



## ORIGINALES

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

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

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

Yasmin Sabrina Costa<sup>1</sup>

Marta Cocco da Costa<sup>2</sup>

Andressa da Silveira<sup>2</sup>

Jaqueline Arboit<sup>2</sup>

Carmem Layana Jadischke Bandeira<sup>3</sup>

Thaylane Defendi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermera Hospital Divina Providencia, Frederico Westphalen/RS, Brasil. [yasminncosta@outlook.com](mailto:yasminncosta@outlook.com)

<sup>2</sup> Doctora en Enfermería, Docente del Departamento de Ciências de la Salud de la Universidad Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermera. Mestranda en Salud y Ruralidad de la Universidad Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões. Palmeira das Missões/RS, Brasil.

<sup>4</sup> Enfermera Hospital São João Batista, Nova Prata/RS, Brasil.

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

Recibido: 30/11/2022

Aceptado: 16/04/2023

#### **RESUMEN:**

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

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

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

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

**Palabras clave:** Personas con Discapacidad; Violencia; Políticas Públicas; Gestor de Salud; Investigación en Enfermería.

## RESUMO:

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

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

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

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

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

## ABSTRACT:

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

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

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

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

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

## Fuente de Financiación:

Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq - *Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*), llamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n. 03/2017- Programa investigación para el SUS: gestión compartida en salud. Proyecto de investigación titulado "Determinantes Sociales de Salud en Personas con Discapacidad, Familias y Red de Apoyo en el Escenario Rural: múltiples vulnerabilidades".

## INTRODUCCIÓN

La violencia no es una, es múltiple, y el término viene de la palabra vis, que quiere decir fuerza y se refiere a las nociones de vergüenza y uso de la superioridad sobre el otro. Considerada un fenómeno sociohistórico que acompaña la evolución de la humanidad, alcanza la salud individual y colectiva y, para su enfrentamiento, requiere la formulación de políticas específicas, así como la organización de las prácticas y de los servicios<sup>(1)</sup>. En salud, la violencia reduce la calidad de vida de las personas y de la comunidad, plantea problemas para los servicios y necesita de prevención y tratamiento, con actuación multiprofesional e intersectorial, ya que todo agravio y amenaza a la vida integra el campo de la salud pública<sup>(2,3)</sup>.

Debido a las estructuras sociales vulnerables y de aislamiento en el contexto rural, las personas con discapacidad (PCDs) pueden experimentar varias situaciones de violencia. Asociadas a las condiciones de exclusión a que están expuestas<sup>(4)</sup>, como la limitada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, la baja calidad de los servicios

prestados, la falta de transportes, las grandes distancias geográficas, el conocimiento limitado y la dificultad de comunicación e información, repercute en su desempeño y en su calidad de vida<sup>(5)</sup>.

La violencia en el contexto rural adquiere múltiples formas y se encuentra potenciada, ya que la mayoría de los servicios se encuentran en zonas urbanas. Se suman los factores que imposibilitan y naturalizan el problema, asociados a la ausencia de recursos, dificultad de acceso a las delegaciones, a los servicios de salud, a la asistencia social y a la falta de protección de los derechos<sup>(6)</sup>.

En respuesta a la invisibilidad, se destacan la implementación de las políticas públicas, el apoyo de los gestores, los recursos financieros, la atención integral y la colaboración intersectorial<sup>(7)</sup>. En esta perspectiva, los gestores de salud son responsables por la transformación, en el campo de la salud, de condiciones de vida de las PCDs, en la implementación y gestión de las políticas públicas<sup>(8)</sup> y en el cuidado pensado en la Red de Atención a la Salud (RAS)<sup>(9)</sup>, a fin de que la atención en salud esté volcada a la realidad del territorio, ampliando el cuidado integral a esta población<sup>(10)</sup>.

El cuidado por medio de la integralidad asume la condición de principio y modelo de acción del Sistema Único de Salud (SUS), en la atención a las víctimas de violencia en el contexto rural. Así, está asociado al esfuerzo de los profesionales y gestores de los servicios de salud involucrados en atender demandas relacionadas al sufrimiento generado por la violencia<sup>(11)</sup>, de forma efectiva, y estructurado por medio de directrices básicas que garanticen la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud de las víctimas de la violencia por completo<sup>(12)</sup>.

