

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA

COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

GUIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES COM DEFICIÊNCIA E MOBILIDADE
REDUZIDA

DOCUMENTO DISPONÍVEL PARA CONSULTA PÚBLICA

CONSULTA PÚBLICA

1. BREVE PANORAMA HISTÓRICO E MARCOS LEGAIS E NORMATIVOS

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002, não incorporou de forma transversal a perspectiva de gênero em sua formulação inicial, o que contribuiu para a invisibilização das necessidades específicas de saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, dificultando a incorporação de suas demandas nas ações e estratégias da Política e perpetuando desigualdades que atravessam suas experiências em saúde. Embora esta Política contemplasse a saúde sexual e reprodutiva como componente da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência, essa abordagem não era acompanhada de diretrizes específicas voltadas às desigualdades de gênero ou às múltiplas formas de discriminação vivenciadas por esse grupo. Posteriormente, com a atualização promovida pela Portaria GM/MS nº 1.526, de 18 de outubro de 2023, que alterou a denominação da referida política para Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), constante do Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, passaram a ser incorporadas diretrizes voltadas ao reconhecimento e à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência, bem como à consideração das dimensões de raça, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e demais marcadores sociais, sob uma perspectiva interseccional, representando um avanço na promoção da equidade em saúde.

A Constituição Federal de 1988 representou um marco ao instituir o direito universal à saúde e ao criar o SUS, fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Contudo, a incorporação das necessidades específicas das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida nas políticas públicas de saúde ocorreu de forma gradual e fragmentada, tornando-se mais evidente a partir dos anos 2000, com a instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2002) e da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). Apesar desses avanços, a articulação entre as agendas da saúde da mulher e da saúde da pessoa com deficiência permaneceu limitada, contribuindo para a persistência de lacunas na atenção integral a esse grupo populacional.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde, reconheceu a deficiência como um dos marcadores sociais de diferença que afetam a saúde das mulheres. Embora, desde 2017, tenham sido

intensificados os debates e publicadas diretrizes e documentos técnicos voltados ao fortalecimento da atenção integral à saúde das mulheres – com ênfase no enfrentamento da violência de gênero, na atenção à saúde mental, na prevenção e no tratamento das doenças crônicas e do câncer ginecológico, bem como na ampliação da inclusão de grupos historicamente excluídos, como mulheres negras, indígenas, LBTQIAPN+ e mulheres com deficiência – a perspectiva da deficiência ainda não foi incorporada de forma transversal à PNAISM. Embora a Política proponha a articulação entre diferentes áreas técnicas da saúde e reconheça a necessidade de contemplar a diversidade das mulheres, não estabelece diretrizes operacionais específicas para a atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, ou prevê mecanismos específicos de monitoramento, avaliação e financiamento voltados a esse grupo populacional. Essa lacuna evidencia a necessidade de incorporar indicadores específicos e estratégias de financiamento que possibilitem a implementação e o acompanhamento de ações voltadas à garantia da equidade no acesso e na qualidade da atenção à saúde dessas mulheres.

As lacunas na incorporação das necessidades específicas das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida nas políticas públicas de saúde, associadas à insuficiência de formação e de letramento anticapacitista e interseccional entre profissionais e trabalhadores(as) da saúde, contribuem para a perpetuação de estigmas e práticas discriminatórias, como a negação da sexualidade, a deslegitimação da maternidade e a oferta inadequada ou negligente de cuidados ginecológicos e obstétricos. Casos de esterilização compulsória ou realizada sem consentimento livre e esclarecido continuam sendo relatados, especialmente entre mulheres com deficiência intelectual ou psicossocial. Em estudo sobre o tema, Hebe Régis¹ demonstra que a maior parte das cirurgias analisadas foi realizada no âmbito do SUS e sustenta que esse procedimento tende a ser naturalizado e percebido por familiares e trabalhadores(as) da saúde não como uma violação de direitos, mas como um suposto benefício destinado às mulheres com deficiência intelectual. Entre as justificativas mais recorrentes para essa prática destacam-se a interrupção da menstruação, o temor de uma gravidez indesejada por parte da família e a alegada proteção contra a violência sexual. Esse cenário evidencia a urgência de fortalecer ações orientadas pelos princípios da justiça reprodutiva, assegurando o respeito à autonomia corporal, ao consentimento livre e esclarecido e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida.

¹ Hebe Régis (2013).

A criação, em 2012, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito da primeira versão do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite², buscou superar lacunas históricas por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. A RCPD é composta pelos seguintes componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência. Seus pontos de atenção abrangem serviços como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros Especializados em Reabilitação (CER), Oficinas Ortopédicas, Policlínicas, Hospitais e serviços de saúde, incluindo reabilitação, credenciados à gestão local. No entanto, a transversalização da perspectiva de gênero e da interseccionalidade — que envolve a articulação entre deficiência, gênero, raça, classe, orientação sexual, geração e território — vem sendo gradualmente incorporada às práticas de cuidado e aos instrumentos normativos, embora ainda se apresente de forma incipiente na estrutura e no funcionamento da RCPD. Ademais, a integralidade do cuidado à pessoa com deficiência, sobretudo, à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, exige o enfrentamento da hegemonia do modelo biomédico de compreensão da deficiência, que historicamente concebeu essas mulheres sob a ótica da tragédia, falta, perda, dor, sofrimento, perturbação, caridade e incapacidade. Para além de ser uma categoria de saúde, essa concepção de deficiência impede compreendê-la também como um fato ordinário, comum e constitutivo da vida humana — uma condição que produz formas diversas e legítimas de ser e estar no mundo.

É nesse contexto que surge o primeiro *Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida* (Brasil, 2019), um marco legal e normativo que buscou orientar profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde sobre o cuidado qualificado a esse público. Como documento pioneiro, o material inicial abriu caminho para a organização da Rede de cuidados que já vinha sendo orientada pela RCPD. A presente revisão e ampliação aprofunda esse percurso ao incorporar de forma mais abrangente a complexidade organizacional da Rede, assim como os princípios da interseccionalidade e da ética do cuidado. Dessa forma, esta nova edição representa uma oportunidade estratégica para consolidar o marcador da deficiência como eixo estruturante da Política de saúde da mulher.

A construção de um cuidado integral e equitativo requer o reconhecimento das múltiplas dimensões que atravessam a experiência da deficiência, como gênero, raça/cor, classe, orientação sexual, geração e território. Isso implica não apenas a superação das barreiras físicas e comunicacionais, mas também das barreiras simbólicas e atitudinais que limitam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde.

Diversos marcos legais e normativos fundamentam o direito à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida no Brasil. Entre os principais instrumentos, destacam-se:

- a Constituição Federal de 1988, que garante o direito universal e igualitário à saúde;
- o Decreto Legislativo nº 186/2008, que aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados pelo Brasil em Nova Iorque, em 30 de março de 2007;
- o Decreto nº 6.949/2009, que promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, com *status* de emenda constitucional no Brasil;
- a Portaria GM/MS nº 1.060/2002, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, sendo atualizada em 2023 pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD - Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017), por meio da Portaria GM/MS nº 1.526/2023, alinhando-a ao modelo biopsicossocial, às diretrizes da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência;
- a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, instituída em 2004;
- a Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, que institui a RCPD no âmbito do Sistema Único de Saúde, posteriormente consolidada no Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017, que sistematizou diversas normas do SUS, garantindo maior estabilidade normativa e integração com outras Redes de atenção à saúde;
- a Lei nº 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI);
- a Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, que reúne as normas sobre as políticas nacionais de saúde no SUS; e
- o Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida, publicado em 2019, que este documento ora revisa e amplia.

² A primeira versão do Plano Viver Sem Limite foi instituída pelo Decreto nº 7.612/2011, sendo revogado pelo Decreto nº 11.793/2023, que criou o Novo Plano Viver Sem Limite.

Esses marcos normativos, embora fundamentais, ainda enfrentam desafios em sua implementação efetiva nos territórios. A superação dessas barreiras depende da articulação entre gestores(as), profissionais e trabalhadores(as) de saúde, movimentos sociais e, sobretudo, da escuta ativa e do protagonismo das próprias mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. A construção de um cuidado integral e equânime passa pela valorização da diversidade humana e pela promoção de práticas de saúde que reconheçam e respeitem a autonomia, os direitos e os saberes das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida.

Sugestões de leitura:

- DIAS, Francine S.; MELLO, Anahi G. Saúde da mulher com deficiência na Rede de Cuidados. In: Ribeiro, Kátia Suely Q. S.; Medeiros, Arthur A.; Silva, Silvia L. A. (Org.). **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis**. 1ed. Porto Alegre: Editora Rede Reunida, 2022. p. 300-314.
- SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021.

2. MARCOS CONCEITUAIS

A construção de um cuidado integral à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida exige o enfrentamento de concepções históricas que associam a deficiência a discursos e práticas pautadas na tragédia pessoal e incapacidade. Essas representações, enraizadas no modelo biomédico hegemônico, reduzem a deficiência a um déficit corporal e ignoram as dimensões sociais, culturais e políticas que atravessam a experiência de ser mulher com deficiência e mobilidade reduzida no Brasil. Para superar essas percepções, este documento adota como referência os seguintes marcos conceituais:

- Pessoa com deficiência: de acordo com a PNAISPD, Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2.2017 (Brasil, 2017), corroborada pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Brasil, 2009), trata-se de pessoa com 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;
- Pessoa com mobilidade reduzida: de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (Brasil, 2015), é aquela que tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e pessoa obesa;
- Funcionalidade: conforme expresso na PNAISPD, Anexo XIII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2.2017 (Brasil, 2017), é o termo que engloba todas as funções e estruturas do corpo, além de atividades e participação, de maneira similar e em interação com os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais);
- Modelo biopsicossocial da deficiência: compreende-se a deficiência nem como uma condição médica, nem como o resultado exclusivo de barreiras sociais, mas como uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nesse sentido, esse modelo adota uma abordagem integrada e relacional da deficiência, reconhecendo que os impedimentos corporais podem trazer desvantagem ou restrição à participação nas atividades, mas que o impacto real da deficiência depende também das atitudes, das condições ambientais e das experiências subjetivas da pessoa;
- Gênero: refere-se às formas pelas quais diferentes sociedades constroem, organizam e atribuem sentidos às diferenças percebidas entre os sexos. Seguindo

o pensamento de Joan Scott³, o gênero não é apenas um conjunto de ideias sobre homens e mulheres, mas um elemento estruturante das relações sociais, mostrando como se expressam e se organizam as relações de poder. No campo da saúde, essa perspectiva ajuda a perceber como normas, valores, práticas institucionais e padrões culturais moldam oportunidades, comportamentos e até o acesso aos serviços, influenciando diretamente os resultados em saúde. Como se trata de uma construção social e histórica, o gênero muda com o tempo e varia entre distintos contextos sociais, grupos e instituições, não sendo algo fixo nem universal. Além disso, é importante lembrar que a experiência da deficiência também é atravessada pelo gênero, o que faz com que mulheres e homens vivenciem a deficiência de maneiras distintas. Por isso, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada no Brasil em 2009, incorporou um artigo específico voltado às mulheres com deficiência. Trata-se do artigo 6º, intitulado “Mulheres com Deficiência”, que apresenta dois pontos centrais: o primeiro reconhece que mulheres e meninas com deficiência sofrem múltiplas formas de discriminação e, por isso, os Estados signatários devem adotar medidas para garantir-lhes o pleno e igual acesso a todos os direitos humanos e liberdades fundamentais; o segundo estabelece que os Estados Partes devem promover ações adequadas para assegurar o desenvolvimento, o progresso e o empoderamento dessas mulheres, de modo que possam usufruir plenamente dos direitos previstos na Convenção. Essa inclusão representou um marco importante, pois levou os governos a reconhecerem as especificidades vividas por meninas e mulheres com deficiência, considerando tanto a perspectiva de gênero quanto a igualdade entre pessoas com e sem deficiência;

- Identidade de gênero: é o sentimento individual de pertencimento ao masculino ou ao feminino, construído socialmente desde o nascimento. Isto é, trata-se da forma como o sujeito se sente e se reconhece como homem ou mulher. Ainda, é importante diferenciar identidade de gênero de orientação sexual: a primeira diz respeito a “quem se é” em relação a ser homem ou mulher; a segunda refere-se ao desejo e às práticas sexuais, ou seja, a “quem se deseja”, podendo o sujeito ser heterossexual, homossexual ou bissexual⁴.

