam a escola, devido a falta de acessibilidade, impossibilitando a criação de vínculos com a comunidade e de rede de apoio, dificultando ainda mais que as violações de direitos sejam identificadas” (Bandeira et. al, 2023, p. 5).

Para uma melhor visualização, foi elaborado um quadro com dados do disque 100 dos últimos 2 anos, referente ao estado de Santa Catarina (considerado com alto IDH), para verificar o número de denúncias recebidas, o quantitativo que envolve pessoas com deficiência e, dentre elas as de até 12 anos, na capital Florianópolis.

Figura 3 – Dados extraídos do disque 100¹⁰

Período	Total	PcD	Até 12 anos	SC	Florianópolis
2023.2	1.048.575	130.582	20.356	788	90
2023.1	1.048.575	165.492	26.885	956	125
2022.2	938.168	177.175	24.238	969	78
2022.1	733.051	32.084	-	855	66

Autora: Monetchelle Bianchi Souza

(MDHC, 2023, n/d)

(Figura 3 - descrição de imagem: Tabela com dados semestrais do Disque 100 de 2022.1 à 2023.2. A tabela possui 6 colunas que representam o período, o total de registros contra Pessoas com Deficiência do semestre, quantas dessas tinham até 12 anos, quantos registros eram de Santa Catarina e, por fim, quantos foram na capital Florianópolis.)

O isolamento social é um dos principais fatores que oportunizam a violação de direitos, principalmente quando nos referimos a crianças e, nesse caso, com o agravante da deficiência, considerando que, geralmente, as violações ocorrem dentro da casa da vítima. De acordo com o relatório do disque 100 de 2019, 69% das denúncias registradas indicam a casa da vítima como o local da violação, enquanto que na casa do suspeito, esse número cai para 8%.

¹⁰ Os dados disponíveis no site do MDHC são divididos por semestre. Porém, ao observar o quadro de 2023.1 e 2023.2 nota-se a semelhança no total de denúncias recebidas. Portanto, há possibilidades de erro no total de notificações.

Figura 4 – Localidade da ocorrência



(MDH, 2019, p. 88)

(Figura 4 - descrição de imagem: A figura está dividida em três círculos. O primeiro círculo possui uma margem azul, que preenche um pouco mais da metade da borda, representando a porcentagem de 69%, que está escrita ao centro, também em azul. O segundo, possui uma pequena margem verde representando 8%, número escrita ao meio. E, por fim, o terceiro círculo possui uma margem amarela que preenche um pouco menos da metade, representando a porcentagem de 23%, que está escrita ao meio também em amarelo.)

Além disso, os dados apontam que, geralmente, os principais suspeitos são pessoas ligadas ao convívio familiar da vítima como, por exemplo, pais, irmãos e cuidadores. A rotina do cuidado de uma criança demanda bastante tempo e dedicação, ainda maior quando nos referimos à uma criança com deficiência, que na maior parte das vezes, se não em todas, resulta em sobrecarga. De acordo com Silva e Dessen (2014),

os genitores de crianças, independentemente do tipo de deficiência, se mostram mais suscetíveis à vivência de estresse, o que, por sua vez, aumenta a probabilidade de agirem por meio da raiva e da explosão dos sentimentos, favorecendo ainda mais o uso de práticas coercitivas com seus filhos (p. 428)

O que tende a ser ainda pior, quando a criança apresenta múltiplas deficiências ou deficiências específicas, como destacado: “mães de crianças com deficiência intelectual experienciam mais estresse que os pais nesse mesmo grupo e também que as mães de crianças com desenvolvimento típico” (Pereira et. al, 2018, p. 2). Considerando esses aspectos, pode-se afirmar que as deficiências envolvem diferentes desafios,

A maior exposição a diferentes tipos de violência, entre as crianças e jovens com deficiência mental ou múltiplas deficiências, justificar-se-ia na dificuldade de manejo dessas pessoas em suas atividades diárias, e também, na atenção prestada pelos cuidadores (Mello et al. 2021, p. 5)

Como ilustrado no gráfico extraído do relatório do disque 100 (2019):

Figura 5 – Deficiência da vítima



Figura 5
(MDH, 2019, p. 90)