Teniendo en cuenta las particularidades de la PCD en las zonas rurales, el agravamiento de la violencia en este contexto y los numerosos desafíos en cuanto a las desigualdades de acceso a los servicios, informar sobre lo vivido por esta población podría contribuir al desarrollo de estrategias de prevención, atención y encaminamiento de la violencia en este escenario. En esa perspectiva, este estudio se centra en las concepciones de gestores referentes a las cuestiones de la violencia dirigida a las PCDs que viven en el rural, ya que son sujetos importantes en lo que concierne a la articulación de acciones de salud, planificación en salud e implementación de políticas públicas para las PCDs que sufren violencia en el contexto rural. Por eso, se tiene como propuesta responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las concepciones y acciones de gestores en salud acerca de las violencias y las personas con discapacidad que residen en contexto rural?

Así, se tiene como objetivo: analizar las perspectivas de gestores en salud acerca de las violencias vividas por las personas con discapacidad que residen en contexto rural.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio de enfoque cualitativo. El método cualitativo se aplica al estudio de la historia, relaciones, representaciones, creencias, percepciones y opiniones resultantes de las interpretaciones que los humanos hacen de sí mismos, de sus formas de vivir y construir sus artefactos, además de sus sentimientos y pensamientos<sup>(13)</sup>. La investigación exploratoria busca proporcionar mayor familiaridad con el problema de investigación. Ya las investigaciones descriptivas tienen como

objetivo describir las características de determinada población o fenómeno, pudiendo identificar posibles relaciones entre variables<sup>(14)</sup>.

El estudio fue desarrollado en nueve municipios de las regiones norte y noroeste del Estado de Rio Grande do Sul (RS), Brasil. Estos municipios se sitúan en el área de cobertura de dos Coordinadoras Regionales de Salud (CRS), una de ellas ubicada en Palmeira das Missões y la otra en Frederico Westphalen, correspondiendo a la 15ª y 2ª Macrorregiones de Salud. Se optó por desarrollar este estudio en municipios que presentaran más del 70% de población rural, conforme el último CENSO demográfico<sup>(15)</sup>. En este sentido, formaron parte de la muestra los municipios pertenecientes a la 15ª CRS, siendo Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões y Palmeira das Missões, y los municipios pertenecientes a la 2ª CRS: Liberato Salzano, Alpestre, Derribadas, Pino del Valle y Frederico Westphalen. Palmeira das Missões y Frederico Westphalen fueron incluidos por representar la sede de las CRS.

La investigación se llevó a cabo con 18 participantes, siendo siete gestores municipales de salud, siete enfermeros responsables de las unidades de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), dos representantes estatales de las políticas públicas para PCD y dos gestores estatales de salud. Los criterios de inclusión utilizados para la selección de los participantes fueron: estar actuando desde hace más de seis meses en el cargo de gestión en el área de la salud y trabajar con la temática de las políticas públicas para las personas con discapacidad. Como criterio de exclusión: estar de vacaciones o licencia de cualquier naturaleza durante el período de recolección de datos.

Los posibles participantes fueron contactados por teléfono para la presentación de la propuesta del proyecto y la invitación. Después de la aceptación, fueron contactados nuevamente, para programar las entrevistas según su disponibilidad.

Los datos se recopilaron en el período comprendido entre diciembre de 2019 y febrero de 2020. La colecta se dio por entrevista semiestructurada, mediante un guion guía con cuestiones relacionadas a la problemática del estudio, contemplando todas las hipótesis, y permitiendo que el interlocutor tuviera flexibilidad en las conversaciones<sup>(13)</sup>. Las entrevistas fueron realizadas individualmente por la investigadora, en los lugares de trabajo de los profesionales, en un ambiente con la mayor privacidad posible. Cada entrevista duró aproximadamente 25 minutos. Fueron grabadas en MP3, a partir del consentimiento de los participantes, y luego transcritas en su totalidad.

Para el análisis de los datos, se optó por el Análisis de Contenido, la más conocida para representar el tratamiento de los datos en una investigación cualitativa, siendo una técnica de investigación que permite hacer replicables y válidas inferencias sobre datos de un determinado contexto, que consta de tres etapas<sup>(13)</sup>. En la primera etapa, que corresponde al pre-análisis, ocurrió la elección de los documentos a ser analizados y en la reanudación del objetivo inicial de la investigación. Esa etapa fue realizada por medio de tres pasos: la lectura flotante, constitución del corpus y formulación y reformulación del objetivo<sup>(13)</sup>. Inicialmente, se hizo la transcripción en su totalidad de los datos obtenidos a partir de las grabaciones de MP3 de las entrevistas semiestructuradas, en el editor de textos Word versión 2013 y, después de, este material se organizó en la hoja de cálculo Excel versión 2013 para facilitar la sistematización y constitución del corpus para el análisis. Luego se realizó la lectura flotante, la cual permitió generar impresiones iniciales acerca del material oriundo de las entrevistas. Posteriormente, se efectuó una secuencia

de lecturas detalladas, destacándose, a través del análisis cromático, los tramos en los cuales las líneas de los participantes se asemejaban.