³ Scott (1995).

⁴ Miriam Pillar Grossi (1998).

- Além disso, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015), no Capítulo III, que trata do Direito à Saúde, estabelece em seu art. 18 que os serviços e ações de saúde voltados às pessoas com deficiência devem garantir, entre outros direitos, o reconhecimento de suas especificidades, bem como o respeito à identidade de gênero e à orientação sexual desses indivíduos;
- Direitos sexuais e direitos reprodutivos: como parte integrante dos direitos humanos, visam assegurar que todas as pessoas possam tomar decisões livres, informadas e responsáveis sobre seu corpo, sua sexualidade e sua reprodução. Esses direitos incluem a possibilidade de viver e expressar a sexualidade com liberdade, segurança e dignidade, sem discriminação, coerção ou violência, com base no respeito mútuo, na igualdade e no pleno consentimento entre parceiros, bem como o respeito à orientação sexual e à identidade de gênero. Também abrangem o direito de decidir se desejam ter filhos, quantos filhos ter e em que momento da vida, além do acesso à informação, incluindo educação integral em sexualidade, e a métodos seguros, eficazes e acessíveis de planejamento familiar e reprodutivo. Ademais, compreendem o acesso a serviços de saúde de qualidade, como atenção pré-concepção, atenção ao pré-natal, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e cuidados adequados que garantam às mulheres uma gestação e um parto seguros e respeitosos. De forma mais ampla, esses direitos também implicam a promoção da igualdade de gênero, da autonomia corporal e do bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida (Marcos internacionais: Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento - 1994; Consenso de Montevideu - 2013; Comissão Guttmacher-Lancet sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos - 2018);
- Justiça reprodutiva: a justiça reprodutiva é uma abordagem que amplia o conceito de direitos reprodutivos ao considerar as condições sociais, econômicas, políticas e culturais que influenciam a capacidade das pessoas de exercer esses direitos de forma plena. O termo foi desenvolvido por ativistas negras nos Estados Unidos e propõe que a autonomia reprodutiva só pode ser garantida quando há justiça social. Assim, a justiça reprodutiva defende o direito de ter filhos, de não ter filhos e de criar os filhos em ambientes seguros, saudáveis e sustentáveis, reconhecendo que desigualdades estruturais (como racismo, pobreza, discriminação de gênero, capacitismo e outras formas de opressão) podem limitar o acesso real a serviços

de saúde, informação e condições dignas de vida. Dessa forma, a perspectiva da justiça reprodutiva integra os direitos humanos, equidade e políticas públicas para assegurar que todas as pessoas tenham condições concretas de exercer sua autonomia e saúde reprodutiva;

- **Consentimento informado:** é um princípio ético e jurídico fundamental na área da saúde que visa garantir que as pessoas possam tomar decisões livres e informadas sobre intervenções médicas ou procedimentos que envolvem seu corpo. Esse princípio estabelece que qualquer procedimento deve ser realizado somente após a pessoa receber informações nítidas, completas e compreensíveis sobre seus objetivos, benefícios, riscos, alternativas possíveis e eventuais consequências, permitindo uma decisão voluntária, sem coerção ou pressão. O consentimento informado está diretamente relacionado ao respeito à autonomia, à dignidade e à integridade das pessoas;
- **Decisão apoiada:** expresso na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a tomada de decisão apoiada é o processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade.

3. ÉTICA DO CUIDADO

Na tradição liberal de justiça, prevalece a figura do sujeito autônomo e independente, cujas decisões racionais fundamentam o exercício pleno de direitos e deveres, a fim de se ter uma vida digna. Isto é, enfatiza-se o ideal da autonomia como independência, baseada na capacidade de fazer escolhas sem nenhuma interferência, e em gerir a vida de forma autossuficiente. No entanto, várias autoras⁵ propõem, implícita ou explicitamente, um deslocamento ético e político que substitui o paradigma da independência pelo da interdependência, reconhecendo o cuidado como uma prática social, relacional e política essencial para a manutenção da vida.

De fato, a perspectiva da ética do cuidado desafia esse ideal do sujeito moderno ao mostrar que a interdependência constitui o pano de fundo de toda vida social. A ênfase excessiva na independência, central na tradição liberal e no ideal moderno de sujeito, torna-se problemática especialmente quando aplicada à experiência da deficiência. Para Eva Kittay⁶, a dependência não deve ser compreendida como falha individual, fraqueza ou incapacidade, mas como parte constituinte da condição humana.

Em diferentes momentos do decurso da vida – infância, velhice, adoecimento ou deficiência – todas as pessoas tornam-se dependentes do cuidado de outras, o que revela a vulnerabilidade como um elemento estrutural da existência humana.

No campo da saúde, especialmente na atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, reconhecer essa dependência implica romper com o estigma de que a necessidade de cuidado, mesmo o cuidado em saúde, é sinal de fraqueza. Ao contrário, a dependência pode ser experienciada com dignidade quando o cuidado é oferecido com respeito, reciprocidade e reconhecimento da agência da pessoa que o recebe.

⁵ Ver, por exemplo, Joan C. Tronto (1993), Eva Feder Kittay (1999, 2011) e María Puig de la Bellacasa (2017).

⁶ Kittay (2011)

Ainda, a autora sustenta que a ideia de independência absoluta pode excluir pessoas com deficiência cuja condição corpórea exige assistência permanente, ou de longa duração, ignorando as complexas redes de cuidado que sustentam a vida social. Todas as pessoas com e sem deficiência, em maior ou menor grau, dependem de outras para viver. A interdependência, no contexto de uma ética do cuidado, significa que todas as pessoas são, ao mesmo tempo, provedoras e beneficiárias do cuidado ao longo da vida⁷. Isto é, vivem em laços recíprocos porque cuidam e são cuidadas, dependem de serviços, de tecnologias e das ajudas e afetos de humanos e não humanos como os animais. Assim, mesmo a autonomia não deve ser entendida como independência, mas como capacidade de tomar decisões dentro de relações de interdependência. Nessa perspectiva, a autonomia é sempre relacional, construída no interior de vínculos que reconhecem a vulnerabilidade e promovem condições de escolha efetiva.

Na experiência da deficiência, o cuidado que as pessoas com deficiência recebem implica uma forma de elas alcançarem a maior autonomia possível⁸. Em relação às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, essa discussão assume especial relevância porque a autonomia dessas mulheres é frequentemente minada por práticas capacitistas que, atravessadas pelo sexismo – e pelo racismo, no caso das mulheres com deficiência negras ou indígenas –, as tratam como incapazes de decidir sobre o próprio corpo, a sexualidade e os cuidados em saúde. Uma ética do cuidado comprometida com a justiça precisa, portanto, afirmar que o cuidado não é antagônico à autonomia; pelo contrário, é o que a torna possível. Em outras palavras, o cuidado não substitui a autonomia, mas a sustenta.

María Puig de la Bellacasa amplia essa concepção ao propor uma ética especulativa do cuidado que inclui humanos e não humanos, tecnologias, ambientes e relações como partes inseparáveis dos mundos que habitamos. Para a autora, o cuidado é uma prática material e afetiva que “mantém o mundo vivo”, envolvendo tanto atenção quanto responsabilidade⁹. Essa perspectiva é especialmente útil para o campo da saúde, onde o cuidado depende de interações entre corpos, tecnologias, saberes e instituições.

⁷ Hirata e Guimarães (2012).

⁸ Kittay (2011, p. 49).

⁹ Puig de la Bellacasa (2017).

Ao transpor o debate para o contexto das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida isso significa reconhecer que a saúde não se reduz à ausência de doença, mas sim à presença de condições que sustentam o bem-estar e é parte de uma trama de relações de cuidado, produzida nas redes de conexões entre pessoas (profissionais de saúde, familiares, acompanhantes etc.), tecnologias assistivas, infraestruturas públicas, políticas públicas e ambientes acessíveis, sendo partes constitutivas de mundos compartilhados.

A ética do cuidado aplicada à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida exige, portanto, o reconhecimento da vulnerabilidade e da singularidade da experiência da deficiência, também marcada por outras interseccionalidades. Essas mulheres enfrentam não apenas barreiras físicas e comunicacionais, mas também simbólicas e atitudinais, que afetam diretamente seu acesso ao cuidado. Um atendimento verdadeiramente ético deve considerar o tempo, o ritmo, a linguagem e as condições específicas de cada corpo, respeitando o direito à intimidade, à autonomia e ao desejo.

Além disso, é preciso compreender que a relação de cuidado é recíproca. As mulheres com deficiência não são apenas receptoras de cuidado, mas também agentes dele, seja cuidando de outras pessoas, seja participando ativamente na construção de práticas e políticas de saúde. No campo da saúde pública, isso implica repensar a organização dos serviços e das políticas de forma que a dependência não seja vista como obstáculo, mas como ponto de partida para práticas de cuidado mais justas. Profissionais e equipes devem compreender que a noção de “paciente passivo” é uma ficção que desconsidera a complexidade das relações humanas e as condições concretas da experiência da deficiência, que é sempre singular em cada mulher.

Em síntese, a ética do cuidado, quando aplicada à experiência da deficiência, transforma profundamente o modo de pensar o cuidado em saúde. Ela desloca o foco da independência e da produtividade para a vulnerabilidade, a interdependência e a dignidade humana. Assim, cuidar de mulheres com deficiência e mobilidade reduzida não é apenas uma tarefa técnica ou assistencial, mas um compromisso ético e político com a construção de mundos compartilhados e acessíveis, onde o direito à saúde se realize de forma plena, situada e humanizada.

O reconhecimento de que a dependência do outro não apenas integra a condição humana, como também a garantia do cuidado constitui, especialmente para as pessoas com deficiência, um direito fundamental para a manutenção da vida e a conquista da dignidade. Isso nos leva a pensar o cuidado como uma responsabilidade do Estado e da sociedade, desnaturalizando essa atividade como naturalmente feminina¹⁰, propondo uma

ética do cuidado pautada nos direitos humanos e que reconheça a deficiência, incluindo a dependência, como parte da diversidade humana. Indo além, o cuidado é responsabilidade coletiva, compartilhada entre indivíduos, comunidades e instituições.

Por fim, a ética do cuidado convida à construção de uma política da interdependência. Isso significa reconhecer que todos os sujeitos – profissionais, usuárias, instituições, tecnologias e ambientes – são corresponsáveis pela produção e manutenção do cuidado. No caso das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, esta política requer a valorização das experiências vividas e dos saberes situados, rompendo com a hierarquia entre quem cuida e quem é cuidado. Esse compromisso ético e político encontra respaldo normativo na Política Nacional de Cuidados, instituída pela Lei nº 15.069/2024, e no Plano Nacional de Cuidados, regulamentado pelo Decreto nº 12.562/2025, que reconhece o cuidado como direito social e responsabilidade coletiva. Tais instrumentos orientam a construção de sistemas de cuidado justos, equitativos e acessíveis, pautados na interdependência e na dignidade humana. Reconhecer o cuidado como direito e responsabilidade coletiva é essencial para uma sociedade verdadeiramente justa e equitativa.

4. ACESSIBILIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Acessibilidade refere-se à garantia ao direito universal, ou seja, direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre muitos outros. Engloba, dessa forma, aspectos urbanísticos, arquitetônicos e de comunicação, como também aspectos do comportamento dos indivíduos perante as pessoas com deficiência. Portanto obstáculos físicos, atitudinais ou comportamentais devem ser identificados e eliminados para favorecer a acessibilidade.

Apesar de avanços normativos como a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2023), as barreiras de acessibilidade nos serviços de saúde persistem e revelam que a acessibilidade não se realiza apenas pela via dos marcos legais e normativas, mas pela via da transformação cultural e institucional. Superar o modelo biomédico hegemônico, que enxerga o corpo com deficiência como objeto de correção, é condição para construir práticas de saúde orientadas pela ética do cuidado.

As necessidades de saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida estão, de modo geral, implicadas nos tipos de barreiras que enfrentam e que são específicas de cada deficiência. O estudo de Stella Nicolau¹¹ apresenta relatos de usuárias de diferentes deficiências, reportando as dificuldades de acesso aos serviços da Atenção Básica, como a falta de transporte, presença de barreiras arquitetônicas e na comunicação, além das barreiras atitudinais advindas dos preconceitos e atitudes pouco acolhedoras de alguns profissionais da saúde. Para eliminar essas barreiras, é preciso garantir a acessibilidade nos sistemas de saúde, em seu sentido mais amplo.

Dessa forma, a acessibilidade é um dos pilares essenciais da atenção integral à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. Mais do que contar com equipamentos ou estruturas adaptadas, trata-se da capacidade dos serviços de saúde de responder de forma efetiva, ética e acolhedora às necessidades de saúde dessas usuárias. Na prática, a acessibilidade vai além das dimensões técnicas tradicionalmente chamadas de “arquitetônica”, “comunicacional” e “atitudinal”. Ela deve ser compreendida como um processo relacional e contínuo, que envolve não apenas a adequação dos espaços, mas também a transformação das práticas e dos modos de se relacionar com múltiplas corporalidades e sensorialidades nos ambientes¹². Assim, a acessibilidade se configura como um valor ético e político que concretiza o direito ao cuidado e à participação plena na vida social, pois significa garantir o acesso, o pertencimento e a permanência das pessoas com deficiência nesses ambientes, com equidade, autonomia e dignidade. Trata-

se, então, de assegurar condições éticas de cuidado, nas quais a escuta, o tempo e o respeito à singularidade das usuárias, inclusive quando relacionada ao tipo de deficiência, se tornem práticas institucionalizadas.

Desse modo, a ausência de acessibilidade – seja arquitetônica, comunicacional, metodológica, instrumental, programática e atitudinal, seja em sua definição ampliada que não se esgota em práticas de acesso que visem “setorializar” ou “especificar” apenas o segmento de pessoas com deficiência¹³ – representa uma forma de exclusão e violação de direitos humanos. Quando se adota uma definição ampliada de acessibilidade, torna-se evidente o impacto da falta de acesso: sofrimento, desigualdade e o fenômeno conhecido como “fadiga de acesso”¹⁴, que se manifesta como o esgotamento físico, mental e emocional vivido por pessoas com deficiência ao terem que explicar, repetidamente a pessoas sem perspectiva anticapacitista, o que deve ser feito para garantir-lhes acessibilidade.

Nos sistemas de saúde, a acessibilidade também está interligada à sua própria estrutura organizacional. Relaciona-se à revisão dos fluxos, horários, tempos e protocolos institucionais. Aspectos como a escuta qualificada nas consultas, a gestão dos tempos de espera e a simplificação de processos administrativos são elementos que, quando cuidadosamente planejados, contribuem para minimizar a fadiga de acesso e promover um acolhimento mais inclusivo. É necessário repensar os arranjos de trabalho e os modos de acolhimento, permitindo o atendimento em tempos adequados às diferentes corporalidades.

4.1 A acessibilidade como dimensão ética do cuidado

No SUS, a acessibilidade deve ser orientada sob o prisma da ética do cuidado, especialmente nas situações que envolvem contato físico, exposição corporal e confiança, como consultas ginecológicas, exames preventivos e processos de reabilitação. Promover esse acolhimento implica assegurar que o vínculo entre profissional e usuária seja mediado pelo respeito, pela escuta e pela autonomia, reconhecendo a vulnerabilidade como aspecto constitutivo da condição humana.

Para efetivar a acessibilidade, é preciso fomentar uma cultura do acesso nos serviços de saúde. A noção de cultura do acesso amplia o entendimento da acessibilidade, transformando-a em uma prática social internalizada e cotidiana. Trata-se de construir práticas que incorporem o acesso como valor intrínseco e não como exceção para pessoas com deficiência.

O SUS tem o desafio de promover uma acessibilidade que não se limite a adequações físicas, mas que amplie o horizonte do cuidado, reconhecendo a pluralidade das corporalidades e das experiências, de forma que a cultura do acesso aponte para horizontes ético-estéticos de transformação. Garantir a acessibilidade é, portanto, promover o cuidado, a fim de que todas as mulheres, com ou sem deficiência, possam viver o direito à saúde de forma plena, segura e autônoma.

¹⁰Ver Tronto (1993)

¹¹ Nicolau (2011).

¹² Ver Titchkosky (2011) e Comitê Deficiência e Acessibilidade da Associação Brasileira de Antropologia (2020).

¹³ Comitê Deficiência e Acessibilidade da Associação Brasileira de Antropologia (2020).

¹⁴ Konrad (2021).

4.2 As dimensões técnicas da acessibilidade

A **acessibilidade arquitetônica** refere-se à adequação dos espaços físicos, como rampas, corrimãos, sinalização tátil, banheiros adaptados, mesas ginecológicas com encosto reclinável e mamógrafos com ajuste de altura, dentre outras adequações.

A ABNT NBR 9050 revisada em 2015, estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade.

A insuficiência de mesas ginecológicas com encosto reclinável, apoios reguláveis e perneiras motorizadas, ou de mamógrafos que permitam exames em posição sentada, compromete o acesso à saúde sexual e reforça práticas de exclusão.

Para que ocorra a realização de exames nas mulheres com deficiência auditiva, é necessária a presença de intérprete de Libras e/ou uso de estratégias como a leitura labial ou a linguagem escrita. Além disso, o profissional responsável pelo procedimento deve ser qualificado para realizar a audiodescrição para mulheres com deficiência visual, ou seja, é necessário descrever de forma clara, objetiva e detalhada, todas as etapas do exame, os instrumentos utilizados, o ambiente e quaisquer ações realizadas na preparação do procedimento e também durante o procedimento, de modo a garantir compreensão, segurança e autonomia da usuária. Mulheres com baixa visão, por exemplo, podem ter dificuldade em enxergar monitores devido à distância.

É importante destacar que as pessoas com deficiência possuem o direito a receber atendimento prioritário, em todas as instituições e serviços de atendimento ao público,

conforme estabelecido na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

A **acessibilidade comunicacional**, por sua vez, garante que a comunicação entre profissionais e usuárias seja clara, acessível e bidirecional. Isso inclui a presença de intérpretes de Libras para usuárias surdas; o uso de materiais em Braille ou em formato digital para usuárias cegas; com fonte ampliada para mulheres com baixa visão; e a garantia de linguagem simples e recursos visuais para que mulheres com deficiência intelectual possam compreender as orientações de saúde. A ausência de acessibilidade comunicacional produz constrangimento e dependência desnecessária, além de não garantir o direito à privacidade e à autonomia, como no caso de mulheres surdas serem obrigadas a levar familiares ou acompanhantes às consultas ginecológicas para traduzir assuntos íntimos.

A **acessibilidade atitudinal** diz respeito às posturas, comportamentos e valores dos profissionais de saúde, também interligadas à formação e sensibilização das equipes de saúde para o enfrentamento do capacitismo e a promoção do letramento anticapacitista. A dimensão atitudinal é decisiva para evitar práticas discriminatórias, negligências e violências que atravessam o corpo e a experiência das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. As barreiras atitudinais também se manifestam quando há desinformação ou negligência no atendimento, como no caso de Doralice, uma mulher cega que foi desestimulada a realizar um exame ginecológico por ser lésbica e nunca ter tido penetração:

“(...) o problema é o desgaste que você passa no atendimento profissional da saúde. Há exceções, claro, isso não é uma regra geral. Você tem ou não te um acolhimento, isso vai de cada serviço e de cada pessoa. Quando cheguei ao consultório, o ginecologista me perguntou: “Ah, mas você veio fazer um exame? Por quê?”

– Porque eu tenho quarenta anos e é a primeira vez que estou tendo o prazer ou desprazer em estar aqui fazendo essa consulta. Gostaria de saber como agir daqui para frente, por conta de menopausa, por conta de câncer de mama, de útero e tal.

– Então tudo bem, vamos fazer o exame.

– Só que tem um problema, sou lésbica, nunca tive penetração e acho que eu não vou poder fazer esse exame convencional.

– Bom, então assim, já que você não enxerga, é lésbica, nunca teve penetração, você pode ir embora para sua casa. O que você veio fazer aqui?

Eu falei: “Não, espera um pouquinho”.

Se eu fosse uma pessoa um pouco menos informada, teria saído de lá e não teria feito o exame da forma como se faz, nessas pessoas e na condição que eu estou dizendo.”¹⁵ (Doralice, então com 40 anos).

Esse tipo de abordagem capacitista viola direitos e revela uma visão estreita sobre sexualidade e deficiência. A escuta qualificada, o respeito à autonomia e o reconhecimento da diversidade de corpos e experiências são elementos fundamentais para superar essas barreiras.

Por fim, a **acessibilidade instrumental** envolve a disponibilidade de tecnologias, insumos e equipamentos que viabilizem o cuidado. Isso inclui desde cadeiras de rodas e dispositivos de apoio até instrumentos clínicos adaptados. A ausência desses recursos compromete a realização de procedimentos básicos e reforça a dependência funcional, quando poderia ser promovida a autonomia.

A acessibilidade, portanto, não é um atributo técnico isolado, mas uma prática transversal que deve estar presente em todas as dimensões do cuidado. Ela é condição para que o SUS cumpra seu papel de garantir atenção integral, equânime e centrada na pessoa. Promover a acessibilidade nos serviços de saúde é reconhecer que a deficiência não está no corpo da pessoa, mas nas barreiras que impedem sua plena participação e seu direito ao cuidado digno.

¹⁵ Depoimento disponível em Brasil (2010).

5. INTERSECCIONALIDADE E TRANSVERSALIDADE

Pensar a saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida exige reconhecer que suas experiências são o resultado do entrelaçamento entre gênero, deficiência, raça/cor, classe, sexualidade, geração e território. Esses marcadores de diferença não atuam isoladamente, mas se combinam para produzir desigualdades específicas que precisam ser consideradas na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde da mulher. Nesse contexto, dois conceitos são fundamentais: interseccionalidade e transversalidade.

