

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ingridh Lima Pinto da Costa

POLÍTICAS PÚBLICAS E MATERIAIS EDUCATIVOS:
embates e contribuições para o atendimento integral à saúde de gestantes com deficiência

Rio de Janeiro

2024

Ingridh Lima Pinto da Costa

POLÍTICAS PÚBLICAS E MATERIAIS EDUCATIVOS:
embates e contribuições para o atendimento integral à saúde de gestantes com deficiência

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Anakeila de Barros Stauffer

Rio de Janeiro

2024

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

C837p Costa, Ingridh Lima Pinto da
Políticas públicas e materiais educativos:
embates e contribuições para o atendimento
integral à saúde de gestantes com deficiência /
Ingridh Lima Pinto da Costa. - Rio de Janeiro,
2024.
96 f.

Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer.
Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,
2024.

1. Política Pública. 2. Saúde. 3. Gestantes.
4. Saúde da Pessoa com Deficiência. 5. Materiais
Educativos e de Divulgação. I. Stauffer, Anakeila
de Barros. II. Título.

CDD 362.1098153

Ingridh Lima Pinto da Costa

POLÍTICAS PÚBLICAS E MATERIAIS EDUCATIVOS:
embates e contribuições para o atendimento integral à saúde de gestantes com deficiência

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para conclusão do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 23/01/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Anderson Teixeira Boanafina (Fiocruz/EPSJV)

Profa. Martha Cristina Nunes Moreira (Fiocruz/IFF)

Profa. Anakeila de Barros Stauffer (Fiocruz/EPSJV)

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo gostaria de agradecer a Deus e aos meus orixás por terem me mantido de pé até aqui. Foram anos de muitos altos e baixos e, finalmente, esse ciclo se encerrou!

Gostaria de agradecer imensamente à minha esposa Larissa que não me deixou desistir nesse processo, sempre ao meu lado, me incentivando a continuar e sendo o meu melhor abrigo nos piores dias.

Agradeço aos meus pais e sogros pela compreensão das ausências para me dedicar aos estudos. A compreensão e investimento de vocês foi essencial para a minha chegada até aqui, em especial, pelo colo aconchegante de Dona Juçara! Obrigada por lutar comigo as batalhas vencidas até aqui.

Aos meus queridos avós, um abraço recheado de afeto. Infelizmente, minha avó não pôde ver esse processo se encerrar, contudo, o seu apoio e incentivo para ingressar neste programa foi lembrado com lágrimas nos olhos nos momentos mais difíceis.

À querida professora Anakeila que topou a loucura de conduzir essa pesquisa comigo. Sou grata pelos ensinamentos acadêmicos e pessoais. Obrigada por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava.

Agradeço a toda equipe da coordenação, em especial à Clarissa Lacerda que acompanhou com muito carinho e risadas essa jornada.

Agradeço às minhas amigas Lorena e Tatiele por compreenderem e acolherem os momentos difíceis. Aos meus queridíssimos padrinhos Douglas e Denis e madrinhas Alessandra, Clara, Suellen e Thayane que seguraram a barra de um casamento adiado e ainda cuidaram de tudo em um dos períodos mais difíceis de nossas vidas.

Para a Ingridh do futuro, gostaria de deixar registrado que você conseguiu, mesmo com tantas incertezas. Deixo o lembrete para você de como foram esses últimos anos nesta instituição – a Escola politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz – que te abraçou e te acolheu tão bem. Não foi fácil e nem será no futuro, mas lembre-se: sempre vão ter pedras no caminho, mas você tem a sorte de ter pessoas incríveis que fazem esse caminho se tornar mais leve, assim como te incentivam a sua capacidade incrível de se reinventar.

Nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Esses direitos não são permanentes. Você terá que manter-se vigilante durante toda a sua vida.
Simone de Beauvoir (1949)

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo investigar sobre as políticas públicas na saúde voltadas às mulheres com deficiência em seu período pré-natal, visando compreender se há avanços e/ou retrocessos na Saúde que possibilitem a inclusão ou visibilizem a exclusão destas mulheres nas referidas políticas. As políticas públicas são consideradas como o Estado em ação (AZEVEDO, 2004 apud HOFFLING, 2001). Nesse sentido, precisamos analisar como o SUS tem se configurado, quais políticas foram construídas para que os acompanhamentos gestacionais de mulheres com deficiência sejam realizados de forma a garantir a integralidade, a equidade e a universalidade do atendimento. O trabalho se desenvolveu a partir de uma pesquisa bibliográfica (LIMA E MIOTO, 2007), em que se buscou aprofundar o referencial teórico histórico-dialético sobre as políticas públicas no Estado capitalista (FONSECA, 2010; FONTES 2010; DANTAS E PRONKO, 2018; MACHADO ET AL., 2017; POULANTZAS, 1980; E MENDONÇA, 2012) e o processo de exclusão de corpos (MOREIRA, 2022; DINIZ, 2008) que não atendam ao seu padrão normativo, assim como compreender como se processou a luta das mulheres (SAFFIOTI, 2015; LUIZ E COSTA, 2020; COSTA, 2021; MELLO, 2020). Realizou-se uma pesquisa documental (SHIROMA, 2005; EVANGELISTA, 2008) em que buscou-se analisar os materiais educativos voltados aos profissionais de saúde, a fim de que possam se qualificar para o atendimento à mulher gestante com deficiência, de forma que seja ofertado uma atenção à saúde sob a perspectiva inclusiva e de acordo com as especificidades da gestante. Visamos contribuir para que o SUS e, mais especificamente, a Atenção Primária à Saúde, possa viabilizar a garantia do direito da mulher com deficiência a ser atendida durante seu período gestacional, almejando encontrar estratégias que possam melhorar seu atendimento, respeitando-se às suas especificidades. Destaca-se, enquanto resultados de pesquisa, a dupla vulnerabilidade vivenciada por mulheres com deficiência, visto que vivemos uma sociedade capitalista e patriarcal, gerando a exclusão deste grupo populacional.

Palavras-chaves: Políticas Públicas de Saúde. Maternidade. Deficiência. Pré-natal. Materiais Educativos.

ABSTRACT

This current work aims to investigate public health policies directed at women with disabilities in their antenatal period, it intends to understand whether there are advances and/or setbacks in the health system that enable the inclusion or make visible the exclusion of these women in the mentioned policies. Public policies are considered as the State in action (AZEVEDO, 2004 apud HOFFLING, 2001). In this sense, we analyzed how the SUS (brazilian health care system) is configured, which policies were created so that pregnancy monitoring for women with disabilities is carried out in a way that guarantees comprehensiveness, equity and universality of care. The work was developed based on bibliographical research (LIMA E MIOTO, 2007), which sought to deepen the historical-dialectical theoretical framework on public policies in the capitalist State (FONSECA, 2010; FONTES 2010; DANTAS E PRONKO, 2018; MACHADO ET AL., 2017; POULANTZAS, 1980; E MENDONÇA, 2012) and the process of excluding bodies (MOREIRA, 2022; DINIZ, 2008) that do not meet their normative standard, as well as understanding how women's struggle was processed (SAFFIOTI, 2015; LUIZ E COSTA, 2020; COSTA, 2021; MELLO, 2020). Documentary research was done (SHIROMA, 2005; EVANGELISTA, 2008) in which we worried about analyze educational materials aimed at health professionals, so that they can qualify to provide care to pregnant women with disabilities, so that health care is offered from an inclusive perspective and according to the specificities of the pregnant woman. We aim to contribute so that the SUS and, more specifically, Primary Health Care, can make it possible to guarantee the right of women with disabilities to be treated during their gestational period, in addition to finding strategies that can improve their care, respecting their needs. specificities. As research results, the double vulnerability experienced by women with disabilities stands out, as they live in a capitalist and patriarchal society, generating the exclusion of this population group.

Key words: Public Health Policies. Maternity. Disability. Antenatal. Educational Materials.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Normativas da Saúde destinadas às pessoas com deficiência	23-24
Quadro 2 – Materiais Educativos excluídos da análise sobre o atendimento à mulher com deficiência	56
Quadro 3 – Materiais Educativos do Ministério da Saúde sobre atendimento à mulher com deficiência	58-59

LISTA DE SIGLAS

AB - Atenção Básica

APS – Atenção Primária em Saúde

CDPD – Convenção dos Direitos de Pessoas com Deficiência

eAB - equipes de Atenção Básica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBI – Lei Brasileiro de Inclusão

MS – Ministério da Saúde

MRSM – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

PAB - Protocolos da Atenção Básica

PAC – Plano de Aceleração e de Crescimento

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PL – Projeto de Lei

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM – Política Nacional da Atenção Integral à Saúde da Mulher

POP - Procedimento Operacional Padrão

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OSs – Organizações Sociais

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS EM UM ESTADO CAPITALISTA E SUA EXCLUSÃO CAPACITISTA	17
1.1. O ESTADO CAPITALISTA: UMA BREVE ANÁLISE MARXISTA SOBRE SUA CONSTRUÇÃO	17
1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS ÀS MULHERES COM DEFICIÊNCIA EM PERÍODO PRÉ-NATAL.....	22
2. CAPÍTULO 2 – A DUPLA VULNERABILIDADE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA GESTANTE	43
2.1 A LUTA FEMININA PELO DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO.....	43
3. CAPÍTULO 3 – O QUE NOS DIZEM OS MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA?	55
3.1 O QUE FOI POSSÍVEL APRENDER?	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa colocar em tela de discussão a questão dos direitos à saúde das mulheres com deficiência em seu período pré-natal, abordando como tais direitos são garantidos pelas políticas públicas de saúde e pelos profissionais da saúde que, em sua prática cotidiana, são agentes públicos que podem viabilizar a garantia de tais direitos. Para a realização de tais atendimentos, se faz necessário que os profissionais estejam qualificados a realizar o atendimento de acordo com a demanda relativa a cada usuária, sem que se tenha por obrigatoriedade o apoio de familiares como representantes desta usuária.

Segundo Guimarães (2009), a qualificação do trabalhador da saúde é uma relação social entre a “experiência e os conhecimentos obtidos e aperfeiçoados no cotidiano de trabalho face àqueles desenvolvidos na vida fora do trabalho” (p. 335). Assim, ao destacarmos a importância da qualificação do trabalhador da saúde no acompanhamento da mulher com deficiência no período gestacional, ele deve obter um conhecimento a respeito das múltiplas potencialidades de uma pessoa com deficiência para que, assim, possa orientá-la da melhor forma possível de acordo com a sua necessidade. Ou seja, essa qualificação só poderá se efetivar se, além do acesso ao conhecimento obtido através da formação, tal profissional tenha também as experiências no processo de trabalho.

A inquietude desta temática se deu ainda na graduação a partir do convívio com uma colega de classe com deficiência visual e mãe, sendo possível presenciar momentos aos quais a ausência de conhecimento de profissionais da saúde gerava situações constrangedoras. Não é incomum que alguns profissionais da saúde reduzam as mulheres com deficiência à ideia de incapazes, não as compreendendo como seres humanos integrais. Por outro lado, o desconhecimento quanto à legitimidade em solicitar um atendimento adequado pode fazer com que mulheres com deficiência se sintam vulneráveis.

A escassez de discussão acerca da maternidade vinculada a condições de deficiência torna o tema complexo, visto que há pouca visibilidade das potencialidades e possíveis limitações no que tange aos cuidados da mulher com deficiência, impingindo-lhe dificuldades para acessar a um atendimento que preze pela inclusão necessária. Parte-se do pressuposto que as mulheres com deficiências deveriam ter os seus direitos assegurados desde a Atenção Primária, recebendo um atendimento de acordo com as suas necessidades. Contudo, o que se percebe é a fragilidade na assistência ofertada a esta população (SANTOS, 2013), que também pode ser ocasionada pelo despreparo dos profissionais da saúde, resulta na perda da qualidade da assistência, ocasionado muitas vezes por preconceitos e violências.

A carência de conhecimento sobre as (re)organizações e apoios necessários para o acontecimento da gestação de mulheres com deficiências norteia e fundamenta o desejo da realização deste estudo. Questionar sobre a forma que a ausência da visão, da audição, uma locomoção diferenciada ou deficiência intelectual está sendo percebida pelos profissionais de saúde durante o acompanhamento do pré-natal pode, inclusive, levar ao aprimoramento na formação continuada destes.

Este tema suscita o interesse de compreender a dinâmica de cada deficiência frente à efetivação do pré-natal. Alguns cuidados são necessários, a fim de se criar estratégias de acessibilidade para propiciar um atendimento integral às mulheres gestantes com deficiência física, auditiva e visual. Por exemplo: de que forma a ausência de visão pode influenciar na assiduidade da gestante na unidade de saúde e a forma que procedimentos médicos, como a utilização de medicamentos prescritos, estão sendo instruída por profissionais de saúde a estas mulheres? Na condição de uma mulher surda, de que forma se garante a comunicação entre os profissionais de saúde e essas usuárias? Caso seja uma mulher com deficiência física, quais seriam as orientações profissionais para lidar com o período avançado da gestação, em que o tamanho e o peso da barriga podem afetar o corpo desta mãe? Em relação às mulheres com deficiências intelectuais, de que maneira o profissional de saúde possibilita o entendimento sobre o período gestacional, sendo claro em suas informações e explicações? A gestante está incluída no debate, mesmo que haja a presença de um tutor a acompanhando? A existência do desejo de maternidade tem sido considerada no trato com essas mulheres?

Desta forma, justificamos a necessidade desta pesquisa por suscitar discussões sobre a condução do acompanhamento gestacional de mulheres com deficiência, prezando pelo desejo desta autora em fomentar, no espaço acadêmico, debates concernentes a esta parcela minoritária – e ainda invisibilizada – da população. Visamos contribuir para que o SUS e, mais especificamente, a Atenção Primária à Saúde, possa viabilizar a garantia do direito da mulher com deficiência a ser atendida durante seu período gestacional, almejando encontrar estratégias que possam melhorar seu atendimento, respeitando-se as suas especificidades.

A ausência de assistência de qualidade faz com que as mulheres com deficiência não frequentem os serviços de saúde e, assim, não tenham o acompanhamento necessário - como por exemplo, ausência de vínculos da usuária com os profissionais de saúde, dada as dificuldades comunicacionais, podem colocar em risco o acompanhamento da gestação.

Embasada em Sampaio (2018), compreende-se que a gravidez deve ser vivida como uma experiência de vida saudável, constituindo-se como uma questão fisiológica que envolve

câmbios no estado físico, social e emocional. No entanto, para as mulheres com deficiência, nem sempre essa vivência é bem-sucedida, visto que os serviços de saúde não correspondem às suas necessidades específicas. O Protocolo da Atenção Básica (BRASÍLIA, 2016) expressa o quanto a mulher com deficiência está em um lugar de vulnerabilidade social e indica que o manejo de suas demandas necessita de cautela. Thomaz (2021) analisa que

Mulheres com deficiências experimentam múltiplas iniquidades sociais, econômicas e de saúde, com maior exposição à pobreza, desemprego e baixa escolaridade. Mulheres grávidas com deficiências são mais suscetíveis a problemas na gestação e parto. Ainda assim, estudos internacionais apontam que estas mulheres enfrentam barreiras e desafios relacionados ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde reprodutiva e de prevenção ao câncer. (p. 900)

Segundo o Censo Demográfico (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 26,5% de mulheres habitantes no país afirmaram estar dentro do parâmetro de deficiência, possuindo pelo menos uma das características da deficiência (deficiências visual, auditiva, motora ou intelectual).

Ao direcionar a visão para o recorte populacional abordado neste trabalho, visualizamos dificuldades na forma com que a saúde pública se coloca para o atendimento a mulheres com deficiência. Essas mulheres acabam por ficar à margem de outras temáticas consideradas mais relevantes, tanto que pouco se fala dos atendimentos em campanhas direcionadas ao público feminino. Todavia, apenas formular campanhas voltadas para a saúde de mulheres com deficiências não seria “a solução” para as problemáticas que estamos tratando. Pode sim, se constituir como uma estratégia para trazer visibilidade às suas questões, mas não se constitui como uma política pública orgânica para seu atendimento integral.

Embora haja cartilhas e guias¹ voltados à saúde da mulher que contemplem a circunstância da usuária do serviço ter algum tipo de deficiência, isto não tem sido suficiente para que os profissionais da saúde pública venham a oferecer um atendimento humanizado e inclusivo. Se há um primeiro passo para essa questão é possibilitar a formação destes profissionais no que tange ao atendimento a pessoas com deficiência, entendendo que esta questão deve partir dos fundamentos de uma construção como profissional da saúde – ainda no curso da formação técnica e de graduação – e se estendendo a um processo permanente de formação, sensibilização e construção de materiais básicos de comunicação destinados à atenção das pessoas com deficiência.