En la segunda etapa, ocurrió la Exploración del Material. Para tanto, inicialmente fue realizado el recorte de informaciones comunes encontradas en el contenido de las líneas transcritas, permitiendo enumerar las unidades de registro, que se refieren a palabras, frases y expresiones que dan sentido al contenido de las palabras y sostienen la definición de las categorías. En esta fase, el primer paso comprendió la búsqueda de los temas – núcleos de sentido – que compusieron las unidades de registro<sup>(13)</sup>. Después de encontrar estas unidades, se hizo posible definir las dos categorías temáticas.

La última y tercera etapa fue el Tratamiento de los Resultados Obtenidos e Interpretación, en la cual los resultados brutos fueron sometidos a operaciones estadísticas simples que permitieron destacar las informaciones obtenidas. En esta fase, la investigadora realizó interpretaciones acerca de los resultados, con base en el objetivo de la investigación, interrelacionándolos con la teoría<sup>(13)</sup>. Este estudio siguió la legislación que aborda la investigación con seres humanos, expresada por medio de la Resolución n°. 466, del 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Maria (CEP/UFSM), por medio del Certificado de Presentación para Apreciación Ética (CAAE) número 69973817.4.0000.5346.

Las entrevistas fueron realizadas después de la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido (TCLE) por todos los participantes de la investigación. El TCLE ha sido redactado en dos vías, conforme a las normas expresadas en la resolución, permaneciendo una de ellas con el participante de la investigación, que le garantizará: la libertad de abandonar la investigación en cualquier momento y sin perjuicio para usted, la privacidad, el anonimato, el compromiso con la información actualizada del estudio y la garantía de que todos sus cuestionamientos serán esclarecidos. Con el objetivo de atender a los aspectos éticos, la privacidad de los gestores fue respetada, asegurando y aclarando que los datos obtenidos serán utilizados exclusivamente para fines científicos, siendo su anonimato preservado. Para ello se utilizaron la nomenclatura (P), de participante, y su número, que respetó el orden de las entrevistas.

## RESULTADOS

Los participantes presentaban como media de edad 41,8 años, siendo 56% del sexo femenino y 44%, del sexo masculino. En lo que se refiere a la escolaridad, 44% poseían educación primaria incompleta y 56%, nivel superior completo. En cuanto a los profesionales graduados, el 58% estaban formados en enfermería; el 14%, en administración; el 7%, en psicología; el 7%, en Fonoaudiología; el 7%, en servicio social; y el 7%, en ciencias contables.

Del análisis de los datos surgieron dos categorías: "Violencias y las personas con discapacidad en el espacio rural: múltiples concepciones" y "La no Integralidad y las acciones de salud en el campo de la violencia". La Figura 1 ilustra la organización de las categorías y los respectivos significados centrales.

**Figura 1: Síntesis de categorías y significados centrales**



Fuente: Autoras, 2022.

### **Violencia y personas con discapacidad en el medio rural: múltiples concepciones**

La primera categoría a ser presentada remite a la concepción de los participantes acerca de las violencias y las PCDs que viven en contexto rural. Esta categoría está compuesta por cinco núcleos de sentido: a) Maltrato, negligencia y privación de cuidados; b) Violencia institucional; c) Violencia física, psicológica, sexual y verbal; d) Contexto familiar y aislamiento; e) Invisibilización de la violencia.

En la concepción de los participantes de la investigación, la violencia era comprendida por los malos tratos a esa población, así como negligencia y privación de cuidados:

Observo mucho y creo que los malos tratos son muchos, en el rural. (P1)

En la concepción de estos participantes, la violencia está relacionada a la falta de cuidados de vida diaria, como higiene y baño.

Yo creo que la violencia es hasta que dejas a un encamado sin baño, para mí es una violencia, ¿entiendes? (P7)

Tipo sucias, con higiene precaria, sucedió ya de traer para unidad de salud y tener que desde cortar uña, hacer higiene, porque estaba medio abandonada. (P5)

La violencia institucional se manifiesta como barrera que compromete la asistencia a las PCDs, a pesar de los avances en la legislación y en las políticas públicas. En las siguientes líneas, fue posible identificar la violencia institucional, siendo representada por los participantes por la falta de atención.