A interseccionalidade constitui uma ferramenta analítica que permite compreender como distintos marcadores de diferença e sistemas de opressão se articulam e produzem desigualdades específicas. Não se trata de somar marcadores de diferença, mas de reconhecer que eles operam de forma simultânea e mutuamente constitutiva, criando situações de vulnerabilidade que não são captadas por abordagens unidirecionais. No campo da saúde, isso significa entender que gênero e deficiência não explicam separadamente as estruturas de opressão, mas se combinam para gerar barreiras, estigmas e violências contra mulheres com deficiência. A interseccionalidade evidencia que não existe uma “mulher com deficiência universal”, mas múltiplas experiências situadas, atravessadas por raça/cor, classe, sexualidade, território e geração, ocasionando ainda mais barreiras. Essa perspectiva desloca o foco da deficiência como característica individual para compreendê-la como marcador estrutural de desigualdade e parte da diversidade humana.

Já a transversalidade refere-se à necessidade de que determinados marcadores de diferença, como gênero e raça, atravessem todas as políticas e setores governamentais. No SUS, implica que a deficiência não seja tratada como pauta paralela, mas como eixo presente em todas as áreas da atenção à saúde. A transversalidade de gênero, consolidada na Conferência de Beijing em 1995, exemplifica esse princípio ao exigir que o recorte de gênero perpassasse todas as políticas públicas, e não que apenas fossem implementadas nas políticas específicas para mulheres¹⁶. No entanto, sem uma perspectiva interseccional crítica, a transversalidade tende a permanecer normativa, sem transformar práticas e arranjos institucionais.

¹⁶ Ver Bandeira (2005).

A transversalidade de gênero deve ser encarada como uma estratégia de gestão, um princípio organizativo que implica a necessidade de que o gênero atravessasse todas as áreas governamentais, evitando sua setorialização e promovendo uma visão integrada entre órgãos, setores e equipes. Isso significa orientar um novo modo de organizar competências políticas, institucionais e administrativas, ao mesmo tempo em que atribui responsabilidade aos agentes públicos para enfrentar as desigualdades de gênero dentro e entre as diferentes esferas governamentais. Ao operar dessa forma, a transversalidade busca promover uma atuação articulada e contínua entre os diversos níveis do governo, aumentando a eficácia das políticas e contribuindo para uma governabilidade mais democrática por meio da participação das mulheres.

No contexto do cuidado integral às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, a transversalidade precisa estar presente em todos os níveis de atenção à saúde, garantindo que suas necessidades de saúde sejam incorporadas de forma contínua e integrada. No entanto, a aplicação da transversalidade tende a uma lógica aditiva, em que se reconhece a existência de diferentes grupos de mulheres sem efetivamente articular suas demandas. Isso se reflete, por exemplo, nas políticas de enfrentamento à violência contra mulheres¹⁷, que raramente mencionam a deficiência, e nas políticas voltadas às pessoas com deficiência, que pouco dialogam com a categoria de gênero¹⁸. O resultado é a invisibilidade das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida em ambas as frentes.

No entanto, conforme já dito, a transversalidade não é suficiente para dar conta da complexidade da experiência vivida pelas mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. Por isso, a interseccionalidade emerge como um modo crítico de pensar e fazer política. Sua força reside em revelar como gênero, deficiência, raça/cor, sexualidade, classe, geração e território não operam como eixos independentes, mas como sistemas mutuamente constitutivos que moldam as experiências de cada mulher. E é por isso que a interseccionalidade é sempre localizada e parcial¹⁹. Localizada porque parte da experiência situada das mulheres com deficiência, marcada pelo cotidiano dos serviços de saúde, pelas interações com profissionais, pela dependência de tecnologias assistivas e pela circulação desigual nos territórios. Parcial porque não busca capturar a totalidade da vida social ou produzir sínteses universais, mas opera desde posições

¹⁷ Vide Mello (2017).

¹⁸ Mello e Nuernberg (2012).

¹⁹ Essa perspectiva localizada e parcial é de Donna Haraway (1995), quando remete à noção de “conhecimento situado e corporificado”.

encarnadas, contingentes e relacionais. Desse modo, para a interseccionalidade ser efetiva, deve questionar as estruturas de poder que sustentam sistemas de opressão como o capacitismo, o racismo, o sexismo e a cisheteronormatividade.

Aplicada ao campo da saúde pública, a interseccionalidade permite compreender, por exemplo, por que a sexualidade das mulheres com deficiência é patologizada, sua maternidade deslegitimada e sua capacidade de decisão frequentemente negada. Mostra também como a violência contra mulheres com deficiência se inscreve em relações de cuidado, produzindo vulnerabilidades específicas. Além disso, a interseccionalidade permite observar que a deficiência é uma experiência generificada e racializada, produzida por condições estruturais que atravessam a vida das mulheres. Nesse sentido, a interseccionalidade oferece um quadro analítico para entender por que mulheres negras com deficiência enfrentam barreiras distintas das mulheres brancas com deficiência; por que mulheres lésbicas, bissexuais ou trans com deficiência são ainda mais expostas à violência institucional; ou, ainda, por que mulheres indígenas com deficiência encontram obstáculos específicos nos cuidados territoriais e comunitários de saúde.

Em outras palavras, o fato de que muitas mulheres com deficiência enfrentam barreiras para realizar exames ginecológicos e a mamografia devido à inexistência de equipamentos adaptados; ou, ainda, devido às atitudes capacitistas dos(das) profissionais e trabalhadores(as) de saúde, ilustra como a deficiência, o gênero e a organização dos serviços se entrecruzam para produzir exclusão.

A interseccionalidade deve ser entendida, portanto, como condição para a transversalidade, porquanto não basta que gênero e deficiência “atravessem” políticas; é preciso compreender como esses marcadores se articulam nas relações sociais e institucionais que estruturam as práticas de saúde. Do mesmo modo, a transversalidade, quando articulada a uma perspectiva interseccional, pode orientar políticas verdadeiramente integradas, evitando abordagens fragmentadas e universalistas. Porém, sem a interseccionalidade, especialmente em sua dimensão localizada e parcial, a transversalidade tende a se reduzir a um princípio incapaz de alterar práticas, discursos e estruturas.

Em vez de políticas setoriais ou suplementares, a interseccionalidade também permite que a deficiência seja compreendida como eixo estruturante das desigualdades em saúde e, portanto, como princípio orientador para a justiça reprodutiva, os direitos sexuais, a ética do cuidado e a reorganização efetiva da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Na mesma linha, a transversalidade deve se concretizar como prática institucional que atravessa todas as dimensões da política de saúde. Mais do que uma diretriz formal, trata-se de transformar práticas cotidianas, assegurando que a integralidade e a intersetorialidade no SUS se realizem de forma completa, plena e situada. A seguir, vemos um quadro comparativo mostrando como interseccionalidade e transversalidade se aplicam nos níveis de atenção do SUS (Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência), com exemplos práticos para cada nível de atenção.

Nível de Atenção	Interseccionalidade	Transversalidade	Exemplos práticos
Atenção Primária à Saúde (APS) (USB, ESF)*	Reconhece que gênero, deficiência, raça/cor, classe, sexualidade, geração e território se combinam para produzir barreiras específicas no acesso.	Incorpora a deficiência como eixo em todos os serviços da APS (Ginecologia e Obstetrícia, Odontologia, Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT etc.)	- Necessidade de macas ginecológicas e mamógrafos adaptados para mulheres com deficiência física e mobilidade reduzida; - Atendimento a mulheres surdas com intérprete de Libras para consultas ginecológicas; - Uso de materiais em formato digital acessível, em Braille ou fonte ampliada para mulheres cegas ou com baixa visão.

Atenção Especializada Ambulatorial (Policlinicas, Centros Especializados em Reabilitação, Oficinas Ortopédicas, serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) etc)	Considera que diferentes tipos de deficiência implicam necessidades e preferências distintas, atravessadas por desigualdades sociais e culturais que são marcadas por diferentes intersecções com a deficiência.	Integra reabilitação e saúde da mulher, evitando que a deficiência seja tratada apenas como questão isolada e restrita aos serviços de reabilitação.	- Serviços de reabilitação que também oferecem acompanhamento ginecológico e obstétrico. - Protocolos que reconhecem maior vulnerabilidade de mulheres com deficiência, em especial a do tipo intelectual, a violências sexuais; - Inclusão da saúde mental e da sexualidade como parte da reabilitação.
---	---	---	--

Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (serviços da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e do componente da Atenção Domiciliar)	Analisa como gênero e deficiência se articulam em emergências, onde mulheres com deficiência em atendimento podem ser invisibilizadas.	Garante que protocolos hospitalares incluam acessibilidade e letramento anticapacitista e interseccional em todas as áreas.	- Atendimento ginecológico e obstétrico em hospitais com equipamentos adaptados; - Protocolos de urgência que reconheçam a autonomia das mulheres com deficiência para o consentimento informado; - Acompanhamento de casos de violência doméstica com registro da deficiência nos boletins de ocorrência, conforme preconiza a Lei nº 13.836/2019**.
---	--	---	--

* USB: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família.

** A Lei 13.836/2019 inclui registro obrigatório da deficiência nos boletins de ocorrência e prontuários médicos.

As necessidades de saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida variam conforme o tipo de deficiência, o grau de funcionalidade, a pertença racial, a classe social, a orientação sexual, o território e o contexto familiar. Ignorar essas diferenças significa reproduzir novas formas de exclusão, como quando profissionais da saúde presumem que mulheres com deficiência não têm vida sexual ativa e, por isso, as excluem de exames preventivos ou de informações sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar. Assim, uma política de saúde comprometida com a interseccionalidade e a transversalidade deve reconhecer as diferenças internas ao grupo das mulheres com

deficiência, evitar abordagens fragmentadas e universalistas, e garantir que suas necessidades sejam incorporadas em todos os níveis de atenção à saúde. Isso inclui desde a formação das equipes de saúde e o letramento anticapacitista até à organização dos serviços, protocolos e práticas cotidianas. Somente dessa forma será possível assegurar que o direito à saúde se realize de maneira plena, humanizada e democrática para todas as mulheres.

A complementaridade entre os dois conceitos é essencial. A interseccionalidade fornece a lente crítica para compreender como as desigualdades se sobrepõem e moldam experiências diversas, enquanto a transversalidade garante que essas questões sejam incorporadas de forma integrada e contínua nas políticas de saúde. Juntas, constituem ferramentas ético-políticas indispensáveis para assegurar que o SUS reconheça a diversidade das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, promovendo cuidado integral, acessível e equitativo.

6. CAPACITISMO E ANTICAPACITISMO

Capacitismo é um sistema de opressão que se manifesta como discriminação contra pessoas com deficiência. Baseia-se em práticas e discursos que presumem a capacidade de uma pessoa com deficiência de “ser e fazer”²⁰ coisas, como aprender, trabalhar, estudar, ter desejo, manter relacionamentos ou constituir família. Ou seja, tendo como parâmetro a capacidade física, sensorial, mental ou intelectual, avalia-se a capacidade da pessoa com deficiência para gerir todos os atos da vida civil. A autonomia da pessoa com deficiência para decidir sobre sua própria vida é frequentemente questionada, sendo colocada como condição para o exercício pleno da cidadania.

Essa lógica, sustentada por parâmetros biomédicos, estabelece que apenas “corpos capazes”, isto é, “aptos”, são plenamente reconhecidos como humanos. Essa perspectiva reforça a corponormatividade, ou seja, a ideia de que existe um corpo ideal para a manutenção do sistema capitalista, aquele que é saudável, funcional, útil, produtivo e independente. Esse corpo é tomado como referência para políticas e práticas, invisibilizando a diversidade corporal.