¹ No primeiro levantamento realizado para esse estudo, foi possível encontrar os seguintes materiais: *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2008); *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* (2010); *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* (2019); *Guia de Acessibilidade para realização de Conferências de Saúde* (2019); *Estatuto da Pessoa com Deficiência* (2019); Estes materiais serão apresentados na íntegra no terceiro capítulo.

Ainda assim, pode-se inferir que há escassez de dados, documentações e registros encontrados até o presente momento, denotando a existência de grandes desafios a serem enfrentados para garantir o acesso universal ao serviço de saúde por parte das mulheres com deficiências² durante o seu período gestacional e puerpério (BRASIL, 2015).

As instâncias de saúde precisam reconhecer as potencialidades e necessidades das mulheres com deficiência em sua condição de gestantes, buscando instituir as formas mais adequadas de atendimento integral. É, portanto, de suma importância a promoção de acessibilidade durante este processo.

Outra questão que dificulta a inclusão da mulher com deficiência se refere aos padrões sociais impostos pelo capital. A exclusão se dá pela desigualdade social e pela desvalorização dos seus corpos que não são considerados úteis à inclusão no mercado de trabalho, sendo considerados sem lucratividade ao capital (CUNHA 2021).

De forma hegemônica, a sociedade também considera que mulheres com deficiência sejam mais propensas a falhas no que concerne à maternidade, por não possuírem características que as demais mães possuem, reduzindo-as ao aspecto da deficiência (ARAÚJO, 2021). Este pré-conceito torna o seu cenário ainda mais favorável à vulnerabilidade e à invisibilidade.

Diante deste cenário, o presente trabalho buscará investigar sobre as políticas públicas na saúde voltadas às mulheres com deficiência em seu período pré-natal, visando compreender se há avanços e/ou retrocessos na Saúde que possibilitem a inclusão ou visibilizem a exclusão destas mulheres nas referidas políticas.

Conjuntamente, dispõe-se a realizar uma discussão sobre as políticas públicas de saúde destinadas a essas mulheres, compreendendo políticas públicas como o Estado em ação (AZEVEDO, 2004 apud HOFFLING, 2001). Nesse sentido, precisamos analisar como o SUS tem se configurado e quais políticas foram construídas para que os acompanhamentos gestacionais de mulheres com deficiência sejam realizados. Também nos dedicamos a coletar e analisar materiais formulados pelo Ministério da Saúde que contribuam para a orientação dos profissionais da saúde de forma a garantir a integralidade, a equidade e a universalidade do cuidado junto a essas mulheres.

² Nesse contexto, precisamos ressaltar a importância da família no que tange à educação sexual de pessoas com deficiência, já que na maioria das vezes as mulheres não são vistas como corpos femininos capazes de exercer a sua feminilidade e sua sexualidade. Isso faz com que educação sexual torne-se um tabu entre as famílias e, como não temos uma política de conscientização dos corpos femininos com deficiência. Essa invisibilização também é construída pelos órgãos públicos na medida em que faz com que a Educação Sexual não se constitua como tema fundamental à vida humana e a oblitere dentro de políticas estatais. Desta forma, as mulheres passam a não ter acesso e, muitas vezes, são recriminadas por quererem conhecer os seus corpos.

A principal hipótese que este trabalho aponta é que, após trinta e quatro anos do SUS, um sistema que tem como princípios a Universalidade, Integralidade³ e Equidade⁴, ainda nos apresenta pouca visibilidade e pouca assistência a essas mulheres e, dessa forma, é importante nos debruçarmos sobre a temática.

Para o desenvolvimento deste trabalho, realizamos uma pesquisa bibliográfica, de acordo com Lima e Míoto (2007). Tais autoras, embasadas em Salvador (1986 apud LIMA e MIOTO, 2007) explicitarão quatro etapas para o desenvolvimento que uma pesquisa bibliográfica, a saber: (1) Elaboração de projeto – em que se pensa uma temática, elabora-se as suas problemáticas e suas possíveis soluções aos questionamentos levantados; (2) Investigação das soluções – etapa em que o pesquisador deve efetuar a coleta de dados e o levantamento de suas bibliografias; (3) Análise explicativa das soluções – fase em que não é mais de investigação e sim, de argumentação crítica do pesquisador de acordo com os dados coletados, sendo necessário que o pesquisador justifique as informações que apresenta; e (4) Síntese integradora – etapa final, em que se apresentam os resultados, suas análises, e propostas de soluções e reflexões sobre o tema.

Ao se delinear uma metodologia, o que se pretende é encontrar um caminho, uma lente, que nos possibilite olhar para o objeto de pesquisa, para suas questões, refutando ou acolhendo as hipóteses levantadas. Nesta pesquisa, estaremos pautadas no método dialético, buscando trabalhar a partir da contradição e do conflito, abordando “o *“devir”*; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários; além de apreender, em todo o percurso de pesquisa, as dimensões filosóficas, material/concreta e política que envolvem seu objeto de estudo” (MOURA, 2015, p. 39).

Assim, o presente estudo tem por estrutura apresentar em seu primeiro capítulo uma análise da construção das políticas públicas do Estado, na busca de identificar se tais políticas contemplam a mulher com deficiência em seu período pré-natal. Em sequência, o capítulo dois visa apresentar a dupla vulnerabilidade enfrentada pela mulher com deficiência em sua trajetória de luta na busca pelo direito à saúde e ao direito reprodutivo. Por fim, o capítulo três traz a análise de materiais publicados pelo Ministério da Saúde, no intuito de identificar se os

³ Conceito norteador do SUS que tem como visão a saúde do sujeito como um todo e não mais como fragmentos de órgãos ou por partes adoecidas.

⁴ Utilizaremos o termo equidade de acordo com Albrecht (2017), compreendendo que pessoas inseridas em diferentes realidades, devem usufruir das oportunidades de acordo com as suas necessidades para que todos possam ter as mesmas possibilidades.

materiais publicados pelo ministério promovem conhecimento e capacitação aos profissionais da saúde na realização de atendimentos inclusivos.

1. CAPÍTULO 1 – POLÍTICAS PÚBLICAS EM UM ESTADO CAPITALISTA E SUA EXCLUSÃO CAPACITISTA

O presente capítulo visa caracterizar a formação de políticas públicas em um Estado capitalista-periférico, como o Brasil, tendo por foco a construção de políticas públicas destinadas às mulheres com deficiência em período de pré-natal.

Para analisar o Estado capitalista, nos embasamos na teoria marxista aos olhares de Fonseca (2010), Fontes (2010), Dantas e Pronko (2018). No que se refere à discussão sobre as políticas públicas, utilizaremos Machado et al. (2017) e Mendonça (2012) e daremos continuidade utilizando Moreira (2022), Diniz (2008) para abordar temáticas referentes à experiência da exclusão vivenciada por minorias, mais especificamente neste trabalho, a mulher com deficiência. Abordaremos também as lutas pela necessidade de se instituir a perspectiva inclusiva na saúde e a discussão acerca do capacitismo, considerando a forma em que este incide e vulnerabiliza corpos com deficiência.

1.1. O ESTADO CAPITALISTA: UMA BREVE ANÁLISE MARXISTA SOBRE SUA CONSTRUÇÃO

Para tecer uma análise sobre as políticas públicas, precisamos compreender como se deu historicamente o surgimento do Estado capitalista e, para tanto, iniciamos nossa discussão a partir da matriz liberal que compreende a sociedade composta por um conjunto de sujeitos que se embatem em constantes disputas, a fim de garantir sua sobrevivência individual – pautada pelo medo da fome e da insegurança, motivações principais para existência de conflitos. Na concepção liberal, constituiu-se o discurso de que os homens viviam em um “estado de natureza” (modo de estar), com constantes confrontos em busca da sobrevivência, que poderiam resultar no fim da humanidade. Para que fosse mantida a existência humana, necessitava-se efetivar um pacto social em que se constituiria o Estado que deveria ser governado, então, por um soberano. A partir de um contrato social, as pessoas outorgariam a este soberano a governabilidade da sociedade, devendo este ter a função de manter a ordem, garantindo às pessoas o direito à existência e à sobrevivência por meios das leis, livrando assim a humanidade do extermínio do “estado natural” ao qual viviam (MENDONÇA, 2012). Em prol deste pacto social em comum, deveria ser realizada a “obediência” ao Estado e seus respectivos soberanos.

Torna-se importante salientar que esse pacto é visto como algo antinatural, ou uma luta do homem contra a sua “má natureza”, em que os homens lutariam entre seus iguais pela sobrevivência, praticando atos de violência e de irracionalidade. No entanto, seria o Estado

representado pelo seu soberano, que daria racionalidade a essas disputas ou, em outras palavras, o Estado possibilitaria a criação de um sistema para a realização do acordo formal para a escolha daqueles que irão construir regras de convivência social (FONTES, 2010).

A partir desta concepção liberal, o Estado passa a ser entendido como indispensável para a humanidade, visto que a ausência dele poderia fazer com que a sociedade retornasse ao período de barbárie. Segundo Fontes (2010), o surgimento e permanência do Estado ocorre por meio de relações sociais que garantem sua continuidade e a reprodução de sua existência. O Estado surge necessariamente da relação paradoxal entre natureza e antinatureza em que o homem é visto como representação da natureza e os pactos firmados entre os homens são compreendidos como antinaturais, logo, o Estado, enquanto instituição humana, é criado com a função de manter o equilíbrio entre natureza e antinatureza (FONTES, 2010).

Mediante a criação do Estado, essa regulação se torna indispensável socialmente, cabendo-lhe a manutenção da ordem social, o dever de manter a vida humana preservada e, para tanto, o Estado passa a criar leis e a zelar pelos seus cumprimentos, cabendo aos civis acatarem as determinações por ele definidas (HOBBS, 1588-1679 apud FONTES, 2010).

É neste contexto liberal que se constitui a ideologia de que a sociedade é composta por indivíduos que são livres e iguais – uma liberdade e uma igualdade a-históricas – sendo o Estado responsável por mediar os eventuais conflitos.

Será o marxismo que questionará a hegemonia do liberalismo, partindo da análise da materialidade da existência. O marxismo colocará em xeque a concepção de que vivemos em uma sociedade igualitária, em que todos são livres e explicitará a existência de uma classe dominante em detrimento de uma classe dominada. Para o marxismo, os sujeitos vivem de acordo com o tempo histórico que lhes é fornecido e, na sociedade capitalista, tais sujeitos se situam em determinadas classes sociais: a classe burguesa que se constitui como uma pequena parte da população que explora; enquanto aqueles que têm sua força de trabalho expropriada compõem a classe dominada, sendo destinados ao lugar de subserviência (MENDONÇA, 2012). Enquanto detentora do meio de produção, a classe dominante se consolida também à frente de poderes socialmente constituídos (Legislativo, Executivo e Judiciário), conservando um poderio sobre as frações ditas minoritárias (mulheres, crianças, sujeitos racializados, pessoas com deficiência, entre outras), mesmo quando estas constituem a maioria da população.

Na análise de Marx e Engels, o Estado capitalista, instrumentalizado e constituído pela burguesia, exerce o papel de regulador social da classe trabalhadora. O Estado, portanto, é produto oriundo dos próprios conflitos de classes e, estando a serviço do capital, se torna um

“Estado de classes”. O Estado surge das diferentes relações sociais e a garantia desse *modus operandi* se dá justamente pela contínua supressão e descompressão da burguesia sobre a classe trabalhadora (MENDONÇA, 2012).

Para o marxismo, a superação das classes só pode acontecer quando o ser humano deixar de explorar o próprio ser humano. Em outras palavras, quando a classe trabalhadora conseguir destituir a burguesia, extinguir o Estado, e tornar-se livre. No entanto, o que vivenciamos é o crescimento exponencial de um Estado definido pelo capital, estando a burguesia em seu comando. O Estado capitalista se constitui, portanto, como comitê da burguesia, se opondo à classe trabalhadora (DANTAS e PRONKO, 2018).

Gramsci, ampliando o conceito de Estado expresso por Marx e Engels, analisa que

O Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo, destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal. (Gramsci, 2002, p. 41)

Gramsci (1987 apud FONSECA, 2010) analisa que as classes e frações de classes estão ligadas ao crescimento do capitalismo e, o conflito gerado pela interação destas, impacta nas questões políticas e sociais.

O Estado não pode ser compreendido como aparato responsável pelas instituições públicas e mediador de interesses sociais, mas sim como o próprio resultado das lutas entre classe burguesa e proletariado. Ou seja, o Estado é instrumento burguês para a permanência da classe dominante no seu lugar de hegemonia, tendo em seu interior a pressão das classes dominadas para garantirem seus direitos. Nesse processo de luta de classes no interior do Estado, Gramsci analisa que a realidade social não é composta exclusivamente por mecanismos de coerção, mas também por mecanismos de consenso que, orientados pela ideologia burguesa, constitui sua hegemonia⁵. A hegemonia trata-se, portanto, de uma “visão de mundo” construída, a fim de que as ideias da classe burguesa sejam aceitas como a ideia de todos (FONSECA, 2010). Assim, a hegemonia irá combinar a coerção e o convencimento para que se institua a dominação e a direção do conjunto da sociedade (PRONKO e FONTES, 2012). Para Gramsci, a hegemonia é entendida como um processo e, por isso, não deve ser vista como imutável, dado que as condições da sociedade capitalista se moldam de acordo com seu tempo histórico e com a luta de classes (PRONKO e DANTAS, 2018).

⁵ O conceito de hegemonia é aprofundado na tradição marxista, referindo-se à organização do convencimento no âmbito da luta de classes no capitalismo. Inicialmente, foi elaborada por Lenin (1975) para pensar o papel de hegemonia que deveria ser constituído pelo proletariado junto ao campesinato, a fim de instituírem a direção política.

Ao discutir sobre a construção do Estado, estamos contemplando simultaneamente tanto as questões de domínio de classes, quanto as decisões políticas-econômicas a serem tomadas em seu interior. A pressão estabelecida pela burguesia sobre o proletariado, característica do modo de produção capitalista, efetiva a hegemonia que indica como será desenvolvido o trabalho, a exploração do trabalhador, assim como os demais papéis sociais, fazendo com que determinados valores estejam de acordo com as características prezadas pela classe dominante.

Em outros termos, o que queremos salientar é que, em meio ao cenário de consolidação do capitalismo e à estruturação do Estado – que, mesmo sendo uma instância que garante o poder da burguesia, tem em seu interior a luta entre esta e a classe trabalhadora –, criam-se os modelos de homem que devem servir e serem servidos nessa dinâmica capitalista. Pessoas que são consideradas divergentes – mulheres; pessoas negras; com aspectos físico e/ou intelectual diferenciados, ou seja, corpos que divergem de um determinado padrão de “normalidade” constituído pelo capitalismo – serão considerados inaptos a exercer direitos sociais. No caso específico das pessoas com deficiência, foco de nosso trabalho, são nítidas as barreiras criadas pelo modo de produção capitalista que precisa de corpos que lhe sirvam, que produzam e que possam ser colocados à exploração. No momento que esses corpos sofrem danos à exploração pelo trabalho nesse modo de produção e não entregam aquilo que lhes é destinado, são vistos como descartáveis, sendo automaticamente substituídos por outro corpo que possa exercer a mesma função. No capitalismo, as pessoas que apresentam condições divergentes no que tange ao seu aspecto físico e/ou intelectual, serão excluídas e estigmatizadas, pois não se enquadram no padrão de “normalidade” exigida para a “boa venda” de seus corpos. Assim, tais pessoas são consideradas inaptas a exercerem seus direitos e deveres.

Não obstante, grande parte das barreiras criadas são produtos do próprio modo de produção capitalista que estigmatiza, estratifica, subjuga as pessoas, impondo impeditivos no desempenho do seu papel enquanto sujeito com direitos. O capitalismo produz marcadores de exclusão, sobretudo diante de corpos que não seguem a norma cis-hetero-masculina. Quando se acrescenta mais uma especificidade relativa à deficiência, a marginalização se acentua posto que, de antemão, já são avaliados, como dissemos anteriormente, como objetos que não se enquadram em métricas produtivas.