(Figura 5 - descrição de imagem: A figura é dividida em 6 linhas, cada uma delas representa um tipo de deficiência e ao lado, a porcentagem que aparece nas denúncias. Na primeira linha, está escrito "indefinida" com uma pequena barra vermelha ao lado representando 8%. Na segunda linha, está a deficiência auditiva, com uma pequena barra azul escuro representando 3%. Na terceira linha, a deficiência visual com uma pequena barra laranja representando 4%. Na quarta linha, está a deficiência intelectual, com uma pequena barra azul claro representando 9%. Na quinta linha, está a deficiência física, com uma barra preenchida até pouco menos da metade, representando 19%. E, por fim, a deficiência mental com uma barra com pouco mais da metade preenchida em verde, representando 58%.)

A necessidade de auxílio pode variar de acordo com a deficiência e o grau, que impactará na dependência da criança com seus cuidadores. No caso das deficiências mentais e intelectuais, em sua maioria, requerem um nível de cuidados maior e, geralmente, para desenvolver suas atividades diárias, por período integral. Desta forma, estão mais expostas a situações de violação de direitos. O que fica explícito quando observamos os dados do disque 100 e de pesquisas relacionadas à violência contra pessoas com deficiência que, em concordância, apontam a negligência como a principal forma de violação acometida (Mello et al. 2021, apud Cavalcante et al. 2009; Cavalcante; Minayo, 2009; Delfino et al. 2005; Barros et. al, 2016).

Após a negligência, a violência psicológica é a segunda mais presente nas notificações, seguida da violência física e sexual. Os estudos afirmam que a negligência e a violência psicológica são mais comuns pois nem sempre são

compreendidas como um ato de violação e, geralmente, antecedem as demais violências. Além disso, a violência autoprovocada se sobressai quando as denúncias chegam pelos serviços de saúde, considerando que

Quando alguém com deficiência apresenta dificuldade de comunicação, seu responsável ou cuidador é a pessoa indicada a dar informações sobre ela. Nesses casos, é possível que parte das violências notificadas como autoprovocadas sejam, de fato, ocasionadas pelos próprios responsáveis/cuidadores (Mello et al. 2021, p. 5).

Além disso, crianças com deficiência costumam desenvolver relações de dependência, não somente para realizações de suas atividades, mas também de dependência emocional. Portanto, quando a violação é cometida pelo seu cuidador, é comum que a criança tenha medo de denunciar, por receio de perder sua principal fonte de cuidado e acabar sobre a responsabilização de pessoas que ela não está habituada. Ademais, é comum que o próprio cuidador, utilize desses fatores para descredibilizar as palavras da vítima.

3.3 Principais iniciativas públicas de combate à violência contra crianças no Brasil

Conhecer conceitos e definições é apenas o primeiro passo para compreender por que a violência, tão naturalizada e ainda considerada como uma forma de disciplina, é tão prejudicial para crianças e adolescentes. No entanto, as consequências da violência afeta não somente a vítima, mas toda a sociedade, seja direta ou indiretamente. Sendo crianças e adolescentes pessoas em condição de desenvolvimento, seus direitos devem ser garantidos com prioridade pela família, a sociedade como um todo e o poder público (Brasil, 1990, Art. 4º).

As leis e políticas públicas formam o alicerce normativo, social, cultural e político necessário para que a garantia de direitos das crianças e adolescentes sejam efetivados. Essa problemática ganhou visibilidade e relevância política após o fim da ditadura militar, mais precisamente com a Constituição Federal de 1988 e a implantação da Lei 8.069/1990 mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O Estatuto tem como finalidade “Garantir às crianças e ao adolescente, a promoção da saúde e a prevenção de agravos, tornando obrigatória a identificação e a denúncia de violência” (ECA, 1990). Desta forma, o Estado passou a ter base legal para proteção de crianças e adolescentes em casos de violência, tornando obrigatória a denúncia até mesmo em condições de suspeita.