Nos serviços de saúde, quando esse paradigma é reproduzido, ocorre a exclusão ou marginalização de quem não se enquadra nesse padrão. Isso se dá tanto pela falta de acessibilidade física e comunicacional nos equipamentos e espaços, quanto por atitudes discriminatórias de profissionais que desconsideram a autonomia das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. Muitas enfrentam obstáculos para realizar exames ginecológicos e mamografias, pois os equipamentos não são adaptados às suas especificidades corporais. Essa ausência de acessibilidade não constitui apenas uma falha técnica, mas representa uma manifestação de capacitismo institucional, que naturaliza a exclusão ao não reconhecer a diversidade corporal.

O capacitismo também se manifesta em atitudes discriminatórias durante o atendimento, conforme relato de Karina, mulher com deficiência física que ao buscar atendimento ginecológico, foi confrontada por seu médico ginecologista com comentários que negavam sua legitimidade como usuária. Ela narra:

“Ele começou a ficar de gracinha comigo né, [...] ficar assim, muito risonho, muito risonho, muito assim aquela coisa de querer né, é muita aproximação né. E eu muito nova [...]. Aí eu ia fazer periodicamente os meus preventivos [...]. [...] uma vez eu fui lá, deitei na maca, na maca né, aí estou naquela posição absolutamente desconfortável. Aí quando, sem roupa, só com o avental em cima da parte da barriga para baixo. Ele chegou [e] tirou, tirou o pano de cima, pegou na minha parte

*pubiana, apertou com a mão assim: “Vamos ver essa coisinha linda aqui como é que ela está.” Eu fiquei azul, eu fiquei roxa. Eu fiquei, falei “Pronto, agora estou ferrada! Esse homem pode fazer qualquer coisa comigo. Porque eu com deficiência, eu não tenho como sair correndo daqui.”*²¹

Ou, ainda, nesta narrativa que expressa o desconhecimento e a falta de formação da equipe de saúde quanto aos procedimentos de cuidados médicos, bem como o estranhamento quanto ao fato de Karina ter relações sexuais com “aquele corpo”:

“Quando elas [as técnicas de Enfermagem] chegaram lá, eu expliquei como que é era para me tirar da cadeira, me botar naquela maca. Aí o que aconteceu? Aí a médica chegou e falou assim: “Não vai dar para fazer desse jeito não, você vai ter que levantar a nádega.” Aí eu naquela maca, naquela maca que é desprotegida e não tem nada do lado... [...] elas botaram um monte de travesseiro na minha bunda, para eu ficar quase de cabeça para baixo [...] como se eu tivesse deitada e levantasse minha a nádega para poder pegar pra fazer aquele exame. Aí eu fiquei quase de cabeça para baixo, com medo de cair da maca né, com medo de cair da maca. Aí ela [a médica], ela viu que era exame do DIU e falou assim “Como é que você tem relação sexual?” e eu falei assim “Se eu não tivesse, não estava usando o DIU [risos]. Eu só casada, não estou usando DIU como brinco [risos]”. Falô [a médica] assim “Tem que perguntar” e eu falei [que] “não, se eu uso DIU e só casada, meu marido só pode ter relação comigo, não tem jeito de ser com outra pessoa né. [...] não tem que

²⁰ Ver em Mello (2016, p. 3267).

²¹ Relato presente em Mello (2014, p. 132).

perguntar, [...] a sua pergunta como uma profissional não procede, se eu tô com o DIU é porque eu tenho relação com alguém né.” Aí ela, assim impaciente, ela não conseguiu fazer o monitoramento do DIU, olhá os ovários e tudo mais. E falou para eu voltar depois, porque aí eu tinha que marcar num lugar. Falar que eu sô pessoa com deficiência que precisava ter a tal da maca, outro lugar especial num outro andar do hospital, aquela confusão... Falei tá bom, vou fazer isso de novo, só que eu num fiz de novo não, e eu vou fazer agora de novo, mas também não volto naquele lugar mais não. Ai viu, fiz fula da vida. Aí fui à casa da minha mãe, ela mora perto e voltei para fazer o raio da mamografia no mesmo local, no mesmo dia, depois desta confusão. Aí tô lá esperando, [...] troquei a roupa bonitinho e tudo mais, aí desce o aparelho aqui acima do peito [...], desceu mais um pouquinho, [...] ainda deu para descer mais um pouquinho e eu fiquei assim meio sentada na bunda esquerda, para botar o seio direito em cima do mamógrafo e fiquei numa posição de pendurada no mamógrafo, parecendo que eu estava pendurada mesmo porque tem aquelas alças, então você pendura. Quer dizer, a pessoa na verdade não pendura, eu pendurei porque eu tinha que colocar o seio no mamógrafo. [...] Não desceu, eu que tive que me virar, [...] eu tentei sentar assim, mais ou menos do lado da cadeira quase que em cima da roda para botar o peito, [...] uma posição horrível. [...] Pera aí vamos, vamos tentando aí!”, elas disseram. Elas ficaram olhando assim com uma cara de paisagem, [...] estava uma assistente e estava essa que mexe com verificação lá, a técnica lá. Era uma médica né [médica mastologista], [...] tinha só duas pessoas.”²²

Esses episódios evidenciam como profissionais de saúde mobilizaram estereótipos capacitistas e sexistas, desconsiderando tanto a autonomia de Karina quanto sua necessidade de cuidado integral. O questionamento sobre sua presença no consultório não apenas a deslegitimou como mulher, mas também reforçou a ideia de que corpos com deficiência não são dignos de atenção médica ou de cuidados de saúde, em seu sentido amplo.

Os relatos também demonstram a interseccionalidade entre gênero e deficiência na produção de violências, revelando tanto violências de gênero (como o assédio sexual praticado pelo médico ginecologista) quanto a violências capacitistas (expressas no desdém e repulsa ao corpo da usuária). Tais práticas configuram capacitismo porque deslocam a responsabilidade do cuidado para o corpo da pessoa com deficiência, em vez de reconhecer que é o serviço de saúde que deve se adaptar às diferenças corporais.

²² Relato presente em Mello (2014, p. 136-137).

A integralidade do cuidado só pode ser alcançada quando os profissionais de saúde adotam uma postura anticapacitista, abandonando a lógica da normalização e valorizando a diferença como fundamento da justiça social. O anticapacitismo não se limita a combater a discriminação contra pessoas com deficiência, mas também questiona os próprios critérios que definem o que é um corpo “capaz” e digno de cidadania e de cuidado integral. Um letramento anticapacitista deve envolver processos educativos que promovam maior conscientização sobre o capacitismo, permitindo identificar práticas discriminatórias em diferentes contextos e combatê-las de forma sistemática. Isso inclui o enfrentamento do capacitismo nos serviços de saúde, exigindo não apenas equipamentos e protocolos acessíveis, mas sobretudo uma mudança ética e política na formação e atuação dos profissionais. É preciso superar a visão que associa deficiência à incapacidade e construir práticas que reconheçam a potência dos corpos dissidentes, garantindo que narrativas como as de Karina não se repitam e que o direito à saúde seja efetivamente universal.

A atenção integral à saúde da mulher com deficiência e com mobilidade reduzida constitui um eixo estratégico para consolidar o princípio da equidade em saúde no SUS. Mais do que reconhecer a deficiência como um construto social, é necessário compreender que essas mulheres vivenciam múltiplas dimensões de desigualdade que atravessam suas experiências, incluindo gênero, raça/cor, classe, orientação sexual e território. Nesse sentido, a integralidade significa assegurar que o cuidado em saúde não se restrinja ao tratamento de doenças ou à reabilitação, mas que contemple também a promoção da saúde, o manejo clínico qualificado, a atenção à saúde sexual e reprodutiva e o cuidado em saúde mental, em todas as fases do curso de vida.

Essa perspectiva exige superar a lógica tutelar e capacitista que historicamente marcou a relação entre os serviços de saúde e as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, deslocando o foco da dependência para o protagonismo. A autonomia dessas mulheres não pode ser compreendida como independência absoluta, mas como capacidade de decisão construída em redes de interdependência, sustentadas por práticas de cuidado éticas e respeitosas. Assim, a integralidade do cuidado deve ser orientada por uma ética do cuidado que reconheça a vulnerabilidade como parte constitutiva da vida humana, sem que isso implique negar a agência das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida.

Um aspecto relevante a ser enfatizado é que o cuidado integral à saúde das pessoas

com deficiência tende a ser atravessado por questões de gênero. Embora profissionais e trabalhadores(as) da Atenção Básica relatem, conforme apontado no estudo de Stella Nicolau²³, que é pouco comum encontrar mulheres com deficiência em idade reprodutiva nas unidades em que atuam, suas percepções frequentemente se apoiam em visões de senso comum. Nesses relatos, as necessidades de saúde dessas mulheres são atribuídas sobretudo ao tipo e grau da deficiência e à condição socioeconômica, deixando em segundo plano os determinantes socioculturais relacionados ao gênero. Contudo, na prática cotidiana dos serviços de Atenção Primária, o atendimento integral a homens e mulheres acaba por reproduzir desigualdades de gênero. Isso ocorre porque as condutas dos(das) profissionais e trabalhadores(as) de saúde refletem padrões mais amplos que diferenciam homens e mulheres, reforçando assim assimetrias já presentes nas relações sociais. Essa reprodução se manifesta, por exemplo, nas distintas formas como homens e mulheres lidam com o processo de adoecimento, no valor social atribuído à experiência de estar doente e nas responsabilidades relacionadas ao cuidado de si e de outras pessoas.

Ao articular saúde e gênero, é fundamental reconhecer que as desigualdades estruturais ampliam riscos e barreiras específicas para esse grupo populacional. A maior longevidade feminina, somada às desigualdades sociais e econômicas, explica, por exemplo, a prevalência de mulheres idosas com deficiência, que enfrentam necessidades de saúde mais complexas e demandam respostas organizacionais adequadas. Além disso, a integralidade do cuidado deve considerar que as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida não são apenas receptoras passivas de atenção, mas também agentes do cuidado, participando ativamente da vida social e da construção de práticas de saúde. Assim, a atenção integral à saúde da mulher com deficiência e com mobilidade reduzida deve ser entendida como um compromisso político e ético, orientado pela interseccionalidade e pela promoção da acessibilidade na perspectiva da ética do cuidado.

Dando continuidade a essa discussão, o próximo tópico abordará de forma específica as violências contra mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, reconhecendo como essas experiências se articulam às desigualdades de gênero e às barreiras estruturais, e de que maneira o campo da saúde pode responder a essas situações com práticas éticas e anticapacitistas.

Sugestões de leitura

- NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com Deficiência e sua Dupla Vulnerabilidade: contribuições para a construção da

integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

- MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. Gênero e Deficiência: interseções e perspectivas. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

²³ Nicolau (2011).

CONSULTA PÚBLICA

7. VIOLÊNCIAS CONTRA MULHERES COM DEFICIÊNCIA E MOBILIDADE REDUZIDA: DETERMINANTES, EXPRESSÕES E RESPOSTAS NO SUS

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (PNPM), estruturada principalmente pelo Pacto Nacional de 2007 e atualizada pelo programa "Mulher Viver sem Violência" (Decreto nº 11.431/2023), visa coibir a violência de gênero, garantindo prevenção, assistência e direitos, através da articulação e intersectorialidade dos serviços. Esse marco dialoga com a **Secretaria de Políticas para as Mulheres**, com a rede de proteção prevista na **Lei Maria da Penha** e com os compromissos assumidos pelo Estado brasileiro na **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, incorporada ao ordenamento jurídico com status constitucional.

A violência contra mulheres com deficiência e mobilidade reduzida constitui grave violação de direitos humanos e importante problema de saúde pública, devendo ser compreendida no entrecruzamento das desigualdades de gênero com as barreiras estruturais, sociais e institucionais que historicamente produzem exclusão e vulnerabilidade. Essas violências não se expressam de forma isolada, mas articuladas a múltiplos marcadores sociais, como raça/cor, classe social, idade, território e orientação sexual, exigindo uma abordagem interseccional no âmbito das políticas públicas e das práticas de cuidado.