Solo de dejar de atender ya es una agresión. Falta de atención, creo que es la mayor violencia que tiene hoy. (P11)

Además de las concepciones relatadas, los tipos de violencia sufridos por las PCDs que viven en este contexto fueron referidos en las concepciones de los participantes. Citaron la violencia física, psicológica, sexual y verbal.

En el campo, creo que también hay violencia física, psicológica y sexual. (P18)

Violencia verbal, porque a veces tú insultas a alguien, ofendes a alguna persona. (P10)

En la concepción de los participantes, en el contexto familiar la violencia ocurre, muchas veces, por la dificultad de aceptar la PCD, ya que no están preparados para convivir y enfrentar las cuestiones que envuelven lo vivido de esa persona, como expresan las siguientes palabras:

A menudo sucede por la propia familia, que es el gran problema de la familia no aceptar lo que la persona tiene. (P14)

A veces es el propio familiar que hace esa violencia, en función de no estar preparado para enfrentar esa situación. (P16)

Los participantes también reconocieron que la violencia ocurre en todos los contextos. En el contexto rural, la violencia se remite al aislamiento social.

Es un abuso, un abuso de la persona, ya sea en el campo o no, pero, en el campo, por estar más aislada y tal. (P15)

Estas condiciones contribuyen negativamente a que las PCDs tengan peores condiciones de vida y salud, lo que coloca a esta población en un escenario de múltiples violencias. Sin embargo, se identificó en las conversaciones de algunos participantes la invisibilización de la violencia contra las PCDs en el contexto rural.

No hay una violencia así. No tenemos casos. (P3)

No hay datos, así que no hay casos de violencia. (P18)

Se observa, en la concepción de los participantes, que las PCDs que viven en el rural experimentan las diferentes formas de violencia. Sin embargo, para algunos participantes la violencia permanece invisibilizada, siendo una forma de transformar la problemática en algo distante o invisible en este escenario, contribuyendo para que esas cuestiones se intensifiquen en el espacio rural y en la vida de las PCDs.

### **No integralidad y acciones de salud en el campo de la violencia**

La segunda categoría se refiere a la no integralidad y las acciones de salud en el campo de la violencia. Esta categoría está compuesta por cuatro núcleos de sentido: a) Atención integral y el principio de integralidad; b) Fragilidad en las acciones de cuidado y aspectos dificultadores; c) Planificación en salud; d) Red de Atención a la Salud.

Para los participantes, la atención integral se refiere a considerar al paciente en su conjunto, teniendo en cuenta sus condiciones, necesidades y el contexto en que viven, posibilitando un conjunto de acciones.

Creo que la atención integral sería eso, usted observa al paciente en su conjunto, en el medio que vive, las condiciones de él y qué acciones que podría hacer para cambiar la situación. (P4)

El principio de integralidad es uno de los pilares del SUS. Se observa, en las charlas de los participantes, el conocimiento sobre el significado de la integralidad, su importancia y la actuación en el enfrentamiento de la violencia a las PCDs que viven en contexto rural.

Integralidad venemos a las personas como un todo, eh, la cuestión holística de la situación. Es de extrema necesidad que se acompañe, que se evalúe, que se ofrezcan mejores condiciones, principalmente, que no ocurra violencia, eh. (P6)

Por más que hubiera conocimiento acerca del concepto de integralidad por parte de los participantes, ocurre que, en la práctica, había fragilidad en la conducción de acciones de cuidado que consideran este principio y en la implementación de las políticas públicas de salud. Es lo que expresa la siguiente frase:

No tenemos programas dirigidos a personas con necesidades especiales para las áreas rurales. (P16)

El testimonio indica que los participantes desconocían las políticas públicas existentes para las PCDs en situación de violencia en el contexto rural, lo que fragiliza las acciones por medio de la atención integral. Además, hablar sobre la problemática de la violencia es hablar sobre una demanda "no preocupante", lo que contribuye para que la temática de la violencia permanezca oculta.

Acciones no tienen específicas, entre otras cosas porque la demanda no es preocupante. (P13)

Esa fragilidad, al mirar la violencia, hace destacar los aspectos que dificultan las acciones que balizan la atención integral en los servicios de salud volcados a los casos de violencia a las PCDs. Los participantes señalaron que el déficit de profesionales, de soporte y la falta de capacitación profesional corroboran con algunos de los aspectos dificultadores los cuales perjudican en el direccionamiento del principio de integralidad.