O ECA, ao reconhecer a criança como sujeito de direitos individuais e coletivos, atrelando a família, a sociedade e o Estado como responsáveis pelo seu desenvolvimento, revoga a Doutrina da Situação Irregular e implementa a Doutrina de Proteção Integral à Criança e ao Adolescente. Significou o rompimento com a visão estigmatizada a respeito da criança e do adolescente situação essa que corroborava com a submissão e a desigualdade social. (Teodoro, 2019, p. 66)

Em 1993 foi estabelecida a Lei 8.742/1993, intitulada Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que delibera a “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (Brasil, 1993, Art. 1º). Além disso, a LOAS define o atendimento à crianças e adolescentes como prioridade nos equipamentos de Assistência Social, juntamente com outros grupos definidos como vulneráveis, que também é o caso de pessoas com deficiência.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), em 2006, foi um marco crucial no reconhecimento e na proteção dos direitos das pessoas com deficiência. No Brasil, a CDPD foi ratificada em 2008 e teve seu status elevado a emenda constitucional em 2011. Isso significa que o Brasil se comprometeu legalmente a implementar as deliberações da convenção em seu território e a promover intervenções em relação à pessoas com deficiência.

A legislação brasileira direcionada aos direitos das Pessoas com Deficiência é reconhecida internacionalmente como uma das mais abrangentes e progressistas, a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015), é um marco importante nesse sentido. O destaque presente nessa lei é a abordagem do conceito de deficiência, que incorpora a perspectiva do modelo social, reconhecendo que a deficiência é resultado da interação de barreiras diversas impostas pelo meio com as limitações de natureza física, mental, intelectual e sensorial das pessoas.

No Artigo 2º da CDPD, a discriminação motivada pela deficiência é descrita como qualquer forma de exclusão que possa impedir o pleno reconhecimento ou exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência. O Artigo 5º estabelece proteção legal contra todas as formas de discriminação. O Artigo 6º garante que mulheres e meninas com deficiência recebam medidas que garantam o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais. O Artigo 15º trata de tortura, tratamentos ou penas cruéis,

desumanos ou degradantes. O Artigo 16º aborda a prevenção da exploração, violência e abuso. O Artigo 24º garante a inclusão no sistema educacional. O Artigo 25º assegura a mesma qualidade de serviços de saúde para todas as pessoas, independentemente de sua condição. Por fim, o Artigo 27º garante condições de trabalho e emprego igualitárias (Brasil, 2011). Considerando os artigos descritos, fica explícito a relevância da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Este acordo reconhece os direitos dessa classe, denuncia as múltiplas manifestações de violência e intima o Estado a adotar medidas que orientem e forneçam informações sobre como prevenir, identificar e denunciar situações de violência. Desta forma, a CDPD e o Estatuto da Pessoa com Deficiência reconhecem que a deficiência não é apenas uma questão individual, mas uma questão social.

De acordo com Barbiani (2016, p. 201) “A legislação dá um privilégio legal à população infantojuvenil devido ao seu valor intrínseco: são cidadãos em desenvolvimento e, dado o seu valor projetivo, são portadores do futuro”. Além disso, segundo a mesma autora “o ECA prevê, no art. 88, a “municipalização do atendimento” (BRASIL, 1990), sendo operado e apoiado por meio de um sistema de garantia de direitos, estruturado em três eixos: promoção, controle social e defesa de direitos”.

O primeiro eixo, o da promoção de direitos, é responsável pelas políticas sociais básicas e abrange os serviços de atendimento cujo foco é a proteção da criança e do adolescente e a prevenção da violação de direitos, como por exemplo, as escolas, os serviços de saúde e os Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O segundo, o eixo de controle social, compete as entidades de vigilância das políticas públicas e o uso de recursos para a área da infância e da adolescência. Um exemplo disso são os Conselhos de Direitos e os Fóruns, que tem como objetivo principal promover a democracia participativa e garantir a efetivação de direitos. São órgãos compostos por representantes do governo e da sociedade civil, responsáveis por formular e deliberar políticas públicas em determinadas áreas. A partir disso, foram instituídos o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (Condeca) em São Paulo, no ano de 1991, dando continuidade à regulamentação das disposições da Constituição Federal e do ECA, para posteriormente a criação da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SNPDCA) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

(Conanda). Além disso, vinculado ademais competências de organizações civis, em 2006, juntamente com o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), é instituído o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária (PNCFC). “O objetivo do plano é promover ações articuladas entre as diferentes entidades governamentais e a sociedade civil, visando além da garantia e efetivação do direito de crianças e adolescentes, a convivência familiar e o vínculo comunitário” (Barbiani, 2016, p. 201 – 203).