O que se quer explicitar, portanto, é que a exclusão é um fenômeno produzido culturalmente, visto que no sistema capitalista, a exploração dos corpos da classe trabalhadora pela burguesia é a condição de sua própria manutenção. Ou seja, o capital precisa de corpos disponíveis para serem espoliados e expropriados, a fim de gerar a mais-valia que o alimenta.

A pessoa com deficiência não tem sido considerada apta a exercer o trabalho e gerar lucro para as classes dominantes. Além disso, muitas vezes é compreendida como dispêndio, à medida em que o Estado, pautado na lógica capitalista hegemônica, constitui um viés normativo e capacitista. O que se constata, portanto, é que o modo de produção capitalista coloca pessoas com deficiência em um lugar de inexistência e de subordinação no seio da sociedade. Desta maneira, percebe-se o quanto os espaços sociais não foram feitos para receber a diversidade dos corpos de pessoas com deficiência.

É preciso esclarecer a importância do Estado como um grande atuante em tudo isso, afinal os corpos de pessoas com deficiência são uma parcela da população que sofre com a violação dos direitos humanos – direitos estes que deveriam ser garantidos pelo Estado, tais como o direito à saúde, ao trabalho e à educação. O Estado é responsável pela administração dos direitos de classes – trabalhadora e burguesa – para que a sociedade se mantenha economicamente e socialmente em seus respectivos posicionamentos sociais ao qual são pertencentes⁶. Essa regulação impacta diretamente no que tange à saúde pública e na forma a qual é ofertada os seus serviços à população.

Assim, precisamos compreender qual o papel que o Estado capitalista – neste caso, o Estado brasileiro: capitalista e periférico – tem exercido na efetivação de um sistema de saúde pública. Entendendo o Estado como uma correlação de forças, haverá sempre a disputa entre a burguesia e as classes trabalhadoras para que seus privilégios (por parte da burguesia) ou seus direitos (por parte da classe trabalhadora) possam ser efetivados. O Estado, enquanto um representante da classe dominante, visará exercer a função de assegurar, administrar e conservar a estrutura social. Contudo, a correlação de forças no interior do Estado realizará tensionamentos que dependerão do grau de organização das classes trabalhadoras e da burguesia em sua luta de classes (POULANTZAS, 1980).

As chamadas “políticas públicas” são constituídas a partir das necessidades apresentadas primordialmente pela classe trabalhadora, assim como existe a influência do cenário político ao qual se é vivenciado. Ou seja, o Estado age de formas diferentes de acordo com a luta política. Assim, a construção/criação das políticas públicas não se dão pela benevolência do Estado ou das frações de classe da burguesia, mas como fruto de muita luta e militância da classe trabalhadora.

⁶ O Estado é constituído para resolver um problema inconciliável: a luta de classes. O Estado surge, portanto, como aquele que irá conciliar as classes, mas, de fato, age como um defensor dos interesses da burguesia, mantendo os sujeitos no mesmo desígnio de classe, evitando a ruptura com o modo de produção capitalista. (MENDONÇA, 2012)

Tendo a compreensão de que as políticas públicas são fundamentais no que tange ao direito da população brasileira, nos debruçaremos na análise das políticas públicas de saúde voltadas às mulheres com deficiência, a fim de compreender como o Estado brasileiro vem buscando agir diante delas.

1.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS ÀS MULHERES COM DEFICIÊNCIA EM PERÍODO PRÉ-NATAL

A fim de entendermos a criação das políticas públicas brasileiras, iniciaremos nosso caminho a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) até chegar aos dias atuais. Juntamente, iremos apontar as conquistas legais – expressas em leis e portarias – relativas às pessoas com deficiência, contemplando as tensões políticas ocorridas no cenário brasileiro para que então seja possível entendermos onde aparece a mulher com deficiência em seu período de pré-natal no interior do SUS.

Para tecer essa discussão é necessário contemplar as tensões históricas ocorridas na década de 1980 para o reconhecimento da Saúde como um direito de todos e um dever do Estado. A formação da Assembleia Constituinte será fundamental para o reconhecimento das lutas de várias camadas sociais invisibilizadas, em destaque, neste trabalho: o movimento feminista e, também, o movimento de pessoas com deficiência. São essas e outras lutas que forjam a criação de normativas – leis, portarias e decretos – que buscam impelir o Estado a cumprir seu papel no que tange ao cuidado em saúde das pessoas com deficiência. Assim, na presente pesquisa, chegamos à seguinte compilação que se pode ver o no quadro a seguir:

Quadro 1 - Normativas da Saúde destinadas às pessoas com deficiência

ANO	LEGISLAÇÃO	ÓRGÃO	EMENTA
1988	Constituição da República Federativa do Brasil	Casa Civil	É a lei suprema, a Carta Magna, sendo o maior ordenamento jurídico do país que parametriza as demais normativas do Brasil.
1989	Lei nº 7.853	Casa Civil	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Tal lei foi regulamentada posteriormente pelo Decreto nº 3.298/1999.
1990	Lei nº 8.080	Casa Civil	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
1999	Decreto nº 3.298	Casa Civil	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.
2000	Lei nº 10.048	Casa Civil	Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.
2000	Lei nº 10.098	Casa Civil	Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
2001	Lei nº 10.257	Casa Civil	Estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências.
2002 ⁷	Lei nº 1.060	Gabinete do Ministro	Objetiva a promoção de qualidade de vida e a assistência integral à saúde de pessoas com deficiência.

⁷ Tal documento será apresentado de forma esmiuçada no capítulo três (3), mediante a seleção de materiais de análise que contribuam para a capacitação dos profissionais. Ainda que sua origem seja a Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o seu conteúdo apresenta relevância para a análise proposta neste trabalho.

2004	Decreto nº 5.296	Casa Civil	Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
2005	Lei nº 11.133	Casa Civil	Institui o Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência.
2008	Decreto nº 186	Casa Civil	Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. O Decreto nº 6.949 de 2009, posteriormente, promulga a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.
2011	Decreto nº 7.612	Casa Civil	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.
2012	Portaria nº 793	Gabinete do Ministério da Saúde	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
2015	Lei nº 13.146	Secretaria Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

Começando pela Constituição Federal (1988), esta foi estruturada no bojo de muitas lutas, uma delas a reforma sanitária. No que se trata do âmbito da Saúde, a referida Constituição defende um modelo de saúde universal que contemple todas as pessoas. Foi esse movimento que colocou em pauta a implementação do Sistema Único de Saúde, ampliando o conceito de saúde vigente até então:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (BRASIL, 1988)

É importante ressaltar que, de acordo com as políticas públicas instauradas até o início da década de 1980, o sujeito precisaria estar inserido no mercado de trabalho para ter direito à Saúde. Até esta década, aqueles que não tinham carteira de trabalho, só tinham acesso a serviços de saúde através de serviços filantrópicos e comunitários. Serão os movimentos sociais, junto ao movimento da Reforma Sanitária que trarão as primeiras premissas básicas do SUS: a saúde como um direito universal. Esta premissa torna o Brasil o único país capitalista da América Latina a adotar a Seguridade Social⁸ (MACHADO et al., 2017).

No entanto, toda a luta pela democratização da saúde presente em nossa Constituição (1980) é solapada pelo neoliberalismo⁹ que se instaura na década de 1990. Os direitos sociais, fruto das lutas no período de redemocratização do país, que exigiam a intervenção do Estado, não se consolidam porque “nascem no berço” da instituição do neoliberalismo no Brasil – em que se preconizava a retração da ação estatal no que tange às demandas populares e um Estado

⁸ Concebida independentemente de prévias contribuições e inserções no mercado de trabalho, ou de posses privadas de renda. (PEREIRA, 2009).

⁹ O termo neoliberalismo surge em 1920, na Europa e nos Estados Unidos, como uma resposta à crise daquele tempo. Suas raízes também são vistas pela Europa pelo meado dos anos de 1940 e retorna a surgir em 1970 com a uma nova crise capitalista, tendo o seu auge em 1980 com a diminuição de taxas de crescimento, elevação de desemprego etc. O neoliberalismo tem por objetivo a efetivação de um “Estado mínimo” no que tange às políticas sociais (como a Educação e a Saúde), a fim de que estas estejam sob o domínio das leis do mercado, sob a tutela das instituições privadas (KASSAR, 2001).

forte para o capital. Com poucos investimentos, o desenvolvimento do SUS torna-se difícil. Os recursos que deveriam ser destinados à seguridade social foram comprometidos devido ao alto índice de inflação, resultando assim, em cortes de gastos voltados às políticas de saúde. Isto ocasionou, nos primeiros anos de criação e implementação do SUS, o enfrentamento de dificuldades em cumprir com a sua proposta de saúde para todos, oriundo do cenário político e econômico ao qual o nosso país atravessava. Ou seja, o SUS já nasce sendo sucateado e subfinanciado, sendo reforçada a marginalização de algumas camadas sociais em detrimento de outras (MACHADO et al., 2017).

Cabe ressaltar, ainda, que no campo destinado à Saúde na referida Constituição, a pessoa com deficiência não é mencionada. Contudo, no parágrafo referente à “União” preconiza-se o direito à saúde e à assistência pública para a pessoa com deficiência, conforme destacamos a seguir:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

III - proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos. (BRASIL, 1988) [grifo da autora]

No ano de 1989, se institui a Lei nº 7.853 que tinha por objetivo integrar e instaurar normas de proteção para pessoas com deficiência. Nesta lei é assegurado o acompanhamento, no âmbito da saúde, no que se refere à vida sexual e reprodutiva da mulher, assim como, no seu período de pré-natal. Estabelece também a garantia a um adequado tratamento que seja assegurado de acordo com as normas técnicas e padrões de conduta apropriados, assim como a participação da pessoa com deficiência na criação de programas a serem desenvolvidos para esse grupo populacional. Abaixo citamos o artigo 2º em que tais direitos são preconizados:

II - na área da saúde:

a) a promoção de ações preventivas, como os referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;

b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;

c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;

d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;

e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;

f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social. (BRASIL, Lei nº 7.853/1989)

A Lei nº 8080 é promulgada em 1990 e, apesar de ser a lei de base para a construção da saúde, não apresenta uma menção específica sobre a pessoa com deficiência. No entanto, optamos em abordar este documento devido a se referir à promoção, proteção e recuperação da saúde da população como um todo, assim como o direito à universalidade na saúde.

Art. 1º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, Lei nº 8080/90)

O que se constatou nos anos que se seguiram foi justamente o contrário do que se preconizava na referida Lei, pois com o acirramento das políticas neoliberais, as políticas econômicas incidiram de forma abrupta à redução das políticas sociais e tais políticas se tornaram cada vez mais focalizadas.

Buscando afastar-se da lógica “medicalocêntrica”, no ano de 1994, é implementado o Programa da Saúde da Família (PSF), com o objetivo de promover a saúde integral, com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, enraizada no território. Ainda que apresentasse avanços, a saúde permanece enfrentando crises econômicas ligada ao cenário político do seu tempo (MACHADO et al., 2017). A fim de atenuar essa problemática, estados e municípios passam a assumir as políticas de saúde, deixando de ser responsabilidade apenas do âmbito federal.

O ano de 1994 é marcado por buscas constantes por uma estabilização monetária e a saída encontrada pela burguesia para tal questão foi vender o discurso de que as privatizações de empresas estatais se faziam necessárias. O cenário político, já direcionado pelo neoliberalismo, propiciou a abertura de um mercado financeiro – através de serviços privados – para saúde pública. Como forma de contenção de gastos, é aprovada a legislação responsável por desinvestimentos no funcionalismo público (MACHADO et al., 2017) – o que a longo prazo acarreta a diminuição do número de funcionários públicos na saúde. O que se viu foi o represamento de novos concursos públicos, resultando em contratações privadas de profissionais de saúde, já que a ausência de profissionais concursados gerou um acúmulo na demanda de atendimentos. Neste período vemos as primeiras inserções de serviços privados na saúde pública, minando o direito da classe trabalhadora em alcançar cargos que são historicamente marcados pela idoneidade frente a mudanças governamentais. Querer extinguir a carreira pública é também fruto das lutas políticas no interior do Estado capitalista, extirpando-se os direitos da classe trabalhadora.

Consolidando o neoliberalismo de forma cada vez mais radical, as políticas do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998; 1999-2002) priorizaram a estabilização monetária, privatização de empresas estatais, e a reforma administrativa, que afetaram distintas políticas públicas. Na Saúde, explicita-se a tensão entre o Estado neoliberal e as defesas da reforma sanitária. Ou seja, de um lado, as forças conservadoras, compostas pela elite econômica – a burguesia brasileira subordinada no cenário político internacional – e do outro, estavam os pertencentes às entidades de saúde coletiva e afins (Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO, Centro de Estudos Brasileiros em Saúde – CEBES, Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABRES) – junto aos movimentos sociais e outras entidades da classe trabalhadora, em busca de manter e obter novos direitos à saúde. As negociações e conflitos em busca da descentralização dos recursos no âmbito federal, foi uma pauta fervorosa, tendo em vista das restrições financeiras da saúde. (MACHADO et al., 2017).

No governo FHC há pequenos avanços no que tange à saúde pública, como por exemplo o fortalecimento da Política Nacional do Controle do HIV/AIDS, a expansão dos programas à assistência farmacêutica, a priorização da Programa de Saúde da Família (PSF) na busca pela ampliação da sua cobertura trazendo à tona ideais da reforma sanitária. Os supostos avanços no que se refere à descentralização e cobertura da saúde foram realizados às custas de reformas nas políticas macroeconômicas que acentuaram os problemas já existentes no SUS – refletindo diretamente no próximo governo (MACHADO et al., 2017).

É importante ressaltar que a priorização da Saúde da Família guarda relação com o processo de descentralização da saúde que surge como uma alternativa governamental de polarizar as responsabilidades da saúde da esfera federal para as esferas estadual e municipal, desta forma, acarretando investimentos desiguais na esfera da saúde de acordo com a capacidade dos entes federados. É nesse período que se consolida a privatização de empresas estatais e a abertura para o processo de terceirização dos serviços de saúde, tendo a saúde uma forte influência neoliberal (PASCHE et al 2006).

Após nove anos da Lei nº 8080/90, ou seja, o país já havia passado pelos presidentes Fernando Collor de Melo (1990-1992) e Itamar Franco (1992-1995), é que foi lançada a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, através do Decreto nº 3.298/1999. Neste se apresenta a definição da deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, Decreto nº 3298/1999).

No Art. 17, § 1º, a pessoa com deficiência é compreendida como alguém a ser reabilitada¹⁰ para que atinja um ponto ideal e, então, possa modificar a sua vida para se ajustar ao modelo socialmente aceito. Contudo, percebemos que esta ideia é pautada em um modelo biomédico que está alinhado aos interesses capitalistas e à sua ótica produtivista.

Art. 17. É beneficiária do processo de reabilitação a pessoa que apresenta deficiência, qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade.

§ 1º. Considera-se reabilitação o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais.

§ 2º Para efeito do disposto neste artigo, toda pessoa que apresente redução funcional devidamente diagnosticada por equipe multiprofissional terá direito a beneficiar-se dos processos de reabilitação necessários para corrigir ou modificar seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constitua obstáculo para sua integração educativa, laboral e social.

No que se refere à Saúde, tal Decreto retoma as diretrizes da Lei nº 7.853/1989, acrescentando alguns pontos, como pode ser lido a seguir:

I - a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico, ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência, e à detecção precoce das doenças crônico-degenerativas e a outras potencialmente incapacitantes;

II - o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidentes domésticos, de trabalho, de trânsito e outros, bem como o desenvolvimento de programa para tratamento adequado a suas vítimas;

III - **a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade**, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, **articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho**;

IV - a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;

V - a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao portador de deficiência grave não internado;

VI - o desenvolvimento de programas de saúde voltados para a pessoa portadora de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem **a inclusão social**; e

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

Na Lei nº 10.048/2000, pessoas com deficiência passam a ter prioridade no que se refere ao serviço público: “*Art. 1º. As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por*

¹⁰ Neste contexto podemos entender reabilitação de acordo com *Guia de atenção à mobilidade reduzida* (2013), na qual a mesma é definida como base de um conjunto de ações que visa auxiliar pessoas com deficiência e/ou a prevenção de deficiências, buscando o máximo da sua capacidade potencial.

crianças de colo terão atendimento prioritário”. No campo das leis, podemos ver os primeiros avanços para que a pessoa com deficiência tenha o direito de ser reconhecido como um sujeito de especificidades, que necessita de um atendimento humanizado.