Es fundamental tener más profesionales. Es importante que el municipio dé soporte en la cuestión del gestor. (P5)

Profesionales capacitados. (P7)

En cuanto a la planificación en salud, esto fue mencionado por los participantes como forma de calificar el trabajo en salud y mejor atender a las cuestiones de la violencia contra esta población, lo que es demostrado en el discurso a continuación:

La gente falla un poco en la cuestión de la planificación. En una cuestión de planificación de la red para trabajar mejor. (P1)

Las acciones en el campo de la violencia son realizadas por un conjunto de servicios y profesionales que componen la red de atención. Entre estos servicios, los participantes citaron la asistencia social, Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS), Consejo Tutelar y la policía, y entre los profesionales citaron al trabajador social, psicólogo, médico y enfermero.

Trabajador social, el CRAS que van, que visitan, que orientan. (P2)

Implica asistencia, policía, consejo. (P13)

Psicólogo, enfermero, viene el médico, entonces ella es una acción regional para atender a estas personas contra la violencia. (P10)

De acuerdo con los participantes, cuando ocurrían casos de violencia, ellos buscaban reunirse con el equipo y activaban la red de atención para resolverlos. En general, el proceso ocurría con el relato de la situación entre el equipo, el cual era pasado para la red, que determinaba qué acciones serían adoptadas.

En ese caso, uno siempre tiene el equipo, la red, uno intenta siempre accionar al personal de CRAS, entonces, a partir del momento en que el agente relatar que tiene alguien sufriendo algún tipo de violencia, va a accionar toda la red, va a encaminar, va a intentar atender. (P1)

En esa perspectiva, se observa que la conducción de acciones de salud por los gestores no se configura de forma efectiva, destacando la necesidad de planificación en salud, implementación de políticas públicas, con el fin de atender a las singularidades de la violencia que enfrentan las PCDs en el espacio rural.

## DISCUSIÓN

En cuanto al objetivo del estudio, los resultados muestran las perspectivas de los participantes referentes a la violencia y a las acciones de cuidado en salud. En la primera categoría, los participantes señalaron sus concepciones en relación a la violencia contra las PCDs en el medio rural y cómo esas cuestiones dificultan la vida y la salud de esa población. En lo que se refiere a las concepciones, los participantes indicaron las formas de violencia a que esa población está sometida y los contextos en que ésta ocurre.

En cuanto a los mencionados malos tratos, en la concepción de los participantes, éstos están asociados a todas las formas de violencia, la mayoría de los casos ocurriendo dentro del contexto familiar y en cualquier discapacidad. Los malos tratos, cuando son producidos por familiares, impactan en la conducta, percepción y potencia de las PCDs<sup>(16)</sup>, lo que puede repercutir de forma negativa en los campos psicológico y social, acarreado el enfermamiento<sup>(17)</sup>.

La concepción de los participantes acerca de la violencia está relacionada a la negligencia y privación de cuidado. Tales concepciones van al encuentro de lo que es señalado por Minayo<sup>(18)</sup>, que clasifica esa violencia como ausencia o rechazo de cuidados a quien debería recibir atención, en este caso, la PCD. Además, un estudio<sup>(16)</sup> realizado en una red pública municipal, con estudiantes con discapacidad visual, reveló casos de negligencia familiar asociada al abandono y a la supresión de las necesidades básicas, como la falta de higiene, la cuestión del hambre y el frío, situaciones que dilucidan la precariedad de atención y cuidados experimentada por PCDs.

Corroborando los hallazgos, las PCDs en el espacio rural viven invisibilizadas, sin acceso a servicios esenciales, incluyendo los servicios de salud. Algunos participantes señalaron, en sus concepciones, que la falta de atención se configura en violencia a esa población, la cual se refiere a la violencia institucional, que se manifiesta por la acción u omisión en los servicios públicos<sup>(19)</sup>. Esta se presenta como ausencia de acceso a los servicios, la baja calidad de los servicios prestados y las relaciones desiguales entre profesionales y usuarios, practicada por quien, en tesis, debería prestar atención humanizada y ser fuente primaria de atención en salud<sup>(20)</sup>.