O terceiro eixo, é o de defesa, tem como função intervir em situações onde os direitos da criança e do adolescente já foram violados, como é o caso das Defensorias, do Ministério Público, dos Conselhos Tutelares e dos Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

Com o objetivo de coordenar e articular a política de desenvolvimento social, segurança alimentar e nutricional, assistência social e renda de cidadania, em 2004, foi criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Ainda no mesmo ano, foi elaborada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) dando origem ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que foi fundamentado a partir das diretrizes da Norma Operacional Básica (NOB) e conforme a LOAS. A partir disso, a proteção social básica se expandiu a população em geral e, sobretudo, à criança e ao adolescente em situação de vulnerabilidade social. Portanto, fica salientado a atribuição do assistente social e a atuação na defesa de direitos da criança e do adolescente e a intervenção em situações de violações de direitos.

O SUAS organiza as ações da política de assistência social conforme a complexidade dos serviços ofertados nos equipamentos. Sendo assim, ele é dividido em atenção social básica (primeiro setor) e em atenção social especial, que pode ser de média ou alta complexidade (segundo e terceiro setor).

A Proteção Social Básica (PSB) é responsável pela prevenção de situações de risco e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. O público alvo da PSB é a população em situação de vulnerabilidade social e/ou que estão com vínculos afetivos fragilizados. Além disso,

prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto

de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização (PNAS, 2004, p. 34).

O principal equipamento de PSB é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a porta de entrada para a política de assistência social, considerando que é por meio dele que os usuários tem seu primeiro contato com a rede socioassistencial.

Canais de divulgação, materiais informativos, orientações etc. são fundamentais quando nos referimos à prevenção, além de ser o ponto de partida para o enfrentamento de potencializadores de violência. Socializar a respeito dos fenômenos que atingem as camadas sociais é o primeiro passo para prevenir, considerando que a (re)educação pode proporcionar o rompimento de estigmas sociais e a transformação de comportamentos construídos historicamente e ainda reproduzidos, portanto

é preciso atuar na modificação de hábitos e costumes culturais, donde provêm as concepções de permissividade e naturalização do cometimento de ações violentas contra crianças e adolescentes, seja com intuito de “educá-los” ou para fazê-los satisfazer o desejo e vontade dos adultos, na relação assimétrica de poder a que são submetidos. Esses hábitos e costumes culturais alimentam a resolução violenta dos conflitos (Branco; Tomanik, 2012, p. 408).

Deste modo, a prevenção pode ser promovida por meio de programas e campanhas educacionais, que também viabilizam o fortalecimento de vínculos com as famílias e a comunidade, proporcionando senso de reponsabilidade salientando que a prevenção é responsabilidade da sociedade como um todo. “Prevenir a violência doméstica, evitando que a situação violenta ocorra, é uma das maneiras de enfrentar este fenômeno tão complexo, confirmando a relação de complementaridade entre seu enfrentamento e prevenção”. Ademais, estimular e possibilitar o acesso a direitos básicos como educação, serviços de saúde, oportunidades de empregos formais também são formas de prevenir, “tal entendimento está ancorado na concepção de que famílias em situação de vulnerabilidade social são um fator de risco para a ocorrência de violência” (Branco; Tomanik, 2012, p. 408).

A partir do momento em que já houve a violação de direitos, deixa de ser atribuição da PSB e passa a ser competência da Proteção Social Especial (PSE), que tem como foco famílias e indivíduos que já estão em situações de risco pessoal ou social. A PSE é subdividida em duas esferas, a média e a alta complexidade. O principal equipamento do segundo setor, é o Centro de Referência Especializado de

Assistência Social (CREAS) e “são considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos”. São atribuições do CREAS os plantões sociais, abordagens de rua, medidas socioeducativas, entre outras (PNAS, 2004, p. 38).