A Lei de nº 10.098/2000 surge como um marco para se falar de acessibilidade de pessoas com deficiência, sendo posto em evidência a importância de que os espaços, principalmente públicos, tenham um preparo para a circulação e a recepção desta população, valorizando-se a sua locomoção de forma autônoma e facilitada.

Art. 2º I - acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida. (BRASIL, Lei nº 10.098/2000)

Sendo assim, de acordo com segundo Sasaki (2009), a acessibilidade não é um direito exclusivo de pessoas com deficiência ou com locomoção reduzida, visto que sua função é que beneficie a todas as pessoas. Segundo o autor, a acessibilidade abarca seis dimensões distintas que se complementam: (1) Arquitetônica, (2) Comunicacional, (3) Metodológica, (4) Instrumental, (5) Programática e (6) Atitudinal. Desta forma, para que haja acessibilidade se faz necessário não haver barreiras físicas; ter o fornecimento de uma comunicação clara e compreensível aos seus usuários; não haver restrições de espaços de lazer, educação, trabalho ou saúde; assim como, não haver empecilho na utilização de instrumentos, utensílios e ferramentas que devem estar de acordo com as legislações e políticas públicas; que diante da comunicação não sejam utilizados jargões de cunho preconceituoso ou excludente.

A acessibilidade tem como objetivo permitir um ganho de autonomia e de mobilidade a uma gama maior de pessoas, inclusive àquelas que tenham reduzido a sua mobilidade ou dificuldade em se comunicar, para que usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 8)

Segundo ainda o Ministério da Saúde (2019), a acessibilidade se refere à garantia dos direitos universais, de outra forma, se trata do direito à vida, à liberdade de expressão e de opiniões, assim como o direito ao trabalho e à educação. Desta forma, a acessibilidade está ligada aos aspectos urbanos, arquitetônicos e comunicacionais, sendo necessário extinguir os obstáculos físicos e comportamentais para que todos tenham os seus direitos garantidos.

A Lei nº 10.257/2001 estabelece as diretrizes da política de urbanização, definindo-se medidas de manutenção dos espaços urbanos e como estes devem ser para atender à necessidade da população. No que se refere à pessoa com deficiência, fica claro o seu direito a passeios (calçadas) sem obstáculos para que possam ter o seu tráfego livre, viabilizando o seu acesso às instituições públicas de forma autônoma.

§3º As cidades de que trata o caput deste artigo devem elaborar plano de rotas acessíveis, compatível com o plano diretor no qual está inserido, que disponha sobre os passeios públicos a serem implantados ou reformados pelo poder público, com vistas a garantir acessibilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida a todas as rotas e vias existentes, inclusive as que concentrem os focos geradores de maior circulação de pedestres, como os órgãos públicos e os locais de prestação de serviços públicos e privados de saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, correios e telégrafos, bancos, entre outros, sempre que possível de maneira integrada com os sistemas de transporte coletivo de passageiros. (BRASIL, 2001)

A Lei de nº 1.060, de 5 de junho de 2002, apresenta como objetivo a promoção de qualidade de vida e a assistência integral à saúde de pessoas com deficiência, a fim de promover sua reabilitação, ainda apontando a força da perspectiva biomédica de reabilitação da pessoa com deficiência para que assim possa ser socialmente enxergada.

Considerando a necessidade de definição, no Setor Saúde, de uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social; [...]

Parágrafo único. A aprovação de que trata este Artigo tem como objetivo a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade.

Entre os anos de 1995 e 2002, durante o segundo governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, é possível constatar que a promoção de políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência tem por protagonista a ideia de reabilitação, visando a correção dos corpos. Os documentos supracitados seguem pautados ao olhar biomédico da deficiência que, diferente do modelo social, toma a deficiência enquanto prejuízo humano a ser “consertado”.

Entre os anos de 2003 e 2010, sob o governo Lula, vivenciou-se oscilações econômicas com restrições financeiras nos anos de 2003 e 2004, um crescimento econômico em 2006, e uma nova crise em 2008 e 2009. Ainda assim, podemos observar investimentos nas políticas de criações de projetos como o Plano de Aceleração e de Crescimento (PAC), Brasil Sorridente, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Farmácia Popular, assim como o investimento na PSF, trazendo avanços para a atenção à saúde e, também, novas contratações de profissionais. Este governo dedicou-se a investir e promover a saúde pública sem, no entanto, coibir o avanço do serviço privado no âmbito público (MACHADO et al 2017).

É preciso referendar essas tensões ocorridas entre o domínio público e privado enquanto resultantes ao modo de produção capitalista pois, a posição política e econômica brasileira, subserviente ao domínio burguês, seguirá efetivando supressões e descompressões nos aparelhos públicos garantindo – simultaneamente – a saúde da força de trabalho e efetivando manutenções, com objetivos privatistas, neste grande e lucrativo serviço que é o SUS. Assim,

o que apontamos enquanto avanços e retrocessos dentro dos governos supracitados, como em tantos outros, nada mais são do que resultados das tensões de classes existentes em um Estado capitalista.

No que se refere à pessoa com deficiência, é instituído, através da Lei de nº 11.133/2005, o dia de 21 de setembro como o Dia Nacional da Luta da Pessoa Portadora¹¹ de Deficiência, data esta, fruto do processo de luta pelos direitos destas pessoas e busca pela visibilidade social. A referida Lei prevê esta data como um marco comemorativo e, sobretudo, de luta.

O Decreto nº 186/2008, em seu Art. 25, traz luz às questões ligadas à pessoa com deficiência na Saúde. Nela é percebido uma concepção um pouco mais humanizada e não apenas o olhar biomédico de que pessoas com deficiência só teriam uma trajetória: a reabilitação.

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

a) Oferecerão às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral. (BRASIL, Decreto nº 186/2008, Art. 25)

O Decreto nº 7612, de 2011, prevê a instituição do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. Este documento caracteriza a concepção do que consiste uma pessoa com deficiência na contemporaneidade, pois retira o jugo pesado que havia sobre sujeito e o corpo com deficiência, apontando que o meio seria o maior responsável pela realidade excludente que subjuga as pessoas com deficiência. Nesta perspectiva, ao definir o que é a deficiência, aborda também as barreiras impostas pela sociedade à pessoa com deficiência:

Art. 2º. São consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Ainda no ano de 2011, se institui a Portaria nº 1.459/2011 que dá início à Rede Cegonha, abrindo espaço para um programa no Sistema Único de Saúde que seja voltado à saúde da mulher, assegurando os seus cuidados no parto, pós-parto e puerpério.

Art. 1º A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à

¹¹ Terminologia utilizada à época para se referir à pessoa com deficiência.

criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

Este programa tem por intuito o exercício de um olhar voltado à saúde da mulher visando todas as etapas da gestação e pós-parto dentro do seu território, visando o acolhimento dessas mulheres dentro das UBS.

Art. 7º Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde, nos seguintes termos:

I - Componente PRÉ-NATAL:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico.

II - Componente PARTO E NASCIMENTO:

- a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais;
- b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);
- c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento";
- d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- e) realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal;
- f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e
- g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização.

Neste material, temos importantes informações que demonstram os princípios da Atenção Básica para condução do pré-natal. Entretanto, vê-se que não há uma discussão que aborde as especificidades da gestante com deficiência. Temos a abordagem de pontos comuns a mulheres sem deficiência, mas a falta de representatividade invisibiliza a oferta de uma atenção especializada e que corresponda ao nível de suporte ao qual as gestantes com deficiência têm por direito.

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, demarca a necessidade de que as políticas públicas do SUS modifiquem a sua estrutura, visando atender às especificidades das pessoas com deficiência. Para tanto, deve garantir o acesso à saúde, através de profissionais qualificados

tanto no que tange à Atenção Primária quanto aos atendimentos mais complexos na atenção terciária (UNASUS, 2015).

Parágrafo único. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários, quais sejam:

I - acessibilidade;

II - comunicação;

III - manejo clínico;

IV - medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional e/ou da melhora ou recuperação da função; e

V - medidas da compensação da função perdida e da manutenção da função atual.

Como podemos ver até aqui, ao longo do governo Lula tivemos condutas mais próximas às características do que seria o modelo social da deficiência. Apesar de ser um paradigma anterior à formulação da atual Constituição (1988)¹², somente no início deste novo milênio são aprovadas políticas que apontam o Estado, os serviços de atendimento, a arquitetura em que se vive como as reais barreiras sociais que incidem sobre as pessoas com deficiência. Há de ser entendido que ante a impeditivos do usufruto de direitos, modifica-se o local, a norma, o paradigma e não o sujeito. Diferente do modelo biomédico, o modelo social prevê o entendimento da deficiência

para além da lesão do corpo”, endossando que essa nada mais é do que uma “condição humana, um outro modo de ser e estar no mundo, uma característica a mais da pessoa que se cruza com outras características (como gênero, raça/etnia, geração, classe, sexualidade, etc), como uma experiência subjetiva e que não deve ser supervalorizada ou minimizada. (LUIZ, 2020, p. 23)

O modelo social da deficiência é a concepção que norteia a presente pesquisa em que a perspectiva de acessibilidade precisa ser um ponto de partida, abrindo caminho para que, diante do paradigma da inclusão, a gestação da mulher com deficiência – e o próprio desejo em gestar – sejam abertamente discutidos em programas do SUS como a Rede Cegonha, já anteriormente citada.

É preciso frisar que ao analisarmos a presença do paradigma da inclusão no âmbito da Saúde, estamos partindo do ponto de vista em entendê-lo enquanto “processo pelo qual os sistemas sociais comuns são tornados adequados para toda a diversidade humana – composta por etnia, raça, língua, nacionalidade, gênero, orientação sexual, deficiência e outros atributos” (SASSAKI, 2009, p. 1). Desta forma, entendemos que o paradigma de inclusão amplia a perspectiva de acessibilidade, pois engloba não só a necessidade de compor espaços, formas de

¹² A primeira geração do modelo social da deficiência surge no Reino Unido da década de 1960, composta majoritariamente por homens com deficiência que buscavam a eliminação de barreiras arquitetônicas (LUIZ, 2020).

comunicação, métodos acessíveis, mas também tem por premissa as modificações necessárias por parte da sociedade para que todas as pessoas com deficiência tenham o direito à participação à formulação, à manutenção e à execução de políticas voltadas para si – “Nada sobre nós sem nós” – essa é a premissa básica.

Em 2015, as políticas públicas, através da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), passam a contemplar mais do que apenas o acesso das pessoas com deficiência à Saúde:

Art. 1º É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. (BRASIL, 2015)

O diálogo para a criação da referida Lei se estendeu por longos quinze anos, até obter sua aprovação no Senado. Sua principal ideia é trazer em um único documento tudo o que se refere aos direitos de pessoas com deficiência, com o intuito de enfatizar que esta pessoa é um ser integral que não está compartimentado em distintas políticas setoriais – por isso, denominada de “Estatuto da Pessoa com Deficiência” (ROCHA e OLIVEIRA, 2022).

A LBI (2015) é promulgada devido às pressões dos movimentos sociais em prol dos direitos da pessoa com deficiência – movimentos que se estabeleceram desde o século XX –, fazendo com que a legislação brasileira abarque a educação, o trabalho e a saúde enquanto garantia desses sujeitos historicamente excluídos. Na LBI, a saúde da pessoa com deficiência ganha outros contornos, apresentando-se o que podemos chamar de primeiros passos de um atendimento inclusivo, destacando a formação permanente das equipes que atuam no SUS e nas instituições privadas, como podemos ler a seguir:

Art. 4 X - promoção de estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no SUS, em todos os níveis de atenção, no atendimento à pessoa com deficiência, bem como orientação a seus atendentes pessoais; [...]

§ 5º As diretrizes deste artigo aplicam-se também às instituições privadas que participem de forma complementar do SUS ou que recebam recursos públicos para sua manutenção.

O contexto político-econômico no qual emerge a LBI traz impactos à composição da saúde pública. A crise dos anos de 2011 e 2014 foram as principais responsáveis pela estagnação dos avanços econômicos, ainda assim, houve tentativas em dar continuidade a alguns projetos que contemplassem o âmbito da saúde, haja visto a presença de investimentos e manutenções no que se diz respeito à Atenção Básica e à Vigilância em Saúde, em serviços como: a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Programa Mais Médicos (MACHADO, 2017). É no governo Dilma que vemos as últimas aprovações de leis relacionadas à saúde de pessoas com deficiência.

A instabilidade político-econômico comprometeu diretamente as políticas de saúde ao fim de 2014, momento de vulnerabilidade social resultante de uma crise nacional e internacional, ocasionando tensões para este ano eleitoral. O segundo mandato da presidente Dilma Rousseff (2014-2016) passa por abalos diante das investidas de frentes fascistas que viram na crise econômica brasileira a oportunidade de um golpe político. Repleto de escândalos de corrupção valorizados pela mídia hegemônica, a crescente alta de impostos e a mobilização de classes mais altas da sociedade, forjam o impeachment da presidente Dilma e inaugura-se uma onda de retrocessos – aqui, especialmente em destaque – na Saúde (MACHADO, 2017).

Os governos petistas (2002-2016) estavam distantes de uma proposta radical de transformação da Saúde Pública. Foi mantido, ao longo destes 14 anos, o exponencial crescimento do serviço privado no interior do SUS, a manutenção dos interesses da bancada dos planos de saúde e, por consequência, as articulações políticas que mantinham frentes politicamente mais conservadoras na estrutura dos governos. Pode-se afirmar, com evidências históricas, que esta última decisão foi a de custo mais caro às classes trabalhadoras (MACHADO, 2017).

O Golpe de 2016 inaugura o governo do vice-presidente de Dilma Rousseff – Michel Temer (2016-2018) – potencializando a intensificação desse sucateamento da saúde, através dos cortes financeiros e o congelamento do orçamento voltado às políticas sociais por vinte anos através da Emenda Constitucional nº. 95/2016. Além disso, vimos o aumento exponencial dos chamados “planos de saúde acessíveis” e a mudança da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRAVO, 2020).

É importante destacar que a promoção de planos de saúde acessíveis se deu pela hipótese do então ministro da saúde, Ricardo Barros, de que não se teria condições orçamentárias de manter os direitos universais previstos na Constituição Federal de 1988. Para tanto, os planos de saúde acessíveis se faziam “importantes” para suprir a lacuna deixada pelo SUS. Neste sentido, a classe trabalhadora perderia o seu direito à saúde e a burguesia lucraria com a “benevolência” de ofertar uma saúde – também precária – por um valor acessível à população.

Uma medida drástica do governo foi o congelamento dos gastos, através da PEC 95/2016 (BRASIL, 2016), cujos impactos para a saúde são enormes. O estudo realizado pelo Ipea, por meio da Nota Técnica 28, elaborada por Fabiola Vieira e Rodrigo Benevides (2016), informa que a perda de recursos federais destinados ao SUS é estimada em R\$ 654 bilhões de reais, em 20 anos, em um cenário conservador (crescimento do PIB de 2% ao ano). Com estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a estimativa chega a R\$ 1 trilhão. Ou seja, quanto mais a economia brasileira crescer, maior a perda de recursos para a Saúde. (BRAVO et al, 2020, p. 210)

Isso nos mostra o quanto, a partir do governo Temer, a saúde sofreu com golpes cada vez mais violentos, visando o desmonte do SUS e a ascensão da privatização. As ações que impactaram a universalidade do SUS atingem a PNAB, reforçando o desmonte. As modificações existentes não foram realizadas através dos Conselhos Nacionais de Saúde ou tampouco pela sociedade, mas se instituíram de forma restrita pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e os técnicos do MS. Para um maior esclarecimento ao leitor, trazemos um trecho da PNAB de 2011, em que se apresenta a seguinte indicação:

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Essa forma de organização tinha a intenção de oferecer um atendimento focalizado na população mais vulnerável, para que assim fosse possível ofertar um atendimento de qualidade. Na PNAB de 2017 se apresenta um descompromisso com a população de maior vulnerabilidade, assim como se constrói um discurso ambivalente em suas propostas, para que não fossem passíveis de críticas a sua reformulação (MOROSINI, 2018), conforme podemos ler a seguir:

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:
i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.
Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

O que vemos acima é uma tentativa de driblar as orientações previamente recomendadas, fazendo com que as necessidades dos usuários da Atenção Básica fiquem a nível interpretativo. Nos escritos da PNAB (de 2011) há indicativo de atenção a todos os tipos de vulnerabilidade e os limites dimensionados dizem apenas a respeito do número de abrangência populacional, transmitindo a gestores e profissionais da saúde a necessidade de atendimento a todas as demandas possíveis na esfera da Atenção Básica. Preconiza uma articulação do serviço em prol do atendimento à demanda do usuário.