Mulheres com deficiência estão mais expostas a diferentes formas de violência, incluindo violência física, psicológica, sexual, patrimonial e institucional. Destacam-se, ainda, formas específicas de violência relacionadas à deficiência, como a negação de cuidados, o controle sobre o corpo e a autonomia, a restrição de mobilidade, a retenção de dispositivos de tecnologia assistiva, a esterilização forçada, bem como práticas de tutela excessiva que desconsideram sua capacidade de decisão. Tais situações frequentemente ocorrem em contextos de dependência de cuidadores(as), familiares ou instituições, o que pode dificultar a denúncia e o rompimento dos ciclos de violência. Evidências nacionais e internacionais indicam que mulheres com deficiência sofrem violência em maior frequência e por períodos mais prolongados, com maior risco de violência sexual e reprodutiva.

As barreiras comunicacionais, atitudinais e organizacionais presentes nos serviços de saúde também podem configurar ou agravar situações de violência institucional,

quando impedem ou dificultam o acesso qualificado ao cuidado, a escuta das usuárias e o reconhecimento de suas demandas. A invisibilização da violência contra mulheres com deficiência, associada a práticas capacitistas e à deslegitimação de suas narrativas, contribui para a subnotificação dos casos e para a manutenção de situações de violação de direitos. Nesse sentido, a qualificação do registro nos sistemas de informação do SUS é estratégica para dar visibilidade epidemiológica ao problema.

Nesse contexto, o SUS desempenha papel fundamental na identificação, acolhimento e cuidado às mulheres em situação de violência, devendo atuar de forma articulada e intersetorial. A Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada preferencial do cuidado, é estratégica para o reconhecimento precoce de sinais e situações de violência, a partir do vínculo longitudinal, do conhecimento do território e da abordagem centrada na pessoa. A APS tem potencial para identificar mudanças sutis no comportamento, faltas recorrentes a consultas, sinais de negligência, controle por terceiros e outras pistas que, muitas vezes, não emergem em atendimentos pontuais.

As práticas de cuidado devem ser orientadas por princípios éticos, com garantia de escuta qualificada, respeito à autonomia, confidencialidade e consentimento livre e esclarecido. É fundamental que os(as) profissionais de saúde reconheçam mulheres com deficiência como sujeitas de direitos, evitando atitudes paternalistas, infantilização ou substituição de suas decisões. O acolhimento deve considerar as necessidades específicas de acessibilidade, assegurando comunicação adequada (incluindo Libras, comunicação alternativa, linguagem simples, tempo ampliado de consulta) e condições para que a mulher possa expressar suas vivências de forma segura.

A identificação de situações de violência deve ser acompanhada do registro adequado nos sistemas de informação em saúde, incluindo a notificação compulsória, conforme normativas vigentes do **Ministério da Saúde**, com o devido preenchimento de informações relativas à deficiência. Esse registro é essencial para a produção de dados que subsidiem políticas públicas e estratégias de enfrentamento, além de possibilitar vigilância em saúde mais qualificada.

A resposta do setor saúde deve incluir o cuidado integral, contemplando atenção às necessidades físicas, psicológicas e sociais, bem como o encaminhamento articulado com a rede intersetorial de proteção, incluindo assistência social, sistema de justiça, segurança pública e demais políticas públicas. A construção de fluxos assistenciais acessíveis e inclusivos é fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a proteção das usuárias. A articulação com equipamentos como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados (CREAS), Delegacias

Especializadas, Defensoria Pública e serviços especializados de atenção às violências é parte constitutiva dessa resposta.

Destaca-se, ainda, a necessidade de qualificação permanente dos profissionais de saúde para o enfrentamento das violências, com ênfase no letramento sobre deficiência, na desconstrução do capacitismo e na incorporação da perspectiva de gênero e interseccionalidade nas práticas de cuidado. A formação deve contribuir para o reconhecimento das especificidades das violências vivenciadas por mulheres com deficiência, bem como para o desenvolvimento de práticas éticas, humanizadas e comprometidas com a defesa dos direitos humanos. Estratégias como educação permanente em serviço, discussão de casos, apoio matricial e protocolos acessíveis fortalecem a capacidade de resposta das equipes.

Por fim, o enfrentamento das violências contra mulheres com deficiência e mobilidade reduzida requer o fortalecimento de um modelo de atenção que vá além da resposta assistencial, incorporando ações de promoção da equidade, redução de desigualdades e transformação das condições estruturais que produzem vulnerabilidades. O SUS, nesse sentido, deve se consolidar como espaço de cuidado, escuta e proteção, comprometido com a garantia do direito à vida, à integridade e à dignidade dessas mulheres.

A seguir, apresenta-se um quadro síntese com os principais tipos de violência vivenciados por mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, suas especificidades e possíveis sinais de alerta para identificação no âmbito dos serviços de saúde.

Tipo de violência	Condutas recomendadas no atendimento em saúde
Violência física	Realizar avaliação clínica imediata e manejo das lesões; garantir escuta qualificada em ambiente privativo; investigar a coerência entre relato e lesões; registrar detalhadamente em prontuário; realizar notificação compulsória; avaliar risco iminente; articular com a rede de proteção quando necessário
Violência psicológica/emocional	Promover escuta acolhedora e sem julgamento; validar o relato da usuária; evitar minimizar sinais de sofrimento; avaliar impacto na saúde mental; ofertar acompanhamento psicossocial; fortalecer autonomia e rede de apoio; garantir acompanhamento longitudinal na APS

Violência sexual	Assegurar atendimento imediato e humanizado; garantir profilaxias (IST/HIV, contracepção de emergência) conforme protocolos; respeitar o tempo e o consentimento da usuária; evitar revitimização; realizar notificação; articular com serviços especializados e rede de proteção.
Violência patrimonial/econômica	Identificar situações de controle financeiro; orientar sobre direitos e acesso a benefícios; articular com assistência social; fortalecer autonomia financeira quando possível; registrar e notificar quando aplicável.
Violência institucional	Reconhecer falhas no serviço; garantir acesso imediato e adequado; assegurar acessibilidade (física, comunicacional e atitudinal); revisar fluxos internos; evitar práticas discriminatórias; registrar ocorrência e adotar medidas institucionais corretivas.
Negligência/abandono	Avaliar condições gerais de saúde e risco; garantir cuidados imediatos; acionar rede de proteção social; considerar necessidade de suporte domiciliar; envolver equipe multiprofissional; notificar e acompanhar o caso longitudinalmente.
Controle e restrição de autonomia	Garantir atendimento individualizado, assegurando espaço sem acompanhante quando possível; reconhecer a mulher como sujeito de decisão; orientar sobre direitos; evitar intermediação indevida de terceiros; fortalecer autonomia nas decisões em saúde.
Retenção de tecnologia assistiva	Identificar privação de recursos essenciais; avaliar impacto funcional; acionar rede de reabilitação; orientar sobre direitos; articular com assistência social e rede de proteção; registrar como forma de violência.
Esterilização forçada ou coercitiva	Investigar histórico com escuta sensível; verificar presença de consentimento livre e esclarecido; acolher possíveis impactos psicológicos; orientar sobre direitos reprodutivos; registrar e encaminhar para rede de proteção quando necessário.

Violência simbólica/capacitista	Reconhecer e interromper práticas discriminatórias; assegurar comunicação respeitosa e inclusiva; validar a experiência da usuária; promover cuidado centrado na pessoa; investir em educação permanente da equipe; fortalecer práticas anticapacitistas.
---------------------------------	---

Independentemente do tipo de violência identificado, todas as situações devem ser conduzidas com base nos princípios éticos do cuidado em saúde, incluindo a garantia de escuta qualificada, respeito à autonomia, confidencialidade e consentimento livre e esclarecido. Deve-se assegurar acessibilidade em todas as etapas do atendimento, evitando práticas capacitistas, paternalistas ou que deslegitimam a fala da mulher.

8. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA E COM MOBILIDADE REDUZIDA

8.1 Princípios para o cuidado à saúde das mulheres com deficiência

A discussão em torno do cuidado à saúde da mulher com deficiência ou mobilidade reduzida requer a compreensão que estas percorrem processos diferenciados ao acessar os serviços de saúde. Capacitismo, falhas na promoção de acessibilidade, muitas vezes ausência de diálogo que leve em consideração suas especificidades, estereótipos socialmente construídos, não atendimento de suas reais necessidades rebatem diretamente no processo saúde-doença de modo que não promove um cuidado com vistas à integralidade.

Quando se fala em mulheres com deficiência, há de se considerar que elas são múltiplas em suas especificidades, sejam elas mulheres cegas, surdas, usuárias de cadeiras de rodas ou outras tecnologias assistivas, mulheres com TEA, com síndrome de Down, com deficiência física ou sensorial, mulheres com deficiência LGBTQIAPN+, negras, em situação de rua, dentre outras, o que vai requerer a atuação de diferentes especialidades conforme cada necessidade.

Ao adentrar na discussão referente à mulher com deficiência, parte-se da premissa que esta sofre dupla discriminação: primeiro por ser mulher, visto estar inserida em uma sociedade machista e patriarcal e estar sujeita a violações por este sistema opressivo; segundo por ter deficiência, cujo capacitismo estrutural que minimiza a existência das mulheres com deficiência, ao colocá-las em situações de tutela e vulnerabilidade, como também impõem-se barreiras que interferem ou anulam as possibilidades de desenvolvimento de suas habilidades e liberdades.

Desse modo, o cuidado à saúde das mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida perpassa pela compreensão dos princípios que se baseiam em normas de conduta e norteiam o fazer profissional em saúde, contemplados para além da tríade de princípios fundamentais do SUS baseados na universalidade, equidade e integralidade. Ao compreender a deficiência como uma especificidade da condição humana, há certos princípios que precisam ser compreendidos, a saber: equidade e não discriminação; autonomia e protagonismo; comunicação acessível; cuidado centrado na pessoa; reconhecimento das diferenças e interseccionalidade.

A equidade se baseia no reconhecimento da diversidade humana e busca ofertar o tratamento conforme as necessidades, visando corrigir desigualdades estruturais, e por isso a necessidade de ações diferenciadas que possibilitem condições reais de acesso e participação. Em relação às mulheres com deficiência, a oferta de cuidado deve estar alinhada à promoção de acesso diferenciado, que atenda às suas especificidades, a exemplo de oferecer um ambiente para atendimento com acessibilidade arquitetônica e comunicacional. A equidade na saúde busca combater estigmas e preconceitos, de modo que grupos socialmente marginalizados possam acessar os serviços e ações de saúde de forma mais equânime, onde suas especificidades são reconhecidas e legitimadas.

Em relação à autonomia e ao protagonismo, bandeira de luta do segmento das pessoas com deficiência, se faz imperativo que as mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida tenham reconhecidos esses princípios no sentido de tomar suas próprias decisões referente ao seu corpo e à condução do seu tratamento de saúde. Nesse sentido, o respeito pelas suas escolhas deve ser priorizado, por meio do consentimento livre e esclarecido, sobre a forma de condução do seu tratamento de saúde, bem como outras dimensões relacionadas.

Comumente, acredita-se que as mulheres com deficiência são assexuadas, ou seja, que não possuem interesse sexual, muitas vezes sendo proibidas da liberdade de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. Isso se apresenta como violação de direitos, ferindo sua autonomia e protagonismo em relação às suas escolhas. Outra questão relacionada à falta de acessibilidade no contexto da saúde é a insuficiência de máquinas ginecológicas adaptadas para que as mulheres com deficiência realizem exames preventivos, o que impacta na ausência de diagnóstico clínico e tratamento precoce de doenças.