Após a ocorrência e a notificação da violação, a primeira medida a ser tomada é o acolhimento à vítima. Compete ao assistente social proporcionar um ambiente acolhedor, promovendo um espaço seguro para a realização da escuta qualificada, pois é nesse momento em que a criança deve se sentir confortável para expor a situação onde serão apontadas as demandas. A partir disso, serão identificadas possíveis redes de apoio, considerando que “O apoio social também pode ser considerado formal (advindo do Estado ou das instituições) e informal (provido pela comunidade e pelos familiares)” (Carlos et. al, 2014, p. 614).

Desse modo, o apoio social se estabelece de três maneiras, podendo ser emocional, instrumental e/ou informativo. Sendo que o

apoio emocional constitui-se por meio da conversa e do estabelecimento de relações afetivas entre as pessoas. O apoio instrumental refere-se a ações ou a materiais oferecidos para ajudar em tarefas cotidianas. O apoio informativo relaciona-se a orientações e informações disponibilizadas sobre recursos da comunidade (Carlos et. al, 2014, p. 613).

Por fim, é realizado a implementação de recursos que viabilizem medidas de segurança às vítimas e os demais encaminhamentos necessários articulados com outros serviços de apoio.

Após a identificação das demandas e a avaliação das necessidades da criança naquele momento, serão realizadas as intervenções profissionais. Com base na situação da vítima, os assistentes sociais orientam acerca das providências a serem tomadas e realizam os devidos encaminhamentos aos demais equipamentos especializados.

Se for o caso, a criança deve ser encaminhada aos serviços da alta complexidade, responsável pelas situações onde há violação de direitos e os vínculos familiares ou sociais já foram rompidos. Os serviços que integram o terceiro setor são “aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou,

comunitário”. Nesse caso, são exemplos as casas lares, albergues, famílias acolhedoras e assim por diante (PNAS, 2004, p. 38).

Além das instituições socioassistenciais e para além da política de assistência social, estão alocados os conselhos tutelares. São órgãos colegiados e autônomos estabelecidos pelo ECA e, tem como objetivo “representar a sociedade na defesa dos direitos da população infantojuvenil, como o direito à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à liberdade, à cultura e à convivência familiar e comunitária” (MDHC, 2023). Portanto, quando identificados casos de violações de direitos ou até mesmo quando há suspeita, o conselho tutelar é o primeiro órgão que deve ser acionado, ele será responsável pelos encaminhamentos posteriores.

Além do mais, a articulação de rede pode contribuir na identificação de casos de violência, bem como, orientar as demais instituições em como lidar e os procedimentos a serem tomados em situações de suspeita. A atuação frente a violência é um trabalho intersetorial, que visa a articulação com instituições de educação que são essenciais na prevenção e na identificação das violações de direito da criança. E, dos serviços de saúde, que através da

prevenção primária e a promoção da saúde desses indivíduos e suas famílias; a sensibilização e o reconhecimento do problema enquanto inerente ao setor saúde pelos profissionais; e o enfrentamento das situações de violência com a construção de intervenções interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais são possibilidades para a aproximação e apropriação deste debate (Carlos et. al, 2014, p. 614).

No entanto, a Política de Assistência Social e os profissionais que compõem os equipamentos vem enfrentando um imenso desafio. Desafios esses que vão para além das expressões da questão social, mas que com o avanço descontrolado do neoliberalismo, tem resultado no sucateamento das políticas públicas, que refletem de maneira direta na atuação do assistente social.

Em diversos estudos relacionados a atuação profissional (Aguilar, 2021; Vieira; Grossi, 2018; Moreira et.al, 2014), é possível observar que independente do equipamento, boa parte dos trabalhadores compartilham dos mesmos desafios. As queixas permeiam em torno das precárias condições de trabalho, falta de espaço nas instituições públicas e salas adequadas para um atendimento qualificado e que garanta o sigilo, fator fundamental para os atendimentos, principalmente relacionados a violência.

A localização e a dificuldade de acesso aos equipamentos implicam diretamente nos atendimentos, afetando a aderência aos serviços ofertados e na permanência dos usuários. Um exemplo claro disso, é Florianópolis, uma capital com uma população de 537.211 pessoas (IBGE, 2022) possuir apenas 4 conselhos tutelares.