Diferente disso, a PNAB (de 2017) deposita no profissional “da ponta” o conhecimento e as decisões sobre as especificidades manifestadas por cada grupo em situação de

vulnerabilidade, tornando de responsabilidade do trabalhador da saúde a (re)solução desta demanda ou não. Ou seja, a elaboração deste novo texto implica a isenção do poder público nas mais diferentes esferas da sociedade – principalmente em âmbito municipal, onde a Atenção Básica está centralizada – em sanar uma demanda ainda que persistente.

O que podemos dizer comparativamente é que a PNAB de 2011 implica em uma rearticulação na oferta dos serviços, enfatiza a centralidade do poder público em sanar as problemáticas oriundas dos diferentes territórios e usuários atendidos pela Atenção Básica. Tal perspectiva é desmontada na PNAB de 2017, pois caberá ao profissional de saúde dizer se a necessidade do usuário está dentro das competências da unidade ou não.

Esse processo de desmonte teve sua continuidade no governo Bolsonaro (2018-2022). Os discursos de financeirizar o SUS eram vistos já em sua campanha eleitoral, em que pregava a privatização como um meio de eficiência para achar o equilíbrio entre a economia e as contas públicas, assim como os ataques constantes aos movimentos sociais. Esses ataques foram desferidos diretamente ao que se refere ao SUS, em especial, a Atenção Primária à Saúde (APS), visto que ela é o ponto de partida de uma saúde universal e, por isso, o interesse em seu declínio (MATTOS, 2022).

[...] parte do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e que o Estado deve projetar mecanismos institucionais que garantam o acesso aos bens e serviços sem limitação ou impedimentos, sendo efetivada pelo sistema público. Esta concepção expressa uma recusa da abordagem da saúde como mercadoria. (SOUSA, 2014, p. 228)

A vigência do governo Bolsonaro foi na justa oposição à Saúde enquanto direito inegociável. As medidas de austeridade iniciadas ainda no governo Temer, com a supressão orçamentária, parte dos recursos e contratação que eram de responsabilidade do Estado passam a ser atribuídas ao setor privado, fazendo com que gestões municipais e estaduais estejam abundantemente alocadas sobre as mãos das Organizações Sociais (OSs):

Como se gera a 'adesão voluntária' ao setor privado? A resposta que esta reflexão busca oferecer pode parecer óbvia ou redundante: se produz adesão ao setor privado por exclusão do setor público. Entretanto, não é óbvio compreender que a exclusão do setor público deve ser ativamente produzida e se faz por meio da restrição ao acesso, associada à baixa qualidade dos serviços. É esta combinação que acarreta a evasão de parte das classes populares ou a não adesão da classe média ao SUS. (MOROSINI *et al.*, 2018, p. 17-18)

Ainda nesse cenário de sucateamento do SUS, podemos citar o descaso com os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, que enfrentam processos de precarização do trabalho e a falta de educação permanente¹³ para responder às necessidades de saúde da população.

Toda essa realidade contribui para a produção de um discurso de descrédito em relação ao SUS, assim como constitui num cenário favorável à busca de instituições privadas – leia-se planos de saúde (PAIM, 2017), muitas vezes de qualidade duvidosa.

Sendo assim, pode-se inferir que mesmo diante do ideal de saúde pública, quando sua base está dentro da lógica capitalista, como no Brasil, seu escopo passa a ser pensado, não para suprir as demandas e necessidades da classe trabalhadora, mas, o interesse da burguesia que estará constantemente exercendo força dentro da ossatura do Estado.

O Estado de classe da burguesia, ainda que vazado, penetrado, contraditório e permeável à luta dos trabalhadores, comporta exclusivamente a hegemonia burguesa. A construção de uma hegemonia de massas passaria, necessariamente, pela construção de um novo Estado. (DANTAS e PRONKO, 2018, p. 89)

O governo Bolsonaro, além de se estruturar pelo ultraliberalismo, também trouxe o fascismo à cena, sendo demarcado não apenas pela lógica de mercado na condução da saúde, mas também de ofensivas políticas que demonstravam seu horror aos direitos das minorias. Se estamos falando de um direito constitucional como a Saúde, tal direito não pode ser extinguido visto que vivemos em um país que se diz democrático. No entanto, isso não impediu os ataques que o sistema público de saúde sofreu com a inserção de empresas privadas para seu funcionamento, implicando no processo de desmonte e ausência de investimentos. A fragilização da APS favoreceu aos planos de saúde que, na ausência dos serviços da Atenção Primária, se tornam a única opção para que a população tenha acesso à prevenção de doenças. Esta se configurou na nova forma de privatizar ainda mais os serviços de saúde. Sabemos que a APS é atualmente, no Brasil, um dos maiores alicerces para manutenção da saúde populacional, sendo ela responsável pela prevenção de doenças, as práticas de vigilância em saúde, programas de vacinação, além de se constituir como porta de entrada da população para acesso aos demais serviços de saúde (atenção secundária e terciária), de forma que seja fortalecido o exercício da prevenção, diminuindo-se as práticas hospitalocêntricas. Assim, a APS se converte em importante política para garantir o acesso à Saúde.

¹³ A educação permanente consiste num processo de ensino-aprendizagem realizado no cotidiano dos serviços. Deve, portanto, pautar-se em uma formação crítica que possibilita aos profissionais uma formação contínua diante dos desafios vivenciados – o que os incita a buscar e construir conhecimentos na prática dos serviços (CECCIM e FERLA, 2008).

Outra ação do governo Bolsonaro, que também incidiu sobre a Saúde – mas não só nesta política social – foi a produção de falsas notícias (*fake News*). O surgimento da pandemia de Covid-2019, no ano de 2020, evidenciou o caos de um serviço já precarizado e, no que tange à pessoa com deficiência, houve uma ausência de ações e de normativas que pudessem garantir o direito à Saúde dessas pessoas.

O percurso histórico do SUS, ao longo dos seus mais de 34 anos, é permeado de tentativas de desmonte e sucateamento. Os cortes de verbas, o congelamento de investimentos, a falta de material para um trabalho adequado, a privatização desse serviço, entre outras agruras, demonstra o quanto o SUS e seus trabalhadores e trabalhadoras têm lutado bravamente para a sua sobrevivência.

Foi durante o governo Dilma que tivemos as últimas ações na Saúde voltadas às pessoas com deficiência, e destacamos como ponto principal, a valorização da constante capacitação de profissionais da saúde no que se trata ao atendimento destas pessoas.

O percurso traçado até aqui nos fez perceber que existem poucos programas de saúde elaborados e desenvolvidos voltados a atender pessoas com deficiência, em especial a mulher com deficiência em seu período de pré-natal, fazendo assim com que qualquer tipo de atipia, ou seja, características que fujam ao padrão da “normalidade”, não sejam contempladas por estes. Em relação à saúde de mulheres com deficiência, o processo de inclusão dessas mulheres na Saúde é invisibilizado nas políticas públicas da área (SANTOS, 2013).

De todas as normativas citadas, foi a LBI que abriu portas no âmbito social para a pessoa com deficiência, reconhecendo os seus direitos como civis (KELEER, 2020). Ainda nesta legislação, consta a proibição da discriminação ou a oferta de atendimento com qualidade inferior destinada às pessoas com deficiência. Ressalta-se ainda que a LBI proíbe a cobrança de um valor a mais para o atendimento no setor privado da Saúde, conforme transcrevemos a seguir:

Art. 23. São vedadas todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência, inclusive por meio de cobrança de valores diferenciados por planos e seguros privados de saúde, em razão de sua condição.

Com o passar dos anos, podemos dizer que houve alguns avanços no que se refere ao direito à Saúde da pessoa com deficiência, deixando de ser vista apenas no âmbito da reabilitação passando a ser vista de forma integral. No que se refere mais especificamente ao direito reprodutivo da pessoa com deficiência, vimos movimentos, como a garantia do direito reprodutivo. Sabemos, no entanto, que a garantia de direitos não é o bastante para que as

necessidades específicas de mulheres com deficiência em seu período gestacional, sejam contempladas.

Isso nos leva a uma luta contínua, pela qual mulheres e, principalmente, as mulheres com deficiência, reivindicam o seu direito à participação ativa em associações, conselhos e conferências para que sejam ouvidas a partir das suas necessidades e dificuldades, não mais permitindo que pessoas que *não apresentam deficiência* falem por elas.

As constantes tentativas de desmonte do nosso SUS refletem diretamente nas criações de políticas específicas voltadas aos grupos minoritários, como o caso de mulheres com deficiência. Ao decorrer deste trabalho, podemos observar que não se fala da saúde da mulher com deficiência, o que vimos é uma abordagem generalista da saúde da pessoa com deficiência. Os rumos aos quais a Saúde no nosso país vem tomando, acabam reforçando as políticas de exclusão, e por isso há tanta importância em traçar este caminho histórico-político para que possamos analisar os cuidados em saúde fornecidos a esta parcela específica da população. Todo esse processo é necessário para que a análise da sociedade nos proporcione a base para compreendermos o que se construiu e o que pode ser concebido e reconstruído a partir daí.

Para nosso estudo, é importante nos debruçarmos sobre as tensões e as contradições existentes para manutenção e a existência da Saúde pública, assim como é relevante compreender que a mulher com deficiência é um corpo histórico que vivencia e vivenciará realidades excludentes, devido a tantas tensões que acontecem no âmbito social - e que também reverberam nos atendimentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ao qual efetivamente acessa.

Dentre os princípios do SUS, a equidade é relevante para nosso trabalho, pois, para que haja uma saúde que atenda a todas sem distinção, há que se ofertar atendimento que responda às necessidades da usuária. No entanto, a equidade ainda é ínfima perto do que se é desejado para uma Saúde legitimamente universal e de qualidade. Diante das barreiras que as mulheres com deficiência enfrentam para seu atendimento no SUS, buscamos as normativas que possam expressar o direito ao atendimento dessas mulheres no período gestacional. Outra questão importante para nossa pesquisa se refere à necessidade de se ofertar a formação continuada aos profissionais do SUS para que estas mulheres tenham um atendimento de qualidade. Para isso, nos focamos, no terceiro capítulo desta pesquisa, nos materiais educativos¹⁴ que são destinados aos profissionais de saúde. Mas antes, achamos pertinente nos aprofundarmos sobre a luta das

¹⁴ Segundo Moreira (2003), a construção de materiais educativos faz-se importante para a promoção de saúde, desenvolvimento de habilidades e fortalecimento de autonomia, por parte do profissional e do paciente, visando fornecer um atendimento de acordo com a demanda do paciente.

mulheres com deficiência na busca da visibilidade de seus direitos à saúde e ao direito reprodutivo. Uma pergunta que insiste em nosso pensamento é: onde cabe a mulher com deficiência na Saúde pública?

2. CAPÍTULO 2 – A DUPLA VULNERABILIDADE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA GESTANTE

Para compreendermos a trajetória que as mulheres com deficiência percorreram até chegar o momento de conquistar espaço em políticas públicas, se faz necessário entender alguns dos cenários por elas enfrentados. Inicialmente, se faz necessário reconhecer a construção do papel feminino¹⁵ na sociedade capitalista, historicamente patriarcal, entendendo que a mulher, por ser considerada um sujeito aquém do prezado pelo ideal masculino, enfrenta vulnerabilidades ao longo do reconhecimento de seus direitos. Nesse contexto, o conceito de vulnerabilidade é compreendido como possibilidade de sofrer danos e/ou ser lesionado mediante a um evento externo, ou seja, a possibilidade de enfrentar riscos frente a questões sociais. De acordo com Lorenzo (2006, p. 299 e 300), o estado de vulnerabilidade pode ter origem em fenômenos naturais, como os desastres ambientais que suprimem as capacidades humanas, até “fenômenos onde o físico, o biológico e o social interagem de forma mais próxima como no caso da vulnerabilidade à fome, à doença” e – aqui acrescentado – a diferentes formas de violência, como a discriminação.

Ao considerar que o corpo feminino ainda vivencia a experiência da deficiência – seja ela física, intelectual, visual ou auditiva – estamos falando da iminência de um duplo estado de vulnerabilidade. Esta intersecção faz com que o direito sexual e reprodutivo da mulher com deficiência seja marcado por constantes lutas, tanto do movimento feminista quanto de movimentos em defesa dos direitos das pessoas com deficiência.

Diante do exposto, o presente capítulo realiza uma discussão a partir de estudos feministas e dos estudos da deficiência, tendo por embasamento teórico a contemporânea contribuição de autoras como Saffioti (2015), Luiz e Costa (2020), Costa (2021), Mello (2020), dentre outras.

2.1 A LUTA FEMININA PELO DIREITO SEXUAL E REPRODUTIVO

Por ser considerada pela maior parte da comunidade acadêmica uma temática muito específica e distante, a deficiência ainda é um tema periférico nas Ciências Humanas e Sociais e particularmente no campo teórico feminista. Ao chamarmos a atenção para esse fato, não nos referimos apenas às mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência no mundo ou às cerca de 45 milhões e 600 mil em nosso país, mas nos pautamos na perspectiva que sustenta ser a

¹⁵ De acordo com Saffioti (1978), o hegemônico capitalismo reduz historicamente o papel feminino às funções domésticas. É através dos feminismos que mulheres buscam romper com esse paradigma a fim de alcançar a emancipação política e econômica.

deficiência uma condição constituinte da condição humana. (MELLO, 2012, p. 636)

É diante da realidade exposta no trecho destacado, que desejamos visibilizar a questão da atenção à saúde oferecida a gestantes com deficiência no Brasil, debruçando-nos sobre a história de lutas que trouxeram visibilidade a tais corpos. Esta luta se envereda por diversos campos, afinal, estamos nos referindo a uma existência de caráter interseccional¹⁶. A experiência de vida de uma mulher com deficiência, que está inserida numa realidade em que o padrão valorizado é dos corpos cis-hetero-masculino, lhe exige muitos esforços e muita militância para a conquista de seus direitos. Buscaremos, portanto, delinear um breve resgate histórico que contemple a forma que o mundo respondeu à visão sobre os sujeitos que apresentavam alguma característica, anteriormente qualificada, como desviante.

O surgimento da temática dos direitos das mulheres com deficiência em documentos, especialmente do direito à saúde pública, surge como consequência de lutas e de movimentos históricos. No final da década de 1970 se constituiu o que se chama de primeira geração de movimentos sociais que envolveram as pessoas com deficiência, buscando a compreensão da deficiência para além do modelo médico¹⁷ e, reivindicando assim, o direito destas pessoas a serem incluídas nos espaços públicos e terem reconhecido o seu direito à autonomia e, conseqüentemente, a desvinculação de sua tutela pelo poder familiar e do Estado (DINIZ, 2007).

Neste contexto entende-se como autonomia, a capacidade de exercer a tomada de decisões sobre si, sendo estas: compreensão, raciocínio, deliberações e escolhas independentes. Estas devem ser realizadas sem a interferência de terceiros. No entanto, é comum que a sociedade coloque as pessoas com deficiência como incapazes de realizarem tais feitos, de tomarem suas decisões, sendo cerceadas por seus familiares (BERNARDES, 2009).

O primeiro movimento de pessoas com deficiência, teve o seu início no Reino Unido e esteve fortemente centrado nos homens, pois estes tinham ido às guerras e voltado com sequelas. Ainda que houvesse representação feminina nestes primeiros passos, as mulheres compunham essa luta visando o processo de reabilitação dos seus cônjuges e filhos que sofreram tais lesões. As mulheres, portanto, se constituíam como cuidadoras de pessoas com

¹⁶ É a interação entre dois ou mais fatores sociais que tentam definir uma pessoa, causando assim uma desigualdade (CRENSHAW, 2002)

¹⁷ O modelo biomédico coloca a ênfase na deficiência e nas dificuldades que as condições biológicas da pessoa acometida pela deficiência podem vir a apresentar, desconsiderando não só as potencialidades destas pessoas, mas sobretudo, não abordando que as dificuldades que essas pessoas enfrentam podem ser frutos da própria vivência na sociedade em que estão inseridas (MELLO, 2009).

deficiência, mas não havia uma luta feminista ou mesmo feminina nesse momento que englobasse discussões acerca do sexismo intrínseco à organização patriarcal da sociedade (DINIZ, 2007).