Las violencias físicas, psicológicas, sexuales y verbales son vivenciadas en el contexto de vida de las PCDs y fueron indicadas en las concepciones de los participantes. Estas violencias en el contexto rural se ven potenciadas, ya que la falta de accesibilidad a los servicios públicos los constituye como espacios de exclusión, ya que estos servicios están localizados en áreas urbanas, llevando a las PCDs a enfrentar barreras que impiden el desplazamiento<sup>(6)</sup>.

Tratándose del contexto familiar, la presencia de una PCD en la familia puede estar vinculada a sentimientos negativos y a las incertidumbres, desencadenando dificultades en las relaciones familiares. Un estudio internacional en el área rural de la India, con personas con discapacidad, mostró que el estrés físico, emocional, económico y la sobrecarga de cuidados desencadenan posturas violentas por parte de los familiares, como las amenazas y la violencia física<sup>(21)</sup>.

La violencia se transfigura aún más potenciada en el medio rural, por la singularidad, anonimato y aislamiento de las PCDs, como referida en la concepción de los participantes, por ser un contexto de adversidad y exclusión, además de la distancia geográfica a la zona urbana y a los servicios esenciales<sup>(11)</sup>. Un estudio internacional realizado en Finlandia ha puesto de manifiesto la disminución de la oferta de servicios en las zonas rurales debido a la cuestión geográfica que, además de la larga distancia, que incluye la falta de accesibilidad por los espacios precarios, asociada a la falta de desarrollo en este contexto, a diferencia del entorno urbano, que está asociado al fácil acceso a los servicios, a las actividades sociales, culturales y transporte público para el desplazamiento<sup>(22)</sup>.

Agravando la situación, la violencia es invisibilizada, silenciada y naturalizada en los servicios de salud y en los discursos de los participantes<sup>(23)</sup>. Además, las PCDs en contexto rural tienen dificultades de acceso a las delegaciones y a la asistencia social, lo que dificulta las denuncias y contribuye a la invisibilidad del problema<sup>(24)</sup>. Esa cuestión en los servicios de salud se da por la ausencia de capacitación para detectar la violencia, la falta de inversión y apoyo profesional<sup>(23)</sup> o aún es otra de las formas de transformar ese fenómeno en algo distante.

La segunda categoría trata de la no integralidad y las acciones de cuidado en el campo de la violencia, apuntando las fragilidades en la conducción de acciones de cuidado y en las formas para calificar el trabajo en salud. Los participantes corroboraron con los hallazgos en la literatura<sup>(12)</sup>, que discurren acerca de la integralidad como aquella que permite acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de salud, garantizando a las víctimas de violencia el cuidado continuo en los diferentes niveles de atención, y presupone la articulación de la salud por medio de las políticas públicas<sup>(12)</sup>, a fin de asegurar calidad de vida y atención de las necesidades.

En las palabras, se identificaron aspectos contradictorios, pues, aunque los participantes conocían la importancia de la integralidad en el campo de la violencia, había fragilidad en la conducción de acciones. Estas cuestiones demuestran las fallas existentes en la estructuración de los servicios y la deshumanización en la atención, lo que motiva los obstáculos en la búsqueda de la asistencia<sup>(25)</sup>.

En cuanto a las políticas públicas, algunos participantes desconocían las políticas de salud existentes para las víctimas de violencia en el contexto rural. Eso remite y hace pensar que no existen políticas públicas en ese escenario, ya que la mayoría de los servicios se concentra en el contexto urbano<sup>(26)</sup>, impidiendo que la atención en salud ocurra por medio del principio de integralidad. Referente a las políticas públicas para las PCDs, el desconocimiento de los participantes deriva de la falta de capacitación y articulación de los servicios de salud, visto que la Política Nacional de Salud de la Persona con Discapacidad refuerza que los profesionales de salud deberán ser actualizados, capacitados y calificados para el desarrollo de acciones de prevención, detección, intervención y los encaminamientos adecuados para las PCDs<sup>(27)</sup>, lo que no ocurría en los contextos estudiados.

Los aspectos dificultadores de las acciones por medio de la integralidad volcados a los casos de violencia a las PCDs están relacionados al déficit de profesionales, de soporte y falta de capacitación profesional. En el contexto internacional, el escenario se repite. Estudio realizado en Malawi, con PCDs que vivían en el medio rural, destacó la ineficiencia y la falta de profesionales entrenados en las unidades de salud para trabajar con esa población, constituyéndose en una barrera directa al acceso a los cuidados de salud<sup>(28)</sup>.