Ademais, os números relacionados à violência contra crianças crescem constantemente, conseqüentemente, as demandas tendem a aumentar, exigindo cada vez mais dos profissionais, como destaca Aguiar (2021):

o sistema capitalista preocupa-se com números. O Estado preocupa-se com números. Quanto menos trabalhadores e mais atendimentos realizados melhor, menos custos aos cofres públicos e mais números para apresentar a sociedade (p. 133)

A falta de capacitação, ausência de especializações e estudos continuados também fazem parte das reclamações dos trabalhadores. A falta de conhecimento dos profissionais da própria rede em relação aos serviços ofertados também são apontamentos, devido a isso, a articulação de rede é comprometida, além de diversos encaminhamentos aos equipamentos errados, acarretando em demanda reprimida e desgaste dos profissionais. Logo, os usuários também são afetados, pois em razão disso, perde-se a qualidade do atendimento, ocasionado pela falta de tempo. Em razão desses fatores, o resultado é a sobrecarga dos profissionais e, conseqüentemente, o adoecimento dos trabalhadores e a ampla demanda reprimida provocada pelo sucateamento da política de assistência social.

Para uma melhor visualização, elaboramos uma tabela com as principais iniciativas públicas para a garantia e a defesa de direitos da criança e do adolescente relacionado ao enfrentamento da violência:

Figura 6 – Tabela de iniciativas públicas

Ano	Iniciativa Pública	Descrição
1990	Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança	Brasil assina a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança

1993	Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente	Criada a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente, nacionalmente formada com a participação de 49 deputados e 13 senadores
2000	Lei nº 10.097 e Lei nº 9.970	Lei nº 10.097, que proíbe qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendiz, a partir dos quatorze anos. Lei nº 9.970, que institui o dia 18 de maio o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes
2003	Disque 100 ou Disque Direitos Humanos	Assumido pelo Governo Federal como um canal de denúncias de violações de direitos contra crianças e adolescentes
2014	Lei 13.010/2014	Lei da Palmada ou Lei Menino Bernardo, que condena violência moral e física na educação, devido ao menino Bernardo Boldrini, vítima de violência
2015	Eleições unificadas para o Conselho Tutelar	Órgão responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente
2016	Lei 13.257	Marco Legal da Primeira Infância, essa lei estabelece princípios e diretrizes para a formulação e implementação de políticas públicas voltadas para crianças de 0 à 6 anos de idade, considerando essa fase como um período crucial para o desenvolvimento integral
2017	Lei nº 13.431	Lei da Escuta, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência
2022	Lei nº 14.344	Lei Henry Borel, que estabelece medidas protetivas específicas para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e familiar e considera crime hediondo o assassinato de menores de 14 anos, devido ao menino Henry Borel vítima de violência doméstica que resultou em sua morte

Autora: Monetchelle Bianchi Souza

(UNICEF, n/d)

(Figura 6 - descrição de imagem: Tabela dividida em três colunas que retrata uma linha do tempo das principais iniciativas públicas de enfrentamento a violência infantil. Na primeira coluna está o ano em que foi criada. Na segunda, a iniciativa pública. E, na terceira, a descrição dela.)

Em síntese, por mais que ao longo do tempo a preocupação com o bem-estar das crianças e adolescentes e de pessoas com deficiência tenham crescido, as políticas e os equipamentos responsáveis pela execução dessas iniciativas não tem recebido devido suporte para que, de fato, se efetivem. Por consequência, os serviços sofrem com as condições, tornando as iniciativas de prevenção limitadas, potencializando possíveis desencadeadores de violação de direitos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresentou aspectos do percurso histórico das pessoas com deficiência, retratando uma trajetória marcada de preconceito e discriminação. A constante segregação dessas pessoas, ainda se reproduz através do isolamento social de muitas delas, que acontece até os dias de hoje. Foi necessário muita luta e resistência, principalmente do movimento político em conjunto com as mobilizações sociais, para que, anos depois, o Estado reconhecesse as pessoas com deficiência como sujeitos de direitos.

No entanto, mesmo com todas as conquistas e avanços nas políticas públicas, o percurso histórico das pessoas com deficiência deixaram marcas que implicam em sua participação social bastante reduzida até hoje. O capacitismo é um exemplo disso, pois ele contribui para a persistência de estigmas sociais que reproduzem o mito da corponormatividade. O resultado disso é a desvalorização da diversidade de corpos, propagando a ideia de que corpos diferentes são incapazes, reforçando o preconceito e a discriminação.