No campo acadêmico, os primeiros passos para se abordar a temática da pessoa com deficiência se deu com a busca de trazer o modelo social da deficiência como contraponto ao modelo biomédico. Neste processo, foi necessário entender o que se caracterizava como deficiência para o modelo social, visto que existiam pessoas lesionadas recém voltadas da guerra. O modelo social tem por ideal acabar com as barreiras sociais para que, dessa forma, pessoas com deficiência pudessem apresentar as suas potencialidades produtivas (DINIZ, 2007).

De acordo com o modelo biomédico, a pessoa com deficiência requer cuidados médicos devido à sua lesão ser uma consequência do corpo. A Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias) foi a primeira organização de pessoas com deficiência – sendo esta originada no Reino Unido – que trouxe à cena o modelo social da deficiência, considerando que a deficiência adquirida foi fruto de uma questão social. Essa visão coloca a sociedade como a responsável pela concepção limitante e opressora destinada à pessoa com deficiência, sendo assim, “a experiência da deficiência não é resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física” (DINIZ, 2007 p.15).

O principal objetivo da Upias era redefinir a deficiência em termos de exclusão social. A deficiência passou a ser entendida como uma forma particular de opressão social, como a sofrida por outros grupos minoritários, com as mulheres ou os negros. O marco teórico do grupo sociólogos deficientes que criaram a Upias foi o materialismo histórico, o que os conduziu a formular a tese política de que a discriminação pela deficiência era uma forma de opressão social. (DINIZ, 2007 p. 16)

As décadas de 1990 e 2000 são marcadas pelo que se define como a “segunda onda” de movimentos sociais pelo direito da pessoa com deficiência. O que os diferencia é que na “segunda onda” existe o protagonismo de mulheres com deficiência no debate contra a opressão sexista, assim como a busca pelo direito à liberdade sexual feminina, já que grande parte da preocupação dos movimentos na “primeira onda” estava envolta no pleito pela saúde básica e pelo processo de reabilitação. Até então, partia-se do pressuposto de que a sexualidade das pessoas com deficiência dependia intimamente do seu processo de reabilitação para que só posteriormente pudesse cogitar o seu direito sexual (MELLO, 2020).

Um ponto importante a ser ressaltado é que havia a homogeneização das políticas de pessoas com deficiência, em que não se delimitava o gênero da pessoa com deficiência, ou seja, não se abordava as especificidades do gênero. Essa suposta neutralidade de gênero – que pode

ser entendida como a invisibilidade do gênero feminino - precisou ser revista ao se defrontar com a materialidade da discriminação sexista apontada pelo feminismo, que afirma a existência de diferenças nos papéis de gênero feminino e masculino (MELLO, 2020). Ressalta-se também que se torna imprescindível levar em consideração a multiplicidade de deficiências para que possamos ter políticas públicas que atendam a todos os corpos com suas especificidades (BERNARDES, 2009).

Portanto, a discussão acerca do papel feminino na sociedade patriarcal se fez importante para que, dessa forma, mulheres com deficiência não permanecessem nesse lugar de invisibilidade, pois, a homogeneização no tratamento de corpos com deficiência culminou na ausência de pautas específicas para mulher com deficiência no interior de políticas públicas de saúde (MELLO, 2020).

Para tecer essa discussão, se faz importante compreender gênero enquanto fenômeno socialmente construído, tendo em vista que vivemos em uma sociedade patriarcal que, de acordo com Saffioti (2015, p. 111) é constituída por “*um pacto masculino para garantir a opressão das mulheres*”, sendo a mulher inferiorizada em relação a figuras masculinas. O patriarcado institui essa relação de dominação, em que se efetiva a relação entre, ao menos, dois sujeitos: um dominante e outro dominado. Para atender à primazia da posição do homem enquanto detentor de poder social, há uma busca pela subjugação dos corpos femininos, resignando-os apenas ao papel reprodutivo (SAFFIOTI, 2015).

Ainda que se tenha compreendido a importância da figura feminina na perpetuação e manutenção da espécie humana – visto ser a mulher a responsável por gerar e, após o nascimento, nutrir esse ser, dando à mãe o poder da vida –, Saffioti (2015) aborda a suposição de que tal feito resultaria no endeusamento desta mulher. Contudo, não é o que vivenciamos, uma vez que os homens/genitores perceberam que para que houvesse o processo reprodutivo feminino, era necessário a presença do masculino. Essa consciência passou a ser utilizada por homens para determinar o poder de decisão de quando essa mulher iria reproduzir ou não, mantendo a figura masculina em lugar de dominação. Assim, não é de intenção do dominador extinguir o dominado, apenas lhe manter no seu papel de submissão.

Em busca do seu fortalecimento, o patriarcado construiu, em nossa sociedade, a rivalidade feminina, colocando mulheres contra suas iguais, com o intuito de desmobilizar o seu processo de união, a fim de manter as figuras masculinas no lugar de dominação, construindo sua superioridade em relação às mulheres.

A questão do controle reprodutivo também incidirá sobre as mulheres com deficiência. É preciso lembrar que ainda nos dias atuais é autorizado, através do meio judicial, o processo de esterilização de mulheres com deficiência, baseando sua argumentação no art. 10, §6º, da Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996¹⁸ na qual prevê que, no caso de “pessoas absolutamente incapazes”, o aval judicial, regulamentado por lei, tem o condão de suprir o consentimento da esterilizada, ainda que a LBI preze para que pessoas com deficiência possam exercer sua capacidade civil de constituir família, assim como exercer os seus direitos sexuais e reprodutivos (ARAÚJO, 2021).

No Brasil, as primeiras discussões acerca da pessoa com deficiência surgem por volta de 1960, tendo como temática central a reivindicação ao direito do convívio social, visto que esse grupo populacional vivia exilado da sociedade. Posterior a esse momento, o que se apresenta de avanços na luta feminina não engloba a mulher com deficiência não é mencionada. No ano de 1974 que a mulher passa a ter visibilidade no âmbito da saúde, contudo a saúde da mulher era vista exclusivamente pela ótica de reprodução, sendo assim criado o Programa Nacional de Saúde Materno-infantil com o objetivo de reduzir a mortalidade da gestante e do bebê. No período seguinte, de 1975 a 1980, os índices de mortalidade materno infantil apresentam curva crescente, mas é apenas em 1981 que Organizações da Nações Unidas (ONU) passam a ter os olhares voltados à mulher com deficiência em seu período gravídico (SANTO et al., 2013).

Em 1984, é criado o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), ampliando a atenção à saúde da mulher para além de seu período gravídico, buscando instituir um atendimento de forma integral. Tais conquistas são resultado da luta dos movimentos feministas, sendo assim, as mulheres passam a ter direito ao acesso à saúde em seus diferentes níveis de atenção, como: planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST¹⁹), câncer de colo de útero, além de necessidades mais complexas de acordo com a identificação. As mulheres de modo geral passam a ter uma maior visibilidade entre os anos 1975 a 1985, visibilidade essa fruto da luta feminista pelo direito a saúde. (SANTOS, et al. 2013)

Tais lutas, também trouxeram avanços para pessoas com deficiência - ainda que as mesmas não fossem mencionadas de forma direta – e resultaram no direito constitucional de

¹⁸ Prevê o planejamento familiar, estabelece outras penalidades, assim como, outras providências no que se refere ao planejamento familiar.

¹⁹ Esta era a nomenclatura utilizada na época. Atualmente a denominação utilizada é Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

1988, no qual prevê como função do Estado zelar pelo cuidado e assistência dos direitos deste grupo populacional, assim como vimos no capítulo 1 (um).

Em 1991, a pessoa com deficiência ganha visibilidade no âmbito da saúde com a criação do Programa de Atenção à saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, tendo este convênio com as instituições federais e municipais, sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a porta de entrada. (FRANÇA e PUGLIUCA, 2009) Além disso, foi também criada em 1991 a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e em 1993, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), tendo esta última como pauta o direito das mulheres enquanto cidadãs e sujeitos com direito a saúde reprodutiva. Ainda neste ano (1993), aconteceu a Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena, na qual as mulheres passaram a ter os seus direitos reconhecidos como parte da Declaração Universal dos Direitos Humanos (SANTOS, et al 2013).

Em Pequim, no ano de 1995, aconteceu a IV Conferência Mundial da Saúde que abordou acerca dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres, assim como os obstáculos oriundos da discriminação enfrentada pelas mulheres (SANTOS, et al 2013). Até este momento – década de 90 –, a temática da saúde sexual e reprodutiva de mulheres com deficiência não aparecem como pauta das conferências até então realizadas, o que nos explicita a invisibilidade enfrentada por mulheres com deficiência no último milênio, tanto no âmbito do movimento feminista, a qual a mulheres com deficiência não eram incluídas; quanto no âmbito da saúde, pela ausência de discussão de tais temáticas para a formulação de políticas públicas.

Em 2004, é criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), que assim como a PAISM, agregou novos direitos a mulheres como: “integração, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, infertilidade e reprodução assistida, saúde mental, combate à violência, prevenção e tratamento de HIV/AIDS, portadoras de enfermidades crônicas e queixas ginecológicas” (SANTOS, et al 2013 p. 4778). Conjuntamente, tais propostas trazem desafios visto que colocar em prática seus objetivos requer superar barreiras, como por exemplo, deixar para trás o modelo biomédico, visto que o olhar reducionista para a mulher apenas ao seu direito reprodutivo não garante a ela uma saúde integral e qualidade. Desafios estruturais também são uma temática explorada pela PNAISM, uma vez que as dificuldades em acessar os postos de saúde comprometem o acompanhamento à saúde de mulheres (SANTOS, et al 2013).

Em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (Portaria nº MS/GM 1.060), traz visibilidade à pessoa com deficiência, contudo, somente em 2008, o

documento²⁰ voltado a esse grupo entra em vigência, assegurando o direito integral à saúde, assim como, a própria deficiência é compreendida como um fator que pode levar a outras comorbidades. É neste documento também que surge a temática de inclusão social de pessoas com deficiência e tece como apontamento a necessidade da mudança social para que pessoas com deficiência sejam efetivamente incluídas. Segundo Santos et al. (2013), para haver inclusão, é preciso não apenas coibir a discriminação direcionada a pessoas com deficiência, mas que haja a promoção da inclusão social.

Em 2011, ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, sendo explicitada as maiores preocupação apontada por mulheres, a autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; o enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; o enfrentamento do racismo, do sexismo e a lesbofobia. Com isso, podemos inferir que questões específicas da mulher com deficiência não foi uma das pautas apontadas como tema abordado.

A partir de 2011, no Brasil, é possível observar uma movimentação na participação política de mulheres com deficiência, com o surgimento de coletivos, como: Coletivo de Mulheres com Deficiência do Distrito Federal, Coletivo Feminista Helen Keller, Grupo Inclusivas, Coletivo de Mulheres com Deficiência do Maranhão, Coletivo de Mulheres com Deficiência do Ceará, Associação das Mulheres Deficientes Auditivas e Surdas de Goiás, dentre outras. Esses coletivos surgem com objetivo de dar voz à multiplicidade de mulheres com deficiência, que se unem por processos de luta de classes, gênero, raça e tantas outras intersecções relacionadas ao ser mulher com deficiência (MELLO, 2020).

O movimento de luta trouxe à cena problemáticas ligadas à invisibilidade da mulher com deficiência, devido à sua ausência não apenas no âmbito da saúde, mas no social como um todo. A partir disso, foi conquistado pelos movimentos de pessoas com deficiência avanços no que tange à saúde pública.

Os avanços das ciências da saúde devem nos trazer conforto e funcionalidade, dentro dos limites de cada corpo, sem que haja uma idealização de cura – porque, muitas vezes, ela não ocorrerá e as pessoas precisam ter dignidade e respeito independentemente do corpo que possuem. (LUIZ e COSTA, 2020, p. 41)

Costa (2021) analisa, como apontamentos anteriormente, que a experiência da mulher com deficiência tem sido historicamente invisibilizada, pois tanto os movimentos de pessoas com deficiência como os movimentos feministas não se interrelacionavam, ou seja, havia a

²⁰ Este documento será apresentado ao leitor no terceiro capítulo.

“falta de familiaridade das/os estudiosas/os da deficiência com os estudos feministas, assim como das/os estudiosas/os feministas com os estudos da deficiência”, afinal, estamos falando de uma composição do movimento feminista, até meados do século XX, de mulheres “brancas, heterossexuais, de classe média e alta, com formação universitária” (HOOKS, 2015; PINTO, 2010).

O feminismo emerge justamente enquanto um movimento político comprometido com o enfrentamento à desigualdade de gênero. O fim do século XX traria um aprofundamento acerca da categoria analítica de gênero, sendo a militância e as produções teóricas da época importantes para olhar as diferenças entre homens e mulheres para além do determinismo biológico. O feminismo teria forte influência para apontar a inconsistência das teorias biológicas acerca da natureza, do sexo ou das diferenças sexuais enquanto principais explicações para a causa de desigualdades no papel subjetivo, logo, também social, de homens e mulheres (COSTA, 2021).

Feminismo é a teoria e prática política de libertação de todas as mulheres: mulheres racializadas, trabalhadoras, mulheres pobres, com deficiência, lésbicas, idosas, e também mulheres economicamente privilegiadas e heterossexuais. Qualquer coisa menos do que isso não é feminismo, mas sim mulheres se auto-engrandecendo. (SMITH, 1982, p. 49)

Segundo Mertens (2010 apud DANTAS, 2014), as lutas que abarcam mulheres com e sem deficiência se colidem no interior do movimento feminista, no que diz respeito ao direito reprodutivo. Vemos por um lado mulheres sem deficiência buscando a legalização do aborto que, no Brasil, assim como em muitos outros países, configura um crime (BRASIL, Art. 124-126). Este ponto, segundo Dantas (2014), colocaria o interesse de diferentes mulheres no interior do feminismo em contraposição, afinal, estariam as mulheres com deficiência lutando pelo direito à concepção enquanto mulheres sem deficiência lutam por alternativas legais em não gerar. A compreensão da gestação da mulher com deficiência está atrelada à perspectiva de inadequação, incompletude, como se sua vivência devesse girar em torno de apenas uma de suas características: a deficiência.

As lutas de feministas e mulheres com deficiência divergem, pois enquanto mulheres feministas vêm buscando a legalização do aborto, mulheres com deficiência lutam pelos direitos de responsabilidade por sua vida sexual e de liberdade quanto à maternidade. Há uma tensão entre as mulheres com deficiência e as feministas em relação à permissão jurídica do aborto quando o feto apresenta ‘anormalidade’. Em contraposição, a comunidade das pessoas com deficiência assume uma posição identitária de grupo em defesa do direito à vida. (DANTAS et al, 2014, p. 546)

Dentro da perspectiva feminista, há a defesa de que mulheres com e sem deficiência buscam por um mesmo objetivo: a autonomia sobre seu direito sexual e reprodutivo. No

entanto, ao se discutir o aborto, haveria escolhas difíceis a serem equacionadas, pois o feminismo daria uma resposta e o movimento de mulheres com deficiência, outra oposta. Assim, no que se refere a temática aborto, mulheres sem deficiência buscam a autonomia no que se trata acerca de levar adiante ou não uma gestação, quando mulheres com deficiência lutam pelo direito a gestar (SHARP; EARLE, 2002 apud ARAÚJO, 2021). A principal divergência se refere ao fato de que o movimento feminista defende que o aborto possa ser realizado caso se saiba que o feto apresente alguma deficiência, mas tal defesa fere as lutas do movimento de mulheres com deficiência. Araújo (2021) irá nos apontar que essas tensões estão intimamente ligadas às questões morais, pois o que está em pauta é compreender se gerar uma criança com deficiência é entendido como uma “diferença ruim”²¹ ou apenas como um corpo considerado como diferente pela sociedade.

Tal divergência explicita a busca de mulheres com deficiência por uma maternidade, defrontando-se com barreiras capacitistas. O capacitismo pode ser interpretado como “discriminação” e, devido a uma “estrutura” opressora, o não atendimento às normalizações impostas socialmente, colocam pessoas com deficiência à margem da sociedade (MOREIRA et al, 2022). A “discriminação” ocorre quando uma das funções do corpo apresenta diferenças em seu funcionamento – seja motor, auditiva, visual e/ou intelectual –, gerando, assim, a apartação social, pois esses corpos são vistos como inaptos a viverem em sociedade, a serem produtivos para esta e, assim, precisam ser excluídos. Tal concepção gera uma estrutura opressora que enseja a perfeição física e/ou intelectual e considera a pessoa com deficiência como inferior, incapaz, disfuncional e dependente.