A comunicação acessível, que proponha um atendimento baseado no consentimento prévio, livre e esclarecido para a escolha da melhor condução do tratamento de saúde para mulheres com deficiência, é aquela que fornece informações em saúde de maneira compreensível e acessível, facilitando o entendimento através do uso de Libras, braille, linguagem simples e recursos visuais. Essa questão abre espaço para outra que se baseia na qualificação de profissionais de saúde sobre as questões que envolvem o cuidado em saúde para as pessoas com deficiência.

O princípio da não discriminação esbarra em situações atitudinais no cotidiano dos serviços de saúde, por exemplo, quando as pessoas com deficiência vão se consultar e a equipe de profissionais não levam em consideração o que estas pessoas estão expressando, como também não respeitam seu tempo de fala que por vezes é um pouco mais demorado. Outra questão preocupante é quando o profissional de saúde pergunta quem está

acompanhando a pessoa com deficiência, ou só se dirige ao acompanhante para perguntar coisas referente à pessoa, ignorando-a, quando este profissional deveria se direcionar e questionar diretamente a pessoa com deficiência. Essas situações retratam formas de capacitismo institucional, de negação do protagonismo da pessoa com deficiência, e precisam ser combatidas.

O cuidado centrado na pessoa se fundamenta no respeito à dignidade, autonomia, acolhimento e humanização, no sentido de proporcionar o protagonismo da pessoa com deficiência em seu processo de cuidado. Essa concepção é um dos pressupostos do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) (MENDES, 2012), que através do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), valoriza a escuta qualificada, a compreensão da pessoa em sua totalidade e a construção compartilhada do plano de cuidado. Esse método fortalece o vínculo entre profissionais e usuários, melhora a adesão ao tratamento, qualifica os resultados clínicos e promove maior autonomia dos usuários no cuidado com a própria saúde.

A partir do entendimento desses princípios e de como eles atravessam o cuidado em saúde das mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida, o conceito de interseccionalidade combina fatores sociais que determinam opressões e como essas desigualdades, e a forma como isso irá impactar o acesso a direitos (TJDFT, 2023). Nesse sentido, os sistemas de opressões se transversalizam por múltiplas questões, a saber: identidade de gênero, raça/etnia, idade, orientação sexual, condição de pessoa com deficiência, classe social, entre outros.

Assim, a deficiência, marcada pelo capacitismo, somado ao fato de ser mulher acabam gerando ainda mais desigualdades. Isso acontece porque o capacitismo e o sexismo contribuem diretamente para violações de direitos humanos e prejudicam o direito à saúde das mulheres.

8.2 Organização do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e Linhas de cuidado prioritárias

O cuidado à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida no SUS exige uma rede organizada, acessível e articulada entre os diferentes pontos de atenção. No entanto, na prática, ainda existem barreiras importantes que dificultam o acesso, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção nos serviços de saúde. Estudos mostram que essas barreiras não estão apenas relacionadas à estrutura física dos serviços,

mas também à forma como o cuidado é organizado, às atitudes dos profissionais e à baixa articulação entre os níveis de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013; MACHADO et al., 2018).

Além disso, fatores como vulnerabilidade social, gênero, raça, território e condições de vida influenciam a experiência dessas mulheres, condicionando diretamente suas possibilidades de acesso e cuidado à saúde. Diante desse cenário, este capítulo apresenta orientações para organização do cuidado na rede de saúde e para atenção às principais necessidades de saúde das mulheres com deficiência, com foco no enfrentamento às barreiras de acesso e na promoção do cuidado integral no âmbito do SUS.

8.3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel central no cuidado às pessoas com deficiência. Segundo Othero e Dalmaso (2009), esse nível de atenção permite ampliar o cuidado para além das doenças ou limitações físicas, considerando também as condições de vida, o território, os vínculos sociais e as necessidades reais das pessoas no seu cotidiano.

Nessa mesma direção, Oliver e colaboradores (2000), a partir da perspectiva da Reabilitação Baseada na Comunidade, destacam que a APS pode fortalecer a inclusão social, a autonomia e a participação das pessoas com deficiência em seus próprios processos de cuidado. Isso significa reconhecer que cada pessoa carrega saberes, experiências, valores e histórias que precisam ser considerados na produção do cuidado.

Além disso, a APS contribui para organizar e coordenar o cuidado na Rede, articulando diferentes serviços e acompanhando as necessidades identificadas no território (VIEIRA; NASCIMENTO; ATTIANEZI, 2019).

No cuidado às mulheres com deficiência, esse papel se torna ainda mais importante. Por ser a principal porta de entrada do SUS e o serviço mais próximo da comunidade, a APS pode identificar necessidades de saúde, acolher demandas, acompanhar essas mulheres ao longo do tempo e facilitar o acesso aos demais pontos da RAS.

Esse acompanhamento é essencial, especialmente porque muitas mulheres com deficiência ainda enfrentam barreiras físicas, comunicacionais, sociais e atitudinais no acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, cabe à APS promover cuidado integral, fortalecer a autonomia e garantir que essas mulheres sejam reconhecidas como protagonistas de suas decisões e trajetórias de cuidado.

Apesar dos avanços na organização da APS, ainda existem desafios para garantir o cuidado integral às mulheres com deficiência como um direito. Esse aspecto também foi

identificado na pesquisa desenvolvida por Carvalho (2022), que analisou o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde na APS de um município brasileiro. Os resultados mostraram que, em alguns contextos, as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos voltadas às mulheres com deficiência ainda dependem do esforço individual dos profissionais ou da iniciativa da própria usuária, em vez de fazerem parte de um cuidado sistemático e garantido pelo serviço. O relato abaixo ilustra essa realidade:

*(...) a gente inclusive um dia desses a gente, a enfermeira tentou na medida do possível ver se fazia uma citologia de uma paciente nossa, que **tem esclerose múltipla e praticamente já perdeu quase todos os movimentos**. Mas ela tem um companheiro e **ela tinha muita vontade de fazer um preventivo** e a gente tentou fazer uma coisa tipo, não foi aquele, o preventivo vamos dizer assim, nota dez! Mas a gente conseguiu **mesmo com a deficiência dela**, com a dificuldade de colher o material e de qualquer maneira, fizemos o exame. (Profissional médica)*

A fala mostra que o acesso ao cuidado ginecológico ainda pode acontecer como uma exceção ou como um esforço extra da equipe, e não necessariamente como parte de um direito já incorporado na rotina do serviço. Também chama atenção para a pouca problematização sobre barreiras presentes no próprio sistema de saúde, como falta de equipamentos adequados, dificuldades de posicionamento durante o exame ou ausência de acessibilidade no atendimento.

Quando essas barreiras se somam às desigualdades de gênero, mulheres com deficiência podem vivenciar situações ainda mais intensas de exclusão, afetando sua autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2013; NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Por isso, cabe à Atenção Primária não apenas garantir o acesso aos serviços, mas também promover cuidado integral, ações de prevenção, promoção da saúde, fortalecimento da autonomia e participação ativa dessas mulheres em seus processos de cuidado. Na prática, isso significa identificar essas mulheres no território, incluí-las nas ações da equipe, garantir acessibilidade no atendimento e acompanhar, de forma contínua, suas necessidades e encaminhamentos ao longo da rede de cuidado.

8.4 Atenção Especializada

A Atenção Especializada (AE) dá continuidade ao cuidado iniciado na APS, especialmente quando a mulher com deficiência precisa de acompanhamento com especialistas, reabilitação, exames, procedimentos ou cuidado multiprofissional. No SUS, esse cuidado faz parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída pela em 2012, que busca ampliar o acesso e qualificar a atenção integral às pessoas com deficiência em diferentes pontos da Rede. Os serviços como Centro Especializado em Reabilitação (CER), policlínicas, ambulatórios especializados e hospitais devem garantir cuidado acessível, seguro e adequado às necessidades de cada mulher.

No entanto, acessar esses serviços ainda pode ser um desafio. Segundo Levesque, Harris e Russell (2013), o acesso à saúde não depende apenas da existência do serviço, mas também de fatores como disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, adequação do cuidado e continuidade do acompanhamento. Othero e Dalmaso (2009) reforçam que, para as pessoas com deficiência, o acesso também envolve condições reais de deslocamento, comunicação, participação no cuidado e redução de barreiras no serviço.

Para as mulheres com deficiência, essas dificuldades podem aparecer de forma ainda mais intensa em situações como consultas ginecológicas, exames preventivos, reabilitação ou acompanhamento de condições crônicas. Carvalho, Brito e Medeiros (2014) mostram que o cuidado especializado em saúde sexual e reprodutiva ainda pode ser atravessado por barreiras físicas, falhas de comunicação, preconceitos e falta de preparo das equipes, comprometendo a qualidade da assistência. Além disso, quando os serviços especializados não se comunicam com os demais pontos da RAS, pode haver interrupções no cuidado, repetição de procedimentos ou perda de informações importantes sobre a usuária (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017).

Por isso, garantir o cuidado especializado às mulheres com deficiência envolve não apenas ofertar consultas e procedimentos, mas também assegurar a acessibilidade física e comunicacional, equipamentos adequados, profissionais preparados e articulação contínua com os demais serviços da Rede.

8.5 Articulação em rede: encaminhamento, continuidade do cuidado, transporte e acesso ao território

O cuidado às mulheres com deficiência precisa acontecer de forma articulada entre os diferentes serviços da RAS. Starfield (2002) destaca que coordenar o cuidado é uma das funções essenciais da APS, incluindo acompanhar encaminhamentos, organizar fluxos e

garantir continuidade ao longo do percurso da usuária na Rede. Na prática, porém, muitas pessoas com deficiência ainda enfrentam dificuldades para manter esse acompanhamento. Estudos mostram que problemas como encaminhamentos sem retorno, falhas de comunicação entre equipes e pouca integração entre os níveis de atenção podem comprometer a continuidade do cuidado (ALMEIDA; MARIN; CASOTTI, 2017; MACHADO et al., 2018).

Além disso, o acesso à saúde também depende das condições de vida e do território. Othero e Dalmaso (2009) lembram que fatores como transporte, mobilidade urbana, apoio familiar e condições sociais influenciam diretamente a possibilidade de chegar ao serviço e manter o acompanhamento. Para muitas mulheres com deficiência, dificuldades financeiras, ausência de rede de apoio, barreiras urbanísticas ou dependência de acompanhantes podem aumentar ainda mais a exclusão do cuidado.

Por isso, articular a rede na prática significa orientar adequadamente os encaminhamentos, acompanhar se a usuária conseguiu acessar o serviço indicado e manter comunicação entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado. Estratégias como apoio matricial, discussão compartilhada de casos, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) e atuação integrada entre equipes podem fortalecer a continuidade do cuidado e reduzir perdas no acompanhamento (MACHADO et al., 2018; STARFIELD, 2002).

8.6 Saúde sexual e reprodutiva

As mulheres com deficiência ainda enfrentam muitas barreiras quando buscam o cuidado em saúde sexual e reprodutiva. Em muitos contextos, sua sexualidade ainda é invisibilizada, negada ou tratada de forma infantilizada, o que pode limitar o acesso à informação, ao cuidado e ao exercício de seus direitos. Nicolau, Schraiber e Ayres (2013) destacam que essas mulheres vivenciam uma condição de dupla vulnerabilidade, marcada tanto pelas desigualdades de gênero quanto pelo capacitismo presente nas relações sociais e, muitas vezes, nos próprios serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (2019) reforça que mulheres com deficiência têm os mesmos direitos sexuais e reprodutivos que quaisquer outras mulheres. Isso inclui o direito à vida afetiva e sexual, ao planejamento reprodutivo, ao acesso a métodos contraceptivos, exames preventivos, acompanhamento pré-natal, parto e puerpério com dignidade, autonomia e acessibilidade. A falta de acesso à informação e aos serviços de saúde pode aumentar a

vulnerabilidade dessas mulheres às infecções sexualmente transmissíveis, à gravidez não planejada e a situações de violência sexual.