Deste modo, quando nasce uma criança com deficiência, é comum que a reação diante disso reflita estigmas sociais, mesmo que inconscientemente, visto que isso foge dos padrões considerados belos e saudáveis, impostos pela sociedade. Logo, a maneira em que essa informação é recebida pelas representações parentais da criança, impactará nas relações familiares e sociais estabelecidas posteriormente.

Além disso, uma criança com deficiência pode demandar uma rotina de cuidados maior. Essa responsabilização, habitualmente, reincidentem sobre a família, alimentando uma sobrecarga e, conseqüentemente, o desgaste. Fatores como esses podem desencadear situações de violação de direitos da criança.

Ademais, cabe destacar que a violência não é um fato isolado e sim interceccional, tendo em vista que possuem diversos atravessamentos que podem ser considerados potencializadores. A vulnerabilidade social, considerando não apenas a pobreza em si, mas a falta de acesso a serviços de saúde, educação, habitações precárias, entre outros, colocam as famílias em situações de risco. Portanto, é fundamental que a inclusão social vise para além da inserção, mas aspire a permanência dos indivíduos nos serviços, cujo principal objetivo é a prevenção da

violação de direitos através da convivência e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

A violência contra crianças com deficiência, é um fenômeno transversal e complexo. Por seu caráter multifacetado requer a contribuição de vários níveis de conhecimento, a fim de compreender como tal problemática se apresenta, além de possibilitar um melhor levantamento de maneiras de enfrentamento da violência infantil, esta que advém de relações de poder historicamente presentes na sociedade.

Essa perspectiva enfatiza a importância de uma equipe multidisciplinar atuando em situações de violência, que possibilita a garantia dos direitos das crianças. Através de apoio psicossocial, articula-se condições para a resolução de conflitos familiares contribuindo para o combate da violência doméstica. Além de colaborar para a efetividade do cumprimento das Leis que resguardam as crianças e pessoas com deficiência, no sentido de garantir que os autores da violência respondam devidamente pelos seus atos e ao mesmo tempo, fomentar espaços de reflexão, informação e orientação psicossocial, na busca de uma cultura não-violenta.

Embora as políticas e iniciativas públicas tenham avançado nas últimas décadas, não condizem com a realidade enfrentada pelos profissionais da área e pelos usuários. O desmonte da política de assistência social e a precarização dos equipamentos tem afetado significativamente o funcionamento das instituições. O avanço desenfreado das privatizações comprometem a atual situação e o futuro dos serviços. Além disso, é evidente o descaso do Estado com os serviços públicos e como os conflitos de interesses implicam no exercício profissional, principalmente, afetando os usuários em vulnerabilidade social.

Por fim, cabe destacar que, mesmo com a desconstrução da violência como forma de disciplina e todos os avanços no âmbito da deficiência, esse debate ainda tem sido residual. É evidente a necessidade da ampliação dessa discussão, principalmente na área do Serviço Social, que tem como principal objeto de trabalho a questão social em suas múltiplas expressões. Além de que, é competência do assistente social trabalhar na prevenção e na defesa dos direitos sociais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Daniella Amaral. **O TRABALHO INTERDISCIPLINAR ENTRE O SERVIÇO SOCIAL E A PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL**. 2021. 167 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Serviço Social, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2021. Cap. 4

AQUINO, Erick Verner de Oliveira; ATAÍDE, Bruna Dayane Gomes; OLIVEIRA, Isabela Araújo de; LIMA, Bruna Martinez Yano; MACHADO, Hellen Caroline Pereira; FARIA, Margareth Regina Gomes Veríssimo de. Fatores socioeconômicos e saúde de crianças em contexto de violência. **Aletheia**, [S.L.], v. 54, n. 1, p. 96-104, 2021. Editora Cubo.