Está em pauta também o direito à sexualidade, visto que esta faz parte do ser humano, constituindo-se também como um direito. A conquista dos direitos sexuais diz respeito à possibilidade de poder escolher como, quando, onde e com quem se deseja viver a sexualidade, sem sofrer qualquer tipo de violência ou discriminação. A busca da mulher pelo gozo de seus direitos reprodutivos refere-se ao acesso digno aos meios e às informações para decidir, de forma autônoma e consciente, entre ter ou não ter filhos, e ter a liberdade em fazer o próprio planejamento familiar (CONSTANTINO et al., 2020).

Ainda que as mulheres com deficiência tenham o seu direito sexual e reprodutivo assegurados pela LBI (2015), no âmbito da saúde, essas mulheres ainda são alvo de uma construção social capacitista, inclusive no setor da saúde. Contudo, é de suma importância que os profissionais de saúde, assim como familiares de mulheres com deficiência, transmitam

²¹ Aspas utilizadas pelo autor.

informações sobre educação sexual, para que dessa forma, não tenham o seu direito à maternidade negado (CONSTANTINO et al., 2020).

Para tanto se faz necessário reforçar a importância do processo de educação sexual, que se dá a todo momento. A forma a qual entendemos a sexualidade está ligada ao contexto no qual vivemos: a família e o segmento religioso exercem uma grande influência para a compreensão da sexualidade. O aprendizado sobre sexualidade na escola – resumido, na maioria das vezes, ao aparelho reprodutor feminino e masculino nas aulas de Ciências –, assim como o que assistimos pelos meios de comunicação, como filmes e seriados, não é o bastante para que se haja o conhecimento necessário sobre sexualidade de mulheres com ou sem deficiência. As diferentes formas de se apresentar a sexualidade podem gerar conflitos internos oriundos desta polarização de cenários apresentados, visto que ainda é um tabu abordar com meninas e mulheres a respeito de saúde sexual, reprodutiva e da sexualidade, deixando assim de ser transmitido as informações mais relevantes para a compreensão de sua sexualidade e de seus direitos reprodutivos. Ainda que hoje as mulheres tenham possibilidades diversas para atingir tal conhecimento pelo advento da tecnologia, pouco se fala de forma didática e educativa sobre a educação sexual de mulheres com deficiência (COSTA, 2020).

Constantino et al. (2020) ressaltam as ideias polarizadas acerca da sexualidade de mulheres com deficiência, sendo estas vistas socialmente de forma antagônicas, de um lado temos a hipersexualização e de outro, a assexualização de mulheres com deficiência, quando, na verdade, a deficiência não é uma condição ligada à sexualidade.

O processo de hipersexualização de mulheres com deficiência está ligado a uma interpretação do manifesto do desejo, desejo este que é inerente ao ser humano. Contudo, quando manifestado por essa mulher com deficiência, são interpretados de forma exacerbada, ou seja, hipersexualizando tais comportamentos. Essas interpretações deturpadas da sociedade se dão pela construção social de que mulheres com deficiência não possuem desejo sexual ou são tratadas de forma infantilizada. Já o olhar assexual voltado para as mulheres com deficiência, se constrói à partir da negação da sexualidade da pessoa com deficiência, baseada na suposição social de que pessoas com deficiência não possuem vida sexual, muito desses pensamentos são oriundos de uma criação familiar que tendem a infantilizar a mulher com deficiência, na busca de evitar a manifestação de seus desejos sexuais, com idealização de que a privar essas mulheres de explorarem o seu direito sexual irá mantê-las longe dos desejos sexuais. Ressalta-se ainda que os familiares de pessoas com deficiência tendem a interferir em seus desejos sexuais, sendo interpretada qualquer manifestação de desejo como anormal.

A mulher com deficiência ainda é vista de forma infantilizada, e quando assume o seu direito a uma vida sexual ativa, gera, principalmente em seus familiares, medo ou surpresa, visto que esses familiares partem do princípio de que mulher com deficiência são frágeis e podem facilmente serem abusadas, ao invés de serem vistas como pessoas desejantes e desejadas (DANTAS et al, 2014). Segundo Maia (2006), boa parte das problemáticas envolvendo a sexualidade de pessoas com deficiência está voltada à questão social referente ao preconceito, à desinformação, à inabilidade, à falta de orientação sexual adequada, ao processo deficitário ou inadequado de educação sexual familiar, ao descrédito na capacidade de pessoas com deficiência em expressar sentimentos e desejos sexuais, valores e concepções distorcidas etc.

Com isso, podemos inferir que mulheres com deficiência vivenciam um processo duplamente vulnerável, visto que ser mulher em uma país patriarcal subjuga as figuras femininas (SAFFIOTI, 2015) e, em se tratando de ser mulher e ter deficiência, se apresenta uma dupla vulnerabilidade, visto que a mulher com deficiência ainda traça um percurso para ter o seu espaço junto a luta dos movimentos feministas. Tendo em vista as divergências de posição no que se refere ao direito reprodutivo, contudo, a luta de mulheres com deficiência e das feministas apresentam o mesmo objetivo de terem o seu direito à autonomia e serem respeitadas no seu direito à vida.

Os movimentos feministas e de pessoas com deficiência são protagonistas para o reconhecimento do direito das mulheres com deficiência, trazendo luz sobre suas vulnerabilidades e buscando denunciar os processos excludentes enfrentados socialmente. O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, assim como a busca pela autonomia, pelo direito de constituir família e à maternidade se deram por meio de lutas para e com a presença de mulheres com deficiência. Assim como a quebra de estereótipos advindos do modelo biomédico, no qual o sujeito é visto de forma limitante a sua deficiência e a busca pelo modelo social da deficiência, no qual a pessoa com deficiência é vista como sujeito de direitos e potencialidades, sendo vista além das limitações impostas pela deficiência.

Até hoje, a reivindicação por uma política pública do cuidado (discussão iniciada pelas teóricas feministas da deficiência), a qual não está alinhada aos interesses do capitalismo, permanece sem ser contemplada em leis e sob responsabilidade majoritária das mulheres, sobretudo, quando o cuidado não é remunerado. Nota-se aqui uma clara e complexa interação entre capitalismo, capacitismo e patriarcado. (LUIZ e COSTA, 2020, p. 38-39)

Neste contexto, a política de cuidado está ligada ao processo de “trabalho cotidiano de produção de bens e serviços necessários à sustentação e produção da vida humana”.

(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023, s/p) seja esse cuidado exercido de forma remunerado ou não, sendo este realizado em sua grande maioria por mulheres. Esta política foi pensada em 2015, contudo seu lançamento foi realizado em 2023 como decreto de nº 11.460, na busca de alocar recursos – por meio de pagamentos de benefícios – a pessoas que exercem a função de cuidador de forma não remunerada. Esta política é lançada pela preocupação com pessoas que exercem a função do cuidador, assim como, a de quem é o cuidado, tendo em vista que inevitavelmente em algum momento de nossas vidas ocuparemos um desses lugares – de cuidador ou/e de cuidado.

Como visto no capítulo 1, as políticas públicas voltadas às mulheres com deficiência, em especial no seu período de pré-natal, ainda requerem avanços para que seja alcançado o direito ao atendimento inclusivo. Para tanto, se faz necessário não apenas políticas públicas voltadas a esse grupo populacional, mas também uma formação para os profissionais da saúde que possam lhe dar subsídios para um atendimento de qualidade junto às mulheres com deficiência. Sabemos que é previsto por lei que os profissionais de saúde devem ser qualificados para realizar o seu atendimento de acordo com as especificidades das mulheres com deficiência, contudo também sabemos o quanto é difícil tal abordagem na formação inicial de graduação na Saúde. Sendo assim, tais profissionais precisam ter um processo de Educação Permanente e Continuada para responderem à população de forma a garantir seus direitos no que se refere à Saúde. Nessa perspectiva da necessidade de formação, olhar para materiais educativos como ferramentas que possam auxiliar estes profissionais a realizarem a atenção à saúde sob a perspectiva inclusiva pode ser uma tarefa interessante, pois consideramos que os conteúdos produzidos nestes artefatos culturais são também frutos das lutas travadas por mulheres em busca dos seus direitos previstos por lei. Para tanto, iremos analisar os documentos publicados pelo Ministério da Saúde na busca de verificar se tais materiais podem ser utilizadas como base para que proporcionem uma saúde inclusiva a todos os corpos.

3. CAPÍTULO 3 – O QUE NOS DIZEM OS MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE A SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA?

Diante das reflexões apresentadas, podemos perceber que a saúde pública está inserida nessa correlação de forças do Estado capitalista. Dessa forma, é importante analisar as políticas públicas de saúde destinadas ao atendimento das mulheres com deficiência, buscando compreender se estas atendem às especificidades da gestante com deficiência. Concomitantemente, é relevante considerar que o trabalhador da saúde precisaria se qualificar para ser o agente público que concretiza, na “ponta do serviço”, o atendimento à saúde como um direito. Para tanto, pela limitação de tempo desse trabalho e por se constituir numa pesquisa individual, não será possível analisar de forma mais ampla e aprofundada a formação de todos os profissionais que prestam serviços na Atenção Básica em Saúde. Tal proposta não se tornaria exequível.

Diante disso, para pensar a qualificação dos trabalhadores da saúde, nos dedicamos a pesquisar os materiais formulados pelo Ministério da Saúde que visam contribuir para a formação destes profissionais no que tange ao atendimento das mulheres com deficiência em seu período de pré-natal, a fim de torná-los aptos a lidar com os diferentes corpos que aparecem no cotidiano de seu trabalho, atuando numa perspectiva inclusiva. Como apontado anteriormente, optamos por utilizar o paradigma da inclusão e não apenas a perspectiva de acessibilidade, devido à percepção de que um ambiente acessível não é suficiente para maior compreensão das especificidades em prestar atendimento a pessoas com deficiência.

Esta preocupação se deve ao fato de compreendermos que o profissional de saúde ocupa uma posição importante para a adesão das usuárias ao Sistema Único de Saúde, tendo em vista que um contato humanizado possibilita a efetivação de uma frequência e da periodicidade com os cuidados à saúde. Contudo, é primordial para este profissional ter os aprendizados necessários para realizar o atendimento à usuária de acordo com as suas demandas – o que nem sempre é possível, dado ao sucateamento ao qual a Saúde vem sofrendo ao longo tempo.

Neste capítulo, desenvolvemos uma análise documental de materiais educativos destinados aos profissionais da saúde no que tange ao atendimento às mulheres gestantes com deficiência. Tais documentos serão unidades de análise que nos permitem acessar o discurso para compreender a política (SHIROMA, 2005). Através da linguagem desses materiais, podemos apreender os discursos produzidos, a historicidade e a construção sobre o tema da pesquisa (EVANGELISTA, 2008). Tais documentos expressam um conjunto de informações

de um determinado período histórico, registrando a manifestação da vida social relativa ao grupo populacional estudado (OLIVEIRA, 2007 apud SOUZA et al, 2011).

Os materiais investigados foram encontrados nas plataformas digitais dos seguintes órgãos do Estado: Ministério de Saúde e Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). A busca se realizou a partir dos seguintes descritores: mulher com deficiência, mulher com deficiência em período pré-natal, pré-natal, Sistema Único de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Inclusão, Acessibilidade. Tais descritores foram selecionados devido a sintetizarem o cerne desta pesquisa. Importante ressaltar que encontramos também materiais provenientes de outras instâncias governamentais, mas estes não foram utilizados por serem de outras fontes não ligadas ao Ministério da Saúde – critério escolhido para ser considerado nesta análise. A seguir apresentamos tais materiais e suas fontes:

Quadro 2 - Materiais Educativos excluídos da análise sobre atendimento à mulher com deficiência		
Título	Origem da Publicação	Fonte Pesquisada
<i>Avanço das políticas públicas para as pessoas com deficiências. Uma análise a partir das Conferências Nacionais (2012); atualizado em 2020.</i>	Secretaria de Direitos Humanos	https://docplayer.com.br/35325-Avancos-das-politicas-publicas-para-as-pessoas-com-deficiencia.html
<i>Estatuto da Pessoa com Deficiência (2015); atualizado em 2019.</i>	Senado Federal	https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/554329/estatuto_da_pessoa_com_deficiencia_3ed.pdf
<i>Guia de Atuação do Ministério Público - Pessoa com Deficiência: direito à acessibilidade, ao atendimento prioritário, ao concurso público, à educação inclusiva, à saúde, à tomada de decisão apoiada e à curatela (2016).</i>	Conselho Nacional do Ministério Público	https://www.cnmp.mp.br/portal/publicacoes/245-cartilhas-e-manuais/9767-guia-de-atuacao-do-ministerio-publico-pessoa-com-deficiencia
<i>Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher (2016).</i>	Ministério da Saúde Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa	https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
<i>Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde (s/d.).</i>	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República	http://189.28.128.100/dab/docs/sistema/s/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf
Fonte: Quadro 2 elaborado pela autora		

Como dito anteriormente, nossa análise se concentrou nos materiais publicados pelo Ministério da Saúde, visto ser este um grande órgão do Estado com responsabilidade de prover

orientações profissionais²², devendo ser de sua incumbência qualificar tais trabalhadores e trabalhadoras para propiciar um atendimento em saúde que responda aos direitos inerentes a população brasileira.

Apresentamos no Quadro 3, a seguir, os materiais os materiais selecionados para análise:

²² Segundo Pereira, desde a 3ª. Conferência Nacional de Saúde (1963), a questão da “qualificação de trabalhadores para atuarem no setor saúde” (p. 28) se fez presente. Na 4ª. Conferência Nacional de Saúde (1967) se estabeleceu como meta “a produção de uma política permanente de recursos humanos na saúde” (p. 29) – termo este incorporado a partir do discurso da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana de Saúde (OPS). No entanto, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde só foi realizada em 1986, tendo como tema “Política de Recursos Humanos rumo à Reforma Sanitária”.

Quadro 3 - Materiais Educativos do Ministério da Saúde sobre Atendimento à Mulher com deficiência			
Título	Objetivo	Origem da Publicação	Fonte Pesquisada
<i>A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde (2007)</i>	“Esclarecer os direitos das pessoas com deficiência na Atenção básica, assim como levantar questionamentos objetivando a transmitir informações sobre os direitos das pessoas com deficiência.”	Ministério da Saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf
<i>Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010)</i>	“Promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência.”	Ministério da Saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf
<i>Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco Atenção Básica (2013)</i>	“Apoiar as equipes de atenção básica (EAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede. Constitui-se em uma ferramenta que, somada à capacidade das equipes e dos gestores, pode contribuir para a contínua melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (AB).”	Ministério da Saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf
<i>Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher (2016)</i>	“Ampliar a resolutividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, o Departamento de Atenção Básica (DAB) tem empregado esforços na produção de diversos materiais técnicos norteadores para o processo de trabalho das equipes na AB. Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB.”	Ministério da Saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

<i>Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas (2019)</i>	“Fornecer orientações aos profissionais de saúde para qualificar o cuidado e o acesso das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida à atenção integral à saúde, ao longo do seu ciclo de vida, nos diferentes pontos de Atenção da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS).”	Ministério da Saúde	https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_mobilidade_reduzida.pdf
<i>Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência</i>	“Compreender as principais orientações para atendimento da mulher com deficiência e mobilidade reduzida com foco na promoção da saúde, reabilitação, saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e manejo clínico de problemas mais comuns enfrentados por essas mulheres.”	UNA-SUS CURSOS	https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46714
Fonte: Quadro 3 elaborado pela autora			

Consideramos ser relevante analisar os materiais educativos voltados para os profissionais de saúde, uma vez que em sua formação inicial, a questão da mulher com deficiência muitas vezes não é algo debatido e aprofundado. Sendo assim, é em seu cotidiano de trabalho, que o profissional da saúde irá se deparar com mulheres com deficiência. Sabendo a importância da formação continuada desses trabalhadores diante das necessidades de saúde da população, elegemos documentos que se enquadram no perfil de “materiais educativos” por entendermos que estes são ferramentas importantes para que tais profissionais, a partir da materialidade dos serviços de saúde, possam complementar sua formação (STAUFFER e MELO, 2020).

Stauffer e Melo (2020) apontam a importância de se ter materiais criados a partir do trabalho concreto, sendo estes elaborados através do diálogo e das vivências profissionais junto à população, possibilitando uma qualificação profissional que corresponda à complexidade do trabalho em saúde. Em outros termos, podemos dizer que a reflexão sobre a realidade vivenciada pelo trabalhador deve possibilitar o aprofundamento técnico-científico de seu trabalho.