Nesse sentido, cabe aos serviços de saúde reconhecer essas mulheres como sujeitos de direitos, garantindo escuta qualificada, cuidado sem julgamentos e acesso a informações e atendimentos de forma acessível e respeitosa.

8.7 Saúde mental

A saúde mental deve fazer parte do cuidado integral às mulheres com deficiência em todos os pontos da Rede. Experiências como discriminação, isolamento social, violência, dependência forçada e exclusão podem impactar diretamente sua autoestima, bem-estar emocional e qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) reconhece a saúde mental como parte essencial da saúde, envolvendo autonomia, participação social e capacidade de lidar com os desafios da vida cotidiana.

No caso das mulheres com deficiência, os impactos do capacitismo e das desigualdades de gênero podem aumentar situações de sofrimento psíquico, ansiedade, medo, baixa autoestima e vulnerabilidade social (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013). Por isso, os serviços de saúde devem estar atentos aos sinais de sofrimento emocional, situações de violência e mudanças importantes no comportamento ou nas relações sociais.

Nesse cuidado, é fundamental garantir acolhimento, escuta qualificada e articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sempre considerando a história de vida, o contexto social e as necessidades de cada mulher. Promover saúde mental de mulheres com deficiência também significa fortalecer autonomia, vínculos familiares e comunitários, e ampliar o acesso ao cuidado de forma contínua e respeitosa.

8.8 Como operacionalizar o cuidado na prática profissional?

A prática profissional no cuidado em saúde das mulheres com deficiência ou com mobilidade reduzida requer uma atenção que contemple um atendimento norteado pela perspectiva anticapacitista, o que implica em uma postura profissional que respeite as especificidades destas mulheres. Perguntas diretamente à mulher e não à pessoa que a acompanha, oferta de acessibilidade arquitetônica e comunicacional, manejo diferenciado no cuidado, respeito ao tempo e ritmo diferentes na funcionalidade do corpo, organização do serviço e processo de trabalho da equipe, dentre outros.

Como forma de resumir as orientações e ajudar na prática profissional, foram apresentados alguns exemplos de como o atendimento para as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida pode ser realizado. É importante ressaltar que esses exemplos não estão limitados a este Guia e deve-se sempre considerar as necessidades específicas de cada pessoa para que o atendimento seja ofertado da melhor forma possível, com a acessibilidade e o acolhimento que cada pessoa necessita, livre de preconceitos e atitudes capacitistas, priorizando a humanização do cuidado e a garantia da dignidade da pessoa humana.

Antes do Atendimento	Verificar acessibilidade física (rampa, banheiro adaptado, sinalização adequada, espaço adequado para cadeira de rodas ou andador, dentre outros); Disponibilizar recursos de comunicação (intérprete de Libras, materiais acessíveis, aplicativos de tradução); Garantir privacidade no ambiente de atendimento, respeitando a autonomia da mulher; Reservar tempo suficiente para o atendimento, evitando interrupções e aceleração da consulta; e Evitar pressupostos sobre limitações ou capacidades.
	Falar diretamente com a mulher, mesmo quando acompanhada, promovendo autonomia e protagonismo em relação ao cuidado com sua saúde; Perguntar como prefere ser chamada e como prefere se comunicar; Reconhecer que nem todas as deficiências são visíveis e evitar julgamentos sobre funcionalidade; Utilizar linguagem clara e confirmar compreensão;

Durante o Atendimento	Perguntar como ela prefere ser ajudada antes de qualquer ação; Solicitar consentimento antes de tocar ou realizar procedimentos; Garantir participação nas decisões sobre seu cuidado; Adaptar instrumentos e ritmo do atendimento, conforme necessidade; Oferecer apoio apenas quando solicitado; Garantir escuta qualificada e espaço seguro (inclusive sem acompanhante, quando necessário); Não infantilizar nem desconsiderar sexualidade e direitos; Não presumir ausência de vida sexual, desejo reprodutivo ou maternidade; e Garantir que a mulher tenha oportunidade de falar sem interrupções do acompanhante, sempre que desejar.
Orientações após o atendimento	Explicar próximos passos de forma clara e acessível; Garantir encaminhamentos para serviços acessíveis (realizar articulações necessárias com demais serviços); Registrar informações sem linguagem capacitista; Perguntar se o atendimento atendeu às necessidades; e Considerar dificuldades de deslocamento e acesso ao território

	na definição do plano de cuidado.
--	-----------------------------------

Além disso, a equipe da unidade de saúde deve organizar o cuidado, por meio de medidas simples, como:

- ☐ Identificar no território mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida que necessitam de acompanhamento contínuo.
- ☐ Organizar fluxos de agendamento mais flexíveis para mulheres com dificuldade de deslocamento, dependência de acompanhante ou necessidade de maior tempo de consulta.
- ☐ Avaliar a necessidade de reservar horários protegidos ou facilitar encaixes para situações que demandem adaptação do atendimento.
- ☐ Planejar atendimentos compartilhados entre diferentes profissionais da equipe, quando necessário.
- ☐ Incluir as necessidades dessas mulheres nas reuniões de equipe e no planejamento das ações do território.
- ☐ Discutir casos no apoio matricial com a equipe e Multi, quando disponível.
- ☐ Articular apoio matricial com serviços especializados, como reabilitação, Centro Especializado em Reabilitação (CER), serviços de saúde mental ou outros pontos da Rede, conforme necessidade.
- ☐ Construir Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), sobretudo para situações de maior complexidade ou vulnerabilidade.
- ☐ Monitorar encaminhamentos realizados e acompanhar se a usuária conseguiu acessar o serviço de referência.
- ☐ Mapear barreiras de transporte, acessibilidade urbana e apoio familiar que possam interferir na continuidade do cuidado.
- ☐ Incluir mulheres com deficiência em ações coletivas da unidade, como grupos educativos, planejamento reprodutivo, prevenção de câncer e promoção da saúde.
- ☐ Registrar barreiras identificadas no serviço e discutir estratégias de melhoria com a equipe.

A operacionalização do cuidado às mulheres com deficiência exige que princípios como equidade, autonomia e não discriminação sejam incorporados nas práticas cotidianas dos serviços de saúde.

Considerando que o capacitismo atravessa as diferentes dimensões sociais e institucionais, incluindo os próprios serviços de saúde, a construção de práticas anticapacitistas depende de mudanças na postura ética do profissional, na organização do cuidado e na garantia de acessibilidade.

Pequenas mudanças no modo de acolher, comunicar, escutar e conduzir o cuidado podem ampliar o acesso, fortalecer vínculos e promover maior qualidade da atenção ofertada às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida.

CONSULTA PÚBLICA

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis; MARIN, Juliana; CASOTTI, Elis. **Estratégias para consolidação da coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 373-398, 2017.

BANDEIRA, L. **Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília: Comissão Econômica para América Latina e Caribe - CEPAL; Secretaria de Políticas para Mulheres – SPM, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de atenção à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 jun. 2002. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-1060-de-5-de-junho-d-e-2002/>>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. **Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 out. 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. **I Seminário Nacional de Saúde: direitos sexuais e reprodutivos e pessoas com deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2022: características da população e dos domicílios – resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

CARVALHO, Carla Fernanda da Silva; BRITO, Rosineide Santana de; MEDEIROS, Soraya Maria de. **Assistência em saúde reprodutiva para mulheres com deficiência física: barreiras e desafios**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE), 2014. (confira volume/páginas no PDF original antes de fechar a versão final)

CARVALHO, Maria Eduarda Lima de. **Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma análise a partir da atenção básica na cidade do Recife - PE. 2022**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães / Fundação

Oswaldo Cruz, Recife, 2022.

COMITÊ DEFICIÊNCIA E ACESSIBILIDADE DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA. **Contracartilha de acessibilidade**: reconfigurando o corpo e a sociedade. Brasília: ABA; São Paulo: Anpocs; Rio de Janeiro: UERJ, 2020.

DISTRITO FEDERAL. Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJDFT). **O que é interseccionalidade? Sementes da Equidade**. Disponível em: <https://www.tjdft.jus.br/acessibilidade/publicacoes/sementes-da-equidade/o-que-e-interseccionalidade>. Acesso em: 29 abr. 2026.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

GROSSI, M. P. Identidade de Gênero e Sexualidade. **Antropologia em Primeira Mão**, Florianópolis, n. 24, 1998. p. 1-17.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, n.5, p.07-41, 1995.

HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). **Cuidado e Cuidadoras**: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista – resultados preliminares da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/livros/liv102178.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2025.

KITTAY, E. F. **Love's Labor: essays on women, equality and dependency**. New York: Routledge, 1999.

KITTAY, E. F. **The Ethics of Care, Dependence, and Disability**. Ratio Juris, v. 24, n. 1, p. 49-58, 2011.

KONRAD, A. M. **Access fatigue: The rhetorical work of disability in everyday life**. College English, United States, v. 83, n. 3, p. 179-199, 2021.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. **Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations**. International Journal for Equity in Health, v. 12, n. 18, 2013.

MACHADO, Waleska Christina Alves et al. **Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 27, 2018.

MELLO, A. G.; NUERNBERG, A. H. **Gênero e Deficiência: interseções e perspectivas**. Revista Estudos Feministas, v.20, n.3, p.635-655, 2012.

MELLO, A. G. **Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise**

antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência. 2014. 262 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MELLO, A. G. **Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016.

MELLO, A. G. Gênero nas políticas da deficiência, deficiência nas políticas para mulheres: uma análise de documentos oficiais sobre violências contra mulheres com deficiência In: MORAES, Marcia; MARTINS, Bruno S.; FONTES, Fernando; MASCARENHAS, Luiza T. (Orgs.). **Deficiência em questão: para uma crise da normalidade.** 1ª ed. Rio de Janeiro: NAU, 2017. p. 163-191.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2012.

MOLINIER, P. Ética e Trabalho do *Care*. In.: HIRATA, H.; GUIMARÃES, N. A. (Orgs.). **Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.** São Paulo: Atlas, 2012. p. 29-43.

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a atenção integral à saúde.** 2013. (vale conferir no PDF da dissertação se você colocou periódico/volume completo para padronizar)

NICOLAU, S. M. **Deficiência, gênero e práticas de saúde: estudo sobre a integralidade em atenção primária.** 299p. Tese (Doutorado em Ciências), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Medicina Preventiva, São Paulo, 2011.

OLIVER, Fátima Corrêa et al. **Reabilitação baseada na comunidade: discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural.** *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-10, 1999/2000.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. **Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola.** *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.

PUIG DE LA BELLACASA, M. **Matters of Care: speculative ethics in more than human worlds.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

RÉGIS, H. C. B. **Mulheres com deficiência intelectual e a esterilização involuntária: de quem é esse corpo?** 2013. 173 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação.** Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, p. 10-16, mar./abr. 2009.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** Educação & Realidade, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TITCHKOSKY, T. **The Question of Access: Disability, Space, Meaning.** Toronto: University of Toronto Press, 2011.

TRONTO, Joan C. **Moral Boundaries: a political argument for an ethic of care.** New York: Routledge, 1993.

CONSULTA PÚBLICA