BANDEIRA, Carmem Layana Jadischke; ARBOIT, Jaqueline; HONNEF, Fernanda; SILVA, Ethel Bastos da; ANDRADE, Andressa de; COSTA, Marta Cocco da. Violências em áreas rurais contra pessoas com deficiência na perspectiva de seus familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 76, n. 2, p. 1-10, 2023. FapUNIFESP (SciELO)

BARBIANI, Rosangela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 109, p. 200-211, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO)

BRANCO, Marco Antonio de Oliveira; TOMANIK, Eduardo Augusto. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: prevenção e enfrentamento. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 402-411, ago. 2012. FapUNIFESP (SciELO)

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>

BRASIL. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Disponível em: <
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>

CARLOS, Diene Monique; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; ESTEVES, Michelly Rodrigues; SILVA, Lygia Maria Pereira da; SCATENA, Liliana. Social support from the perspective of adolescent victims of domestic violence. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 48, n. 4, p. 610-617, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO)

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 57-66, fev. 2009. FapUNIFESP (SciELO)

CECCONELLO, Alessandra Marques; ANTONI, Clarissa de; KOLLER, Sílvia Helena. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicologia em Estudo**, [S.L.], v. 8, n. , p. 45-54, 2003. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722003000300007>.

DANTAS, Kaliny Oliveira; NEVES, Robson da Fonseca; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; BATISTA, Marcia do Carmelo. Repercussões do nascimento e do cuidado de crianças com deficiência múltipla na família: uma metassíntese qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 6, p. 1-19, 2019. FapUNIFESP (SciELO)

DELFINO, Vanessa; BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes; SAGIM, Mírian Botelho; VENTURINI, Fabiola Perri. A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 14, n. , p. 38-46, 2005. FapUNIFESP (SciELO)

FIAMENGHI JUNIOR, Geraldo A.; MESSA, Alcione A.. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 236-245, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO)

FRANCO, Vitor. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, [S.L.], v. 18, n. 2, p. 204-220, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO)

MOREIRA, Martha Cristina Nunes; BASTOS, Olga Maria; BASTOS, Liliana Cabral; SOARES, Ana Helena Rotta; SOUZA, Waldir da Silva; SANCHEZ, Rachel Niskier. Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 19, n. 9, p. 3869-3878, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO)

NEGREIROS, Dilma de Andrade. *Acessibilidade Cultural: por que, onde, como e para quem?* Rio de Janeiro, 2014.

PAIVA, Beatriz; OURIQUES, Nildo. Uma perspectiva latino-americana para as políticas sociais: quão distante está o horizonte? In: **Katálysis**. Florianópolis: Editora da UFSC, v.9, n.2, jul./dez. 2006.

PEREIRA, Jaqueline Andrade; SARAIVA, Joseana Maria. Trajetória histórico social da população deficiente. *Ser Social*, [S.L.], v. 19, n. 40, p. 168-185, 20 set. 2017. Biblioteca Central da UNB

PEREIRA-SILVA, Nara Liana; ANDRADE, Jaqueline Condé Melo; ALMEIDA, Bruna Rocha. Famílias e síndrome de Down: estresse, coping e recursos familiares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [S.L.], v. 34, p. 1-7, 16 jul. 2018. FapUNIFESP (SciELO)

PEROZZI, M. Violência contra crianças está presente em qualquer classe social. *Ciência e Cultura*, v. 59, n. 2, p. 9–10, 1 jun. 2007. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v59n2/a04v59n2.pdf>. Acesso em: 9 jul. 2024

POLEZI, Suelen Cristina. **PAPEIS E DESEMPENHO OCUPACIONAL DE MÃES DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIAS**. 2021. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de

Terapia Ocupacional, Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida Diária, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021

ROUANET, Sérgio Paulo. O Eros da diferença. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 9 fev. 2003. Caderno Mais!, p. 11

SASSAKI, R. Inclusão: Construindo uma sociedade para todos. 2. Ed Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA, O. M. da. A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: Cedas, 1987

Stern, N. D. A constelação da maternidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997

TEODORO, C. C. Criança e adolescente: da invisibilidade social e naturalização da violência à perspectiva da proteção integral. **Humanidades em Perspectivas**, [S. l.], v. 2, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/117>. Acesso em: 9 jul. 2024

UNICEF e a proteção de crianças e adolescentes. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/protacao-de-criancas-e-adolescentes-contraviolencias>>.

VIEIRA, Monique Soares; GROSSI, Patrícia Krieger. A política de Assistência Social e o enfrentamento ã violência sexual infanto-juvenil. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 479–498, 2018