Para calificar el trabajo en salud y mejor atender las cuestiones de la violencia, la planificación en salud fue mencionada por los participantes. Se trata de un instrumento de gestión fundamental para el cumplimiento de las directrices que orientan el SUS y que contribuye a la organización de la red de servicios públicos de salud, por medio de él, es posible enfrentar los problemas y desarrollar acciones que atiendan a la población<sup>(29)</sup>.

En lo que se refiere a las acciones de enfrentamiento en el campo de la violencia, los participantes indicaron un conjunto de servicios y profesionales para atención y

encaminamiento en los casos violencia y que componen la red de atención. La RAS son arreglos organizativos de los servicios de salud integrados por medio de sistemas de apoyo y de gestión, buscando garantizar la integralidad del cuidado<sup>(9)</sup>. Un estudio apuntó la importancia del trabajo en red por medio del abordaje intersectorial en el enfrentamiento de la problemática de la violencia, ya que la ausencia del cuidado en red genera el aislamiento y la sobrecarga para los profesionales, siendo potenciada por las características de la ruralidad<sup>(30)</sup>.

De esta forma, la APS puede actuar como articuladora de los sectores sociales, incluyendo la salud, educación, asistencia social, justicia y como proponente de la atención integral a la salud realizada en red para los casos de violencia, asegurando la integralidad y la intersectorialidad en los atendimientos<sup>(12)</sup>.

Ante lo expuesto, se reflexiona sobre la importancia de acciones de salud para las PCDs por medio de la integralidad, buscando el cuidado en toda su complejidad, asegurando políticas públicas que atiendan las necesidades. Además, servicios y profesionales que constituyan la RAS para las PCDs víctimas de violencia en el espacio rural, a fin de realizar atención y encaminamiento adecuados.

## CONCLUSIONES

Frente a las perspectivas de los participantes, los hallazgos y discusiones acerca de la violencia permiten evidenciar que ese fenómeno permanece invisibilizado en ese contexto, aunque sea reconocido por los participantes. De esta forma, se menciona que la concepción de la violencia se basa en los contextos de vida de esa población asociada a su discapacidad, lo que motiva los malos tratos, el abandono y la negligencia. Estas cuestiones pueden reflejar las dificultades de los gestores para comprender las necesidades de las PCDs, acarreando en la ausencia de recursos, perpetuando la invisibilidad y la inexistencia de intervenciones sobre los eventos de la violencia.

Aunque los gestores de salud reconocen la importancia de la integralidad, se identificó que existen dificultades para la realización, en los servicios de salud, asociadas a la falta de acciones y encaminamientos en las situaciones de violencia, a la ausencia de planificación en salud, al déficit de profesionales, e incluso a la dificultad de acceso por las PCDs a los servicios de salud.

Esta investigación presenta limitaciones intrínsecas de estudios cualitativos descriptivos, pero revela datos importantes para pensar en estrategias y acciones de salud, de modo a garantizar atención integral a las PCDs. Además, se observa la carencia de estudios que discurren sobre violencia contra las PCDs en el espacio rural, con enfoques que consideren las concepciones de los gestores y acciones de salud.

De esta forma, se recomienda el desarrollo de estudios futuros para visibilizar las PCDs en situación de violencia en el espacio rural, teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática en ese escenario y las consecuencias en la vida y en la salud de esa población.

## REFERENCIAS

1. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2007 [citado 2022 mar 19]; 11(suppl):1259-1267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vM4c5NGrjxPFj8Phv4Mghjw/?lang=pt>.
2. Lopes DTV, Oliveira MR, Souza TH, Pereira SP. Violência contra a mulher: uma problemática de saúde pública. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação* [internet]. 2021 [citado 2022 ago 26]; 7(10): 2675 – 3375, 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/2704>.
3. Minayo MCS, Souza ER, Silva MMA, Assis SG. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 23(6):2007-2016, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q3kCPCWfBzqh8mzBnMhxmYj/>.
4. Sikweyiya Y. et al. Intersections between disability, masculinities, and violence: experiences and insights from men with physical disabilities from three African countries. *BMC Public Health* [internet]. 2022 [citado 2022 ago 26]; 22(705), 2022. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13137-5>.
5. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a “best-fit” framework synthesis. *Glob Health Res Policy* [internet] 2018 [citado 2022 ago 26]; 3:36, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30603678/>.
6. Bueno ALM, Loper MJM. Rural women and violence: readings of a reality that approaches fiction. *Ambiente & Sociedade* [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 21:e01511. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/asoc/a/VVNcs38qHFGC5q3yvvh8xPzj/abstract/?lang=en>.
7. Organización Mundial De La Salud (OMS). Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres [internet]. 2014 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13\\_10\\_esp.pdf?ua=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1).
8. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde em Debate* [internet]. 2018 [citado 2022 ago 26]; 42(117):455-467, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n117/455-467/>.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [internet], Brasília (DF). 30 dez 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).
10. Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2022 ago 26]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html).
11. Costa MC, Lopes MJM. Elements of comprehensiveness in the professional health practices provided to rural women victims of violence. *Revista Escola de Enfermagem da USP* [internet]. 2012 [citado mar 19]; 46(5):1088-1095. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/48129>.
12. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ERL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2020 [citado 2022 mar 19]; 25(6):2247-2257, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5GyqvZVTTXQLnSbVwcZ6QvL/?lang=pt>.

13. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
14. Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010 [internet]. 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=sobre>.
16. Saccol LRI, Vianna C, Pavão SMO. Negligência Familiar: Implicações na Aprendizagem Escolar de Estudantes com Deficiência Visual. Revista Brasileira de Educação Especial [internet]. 2021 [citado 2022 ago 26]; 27:e0014, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/dGTDDgBCC4wjy4nrNYQWFp/abstract/?lang=pt#>.
17. Carvalho AMF, Lopes RE, Oliveira EM, Nunes JM. O suporte social como estratégia de enfrentamento de pessoas com deficiência frente a situações de violência. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online [internet]. 2018 out/dez; [citado 2022 mar 19]; 10(4): 991-997. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916064>.
18. Minayo MCS. Violência e saúde. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Ministério da Saúde [internet], Brasília (DF). 2011 [citado 22 mar 19]. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-aviolencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.
20. Taquette S. et al. Mulher adolescente/jovem em situação de violência [internet]. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF). 2007 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: [https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/mul\\_jovens.pdf](https://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/mul_jovens.pdf)
21. Mathias K, Kermodé M, Sebastian MS, Davar B, Goicolea I. Na asymmetric burden: Experiences of men and women as caregivers of people with psycho-social disabilities in rural North India. Transcult Psychiatry [internet] 2018 [citado em 2022 ago 26]; 56(1):76-102, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30141376/>.
22. Verma I, Taegen J. Access to services in rural areas from the point of view of older population- a case study in Finland. International Journal of Environmental Research and Public Health [internet]. 2019 [citado 2022 mar 19]; 2;16(23):4854. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31810348/>.
23. Moreira GAR, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM, Feitoza AR. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Saúde e Sociedade [internet]. 2020 [citado 2022 mar 19]; 29(1):e180895. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/YHkQDt7KQRYzbbYVh3Nw7mc/?lang=pt>.
24. Hirt MC, Costa MC, Arboit J, Leite MT, Hesler LZ, Silva EB. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2017 [citado 2022 mar 19]; 38(4):e68209. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Tz3YkZnVJSYzKV5P99xvSVh/abstract/?lang=pt>.
25. Silva JG, Branco JGO, Vieira LJES, Brilhante AVM, Silva RM. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? Saúde e Sociedade [internet]. 2019 [citado 2022 ago 26]; 28(2):187-200, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XNLndLPPwYqW6Gh9TjZq8Cn/?lang=pt&format=html>.
26. Borth LC, Costa MC, Silva EB, Fontana DGR, Arboit J. Rede de enfrentamento à violência contra mulheres rurais: articulação e comunicação dos serviços. Revista

- Brasileira de Enfermagem [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 71(supl 3):1287-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VsvhjkhwScCXzSVsR6kPjry/?lang=pt>.
27. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. 1ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde [internet]. 2010 [citado 2022 mar 19]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf).
28. Harrison, JAK. Access to health care for people with disabilities in rural Malawi: what are the barriers? BMC Public Health [internet]. 2020 jun; [citado 2022 mar 19]; 1;20(1):833. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32487088/>.
29. Ferreira J, Celuppi IC, Baseggio L, Geremia DS, Madureira VSF, Souza JB. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? Saúde e Sociedade [internet]. 2018 [citado 2022 mar 19]; 27(1):69-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6XdxDvqvLzKXWjTHNgZTdCp/abstract/?lang=pt>.
30. Mapelli LD, Sabino FHO, Costa LCR, Silva JL, Ferriani MGC, Carlos DM. Rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes em contexto de ruralidade. Revista Gaúcha de Enfermagem [internet]. 2020 [citado em 2022 ago 26]; 41:e2019046. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/109939>.

ISSN 1695-6141

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