Para analisar os materiais que selecionamos, nos pautamos nos autores anteriormente citados, que constroem um exercício para tal análise, conforme lemos a seguir:

1. natureza do material: público a que se destinava e formato do material (impresso, digital etc.);
2. estrutura do texto: estilo (expositivo, dialógico, coloquial etc.); organização (blocos temáticos, temas e subtemas, capítulos etc.); referências bibliográficas e glossário, presença de gráficos, tabelas, quadros, ilustrações etc.;
3. conteúdo: forma de distribuição dos conteúdos sobre educação e saúde; natureza do material (prescritivo ou reflexivo); relações com questões regionais e universais; articulação com outras áreas do conhecimento; relação entre teoria e prática; presença de exemplos;
4. atividades sugeridas: presença ou não de atividades; sequência em que as atividades eram propostas; relação das atividades sugeridas com questões teóricas apresentadas bem como com questões práticas; possibilidade de avaliação e autoavaliação; proposição de atividades coletivas;
5. comentários gerais: considerações dos participantes sobre temas e conteúdos específicos ou que não integrassem as seções anteriores. (STAUFFER E MELO, 2020, p. 217)

O exercício elaborado por esses autores será a base para a análise dos materiais encontrados, sobretudo os pontos: natureza do material, estrutura do texto e o conteúdo ofertado. Assim, ao analisar tais documentos, realizaremos uma construção reflexiva para localizar, identificar, organizar e avaliar as informações, questionando acerca do conteúdo expresso nestes materiais e suas contribuições para a qualificação dos profissionais de saúde na sua busca por atender a essas mulheres em seus direitos e suas especificidades.

De todos os documentos voltados à formação complementar do profissional da saúde, foram selecionados os documentos que faziam referência à saúde da mulher com deficiência e gestante. Esperamos que tais documentos apresentem informações relevantes que auxiliem os profissionais de saúde no atendimento às mulheres com deficiência em seu período pré-natal, visando a concretização de um **atendimento inclusivo** que possibilite e fomente a **autonomia** dessas mulheres, que não gere situações desconfortáveis à usuária, derivadas da falta de informação do profissional – sejam situações da ordem do discurso ou do manejo do atendimento. Espera-se encontrar esses conteúdos de formas descritas e ilustradas para que seja de fácil compreensão sem perder o nível de complexidade exigido em tal conteúdo.

É importante ressaltar que, como pode ser visto no Quadro 3, nos deparamos com pouquíssimos materiais educativos destinados aos profissionais de saúde, provenientes no Ministério da Saúde, sobre a temática relativa ao período pré-natal de mulheres com deficiência, possibilitando-nos, assim realizar uma análise documental crítica dos materiais disponibilizados virtualmente aos profissionais da saúde. Encontramos apenas cinco documentos de cunho educativo e um material formativo que atenderam ao parâmetro de palavras-chaves anteriormente citadas.

A seguir, apresentaremos os materiais e suas respectivas análises:

Nome da publicação (1): *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde*

Autoria: Ministério da Saúde

Ano de publicação: 2007

Síntese: Este material, classificado como uma cartilha pelo MS, conta com dezesseis (16) páginas. Inicia-se com uma apresentação do conceito de deficiência pautado no modelo biomédico da “falta”, sem levar em consideração as potencialidades²³ da pessoa com deficiência. Não apresenta uma contextualização histórica do conceito de deficiência. Não apresenta uma sinopse do material e nem referências bibliográficas.

Este é o primeiro material digital encontrado voltado à pessoa com deficiência, escrito dezoito anos após a criação do SUS e dois anos após a primeira conferência²⁴ de pessoas com deficiência. Tem por objetivo a “reabilitação da pessoa com deficiência na sua capacidade

²³ Vale destacar que Vigotski (2011) compreende a deficiência enquanto condição primária, orgânica. Seja a deficiência apresentada a partir do nascimento ou adquirida no decorrer da vida, o meio social irá encaminhar essa pessoa para maiores possibilidades ou dificuldades. A pessoa, por apresentar deficiência, cria a partir da relação social mecanismos de compensação – é isso que gera suas potencialidades.

²⁴ Este evento teve por objetivo reunir figuras de autoridade e pessoas com deficiência em prol de construir materiais que discutam acerca de um acompanhamento mais inclusivo, acessível e humanizado para a parcela da sociedade que apresenta algum tipo de deficiência.

funcional e de desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão social, bem como prevenir os agravos que determinem o aparecimento de deficiências.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 3).

O material se subdivide em: (1) A pessoa com deficiência; (2) A saúde da pessoa com deficiência; (3) Promoção da acessibilidade e inclusão social; (4) Prevenção de deficiência; (5) Reabilitação e (6) Perguntas e respostas. Este é o único material que conta com esta estrutura de perguntas e respostas que são frequentemente realizadas pelos profissionais de saúde e pelos usuários, tais como a necessidade de prótese, o que acontece se não tiver acompanhamento médico, entre outras coisas. Segundo Stauffer (2007), ao analisar as políticas públicas em torno dos materiais didáticos no Brasil, as “cartinhas de aprender a ler e escrever” foram, posteriormente, chamadas de cartilhas (denominação dada à publicação que estamos analisando). A estrutura de “pergunta/resposta” é herança dos materiais produzidos no Brasil Colônia, quando não havia materiais suficientes para o aprendizado da leitura e da escrita. Como a preocupação existente à época era converter os nativos, a estrutura de “pergunta/resposta” facilitava o aprendizado. Tal formato perdura em muitas publicações até os dias de hoje. É sob a validação da cartilha enquanto um documento de ensino que os trouxemos para avaliação, tendo em vista que promove acesso a conteúdos informativos tanto ao profissional da saúde, quanto ao usuário.

Este material foi lançado com o intuito de esclarecer o que caracteriza uma pessoa com deficiência, e como se aplica os direitos à inclusão desta população.

A inclusão prevê a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidade, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida com qualidade, sem exclusões. Quanto maior a convivência, sem discriminações, maior a inclusão. Por meio do relacionamento entre os indivíduos diferentes entre si, previsto na sociedade inclusiva, é que se constrói e se fortalece a cidadania. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 8)

O discurso sobre inclusão é ressaltado neste documento acerca da saúde de pessoas com deficiência. Como diz Lunardi (2012), inclusão e exclusão são face de uma mesma moeda, ou seja, como vivemos em uma sociedade capitalista que tem por princípio os mecanismos de exclusão, precisamos falar de inclusão. Enfatiza que para haver inclusão se faz necessário superar as discriminações e possibilitar a convivência entre todos. No entanto, a inclusão não se refere apenas ao aspecto comportamental entre os indivíduos, mas necessita também que haja políticas públicas, ações e estratégias que efetivem uma vida plena, evitando-se a heteronomia imposta às pessoas com deficiência.

Como dito anteriormente, para se efetivar a inclusão há que se ter condições estruturais para que esta se efetive e, assim, no trecho destacado a seguir, é salientada a importância de que as unidades de saúde forneçam ajudas técnicas, explicando o que estas significam e visando a autonomia da pessoa com deficiência.

A acessibilidade tem como objetivo permitir um ganho de autonomia e de mobilidade a uma gama maior de pessoas, inclusive àquelas que tenham reduzido a sua mobilidade ou dificuldade em se comunicar, para que usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade. Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão social, é de fundamental importância que as unidades de saúde disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. Também é necessário que essas unidades de saúde forneçam ajudas técnicas que são produtos, instrumentos, equipamentos ou tecnologia adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo a autonomia pessoal, total ou assistida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 8)

O que queremos destacar é que, se inicialmente o texto fala da relação interpessoal e de se instituir uma outra cultura para que haja inclusão, no decorrer do texto é esclarecido que há também componentes materiais para que a inclusão ocorra – sendo este processo uma construção permanente da sociedade.

A forma na qual os profissionais de saúde podem conduzir o atendimento à mulher com deficiência sequer consta em seus escritos, ainda que o seu enfoque seja a saúde da pessoa com deficiência. Este documento conta com uma apresentação generalista do que é uma pessoa com deficiência e o seu direito à acessibilidade. É importante salientar que neste momento histórico, a luta da pessoa com deficiência já estava em pauta em congressos. No entanto, tais conteúdos não são socializados junto ao profissional de saúde neste documento, invisibilizando a saúde da mulher com deficiência.

Apesar disso, este material cumpre com o seu primeiro objetivo proposto que é esclarecer os direitos das pessoas com deficiência. O segundo objetivo, no entanto, que se refere ao atendimento da pessoa com deficiência na prática do serviço, e encontramos informações superficiais a esse respeito. O material poderia ter utilizado as conferências das pessoas com deficiência para enriquecer seus conteúdos e não apenas “pincelar” informações básicas que, apesar de importantes, poderiam ser aprofundadas, visto já se ter tais informações construídas em nossa história enquanto humanidade.

É importante ressaltar que o referido texto se trata de um documento anterior à LBI, assim, ainda carrega uma abordagem mais centrada na reabilitação, ainda que de forma positiva. Mas, ao que diz respeito a um primeiro lançamento, ainda que tardio, esse material apresenta um conteúdo interessante para o profissional de saúde ir se apropriando da temática, assim como para a usuária ter a ciência da forma que a pessoa com deficiência pode ocupar o seu

espaço na saúde, e qual o papel da atenção básica e os meios de se chegar até este serviço. A estrutura de seu texto é clara e de fácil compreensão – não apenas pelo esclarecimento do papel do profissional e os direitos da usuária, mas pela forma didática em que ele apresenta o seu conteúdo.

Esse documento explicita a importância da formação e da capacitação dos profissionais de saúde, contudo, não apresenta que tipo de capacitação se é necessária ou sequer o próprio documento oferta informações para essa capacitação, visto que promove um diálogo mais direcionado aos usuários. Assim, a cartilha tem por leitor ideal e primordial a pessoa com deficiência, buscando orientá-la a entender o papel da atenção básica e os meios de acessá-la.

Nome da publicação (2): *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*

Autoria: Ministério da Saúde

Ano de publicação: 2010

Síntese: Este material conta com vinte (20) páginas, apresentadas de forma descritiva, em folha dupla, voltada aos profissionais de saúde. Tece uma breve apresentação de leis e portarias voltadas às pessoas com deficiência, apresentando referências bibliográficas. Apesar de ser um material muito importante para o registro histórico, a dinâmica da sua estruturação digital requer uma atenção redobrada do(a) leitor(a), pela disposição desordenada de sua estrutura (a paginação não está sequenciada). Traz imagens em sua capa a imagem de uma criança em tons verdes e, em plano de fundo de suas laudas, a bandeira do Brasil.

O material tem por objetivo promover, defender e garantir as condições de vida, assim como a emancipação de pessoas com deficiência. Surge dois anos depois do primeiro material voltado para pessoas com deficiência. Faz sua explanação de forma textual, voltada aos profissionais de saúde, assim como às pessoas com deficiência, a fim de que possam reconhecer seus direitos. Enuncia o contexto histórico da pessoa com deficiência, dividida nos seguinte tópico: (1) Apresentação; (2) Pessoa com deficiência no Brasil; (3) A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; (4) Para que aconteça; (5) Principais causas da deficiência e sua evitabilidade.

Inicia-se apresentando ao(à) leitor(a) algumas leis, como a Constituição Federal de 1988, com destaque para as Leis nº 7.853/89²⁵, nº 8.080/90²⁶, nº 10.048/00²⁷, nº 10.098/00²⁸, entre outras. Saliento que para tal documento a conceituação de deficiência deixa de se pautar somente no modelo biomédico para incorporar a compreensão sobre a deficiência em relação ao meio social em que vive, ou seja, ao meio ambiente e às atitudes da comunidade. Dessa forma, a deficiência não se resume ao aspecto orgânico, mas ao apoio necessário que a comunidade pode ofertar ou inviabilizar.

Apresenta também informações voltadas aos profissionais da saúde, salientando as atualizações dos direitos da pessoa com deficiência, dando visibilidade também aos primeiros passos da luta de pessoas com deficiência pelo seu direito à inclusão social.

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade [...] Tais documentos ressaltam o direito das pessoas com deficiência a terem oportunidades iguais, para usufruírem as melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4)

Um dado importante que não apareceu no documento anterior é trazer à luz o quantitativo de pessoas com deficiência que tínhamos em nosso país. Segundo os dados do IBGE (2000), o percentual de pessoas com deficiência era de 24,6 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. Neste material, consta uma maior abrangência de detalhes dos direitos da pessoa com deficiência, assim como outros pontos importantes, tais como: 1. Promoção da qualidade de vida; 2. Prevenção de Deficiências; 3. Atenção Integral à Saúde; 4. Melhoria dos Mecanismos de Informação; 5. Capacitação de Recursos Humanos; 6. Organização e Funcionamento dos Serviços, constituindo-se como um diferencial do material anterior:

No que se refere à promoção da qualidade de vida, podemos observar a importância do meio social para a promoção do processo de inclusão de pessoas com deficiência, tal como podemos ler a seguir: “é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social

²⁵ Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

²⁶ Lei Orgânica da Saúde.

²⁷ Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

²⁸ Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 8).

No tópico que se refere à atenção integral à saúde, é importante a afirmação de que pessoas com deficiência têm direitos a usufruir nos espaços de saúde, assim como o direito à reabilitação – que neste documento é posta de uma forma humanizada, como um caminho a ser tomado para que pessoas com deficiência sejam incluídas nos espaços.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. [...]. Não se pode esquecer que há homens e mulheres com deficiência em todas as faixas etárias, devendo bebês, crianças, jovens e adultos serem acolhidos em todas as Unidades de Saúde e terem respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 9 e 10)

No tange à capacitação de recursos humanos, que é um dos principais pontos desta pesquisa, ressalta a importância dos profissionais de saúde se manterem qualificados para que haja o aprimoramento das políticas públicas por meio das relações desenvolvidas, resultando em um atendimento qualificado. Outro ponto importante apresentado se refere ao embate com o Ministério da Educação para que essa formação de profissionais da saúde seja realizada em sua base formativa.

Busca-se, com o Ministério da Educação, a inclusão de disciplinas e conteúdo de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde, bem como o fomento de projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber. Outro foco de desenvolvimento e capacitação são os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no País. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 13)

Esta é uma das problemáticas existentes na formação dos profissionais de saúde que têm seus currículos aprovados pelo Ministério da Educação sem haver a interlocução com as necessidades do sistema de saúde. Dessa forma, se torna cada vez mais difícil a efetivação de políticas intersetoriais que se expressam desde o início da formação destes profissionais.

O referido documento apresenta ao profissional de saúde um olhar humanizado²⁹ para os atendimentos voltados à pessoa com deficiência, assim como a valorização do preparo

²⁹ ‘Humanização’, assim, em sua gênese, indica potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente. Para esta capacidade se exercer é necessário o encontro com um ‘outro’, estabelecendo com ele regime de trocas e construindo redes que suportem diferenciações. Como o trabalho em saúde possui “natureza eminentemente conversacional”, entendemos que a efetivação da ‘humanização’ como política de saúde se faz pela experimentação conectiva/afectiva entre os diferentes sujeitos, entre os diferentes processos de trabalho constituindo outros modos de subjetivação e outros modos de trabalhar, outros modos de atender, outros modos de gerir a atenção (PEREIRA e BARROS, 2008, p. 245).

profissional no trato com essa população, tendo em vista a valorização da capacitação profissional e a qualidade de vida.

No que se refere à saúde da mulher, começa a ser discutida de forma superficial, apenas sendo relatada como um direito, sem suas especificidades. Apresenta um indicativo de avanço e um diferencial, se comparado ao documento anterior, pela forma como é explicitado ao(à) leitor(a) um olhar humanizado em relação à pessoa com deficiência e que elas podem ser sujeitas com potencialidades.

Outro importante aporte foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF)³⁰, em 2001, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, ao invés de valorizar as incapacidades e limitações. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 4)

Observa-se que há uma ênfase no modelo social da deficiência, ou seja, se faz necessário que a sociedade crie os apoios necessários nos ambientes para que as potencialidades sejam destacadas, não focando as incapacidades e as limitações.

O material cumpre o objetivo proposto de forma didática. É importante ressaltar, a ausência de materiais ilustrativos, questionadores e provocativos – que incentivem o profissional de saúde à constante busca pelo aprimoramento de seu conhecimento na temática. Destaca-se, ainda, que não se é abordado nada a respeito dos direitos de mulheres com deficiência em seu período gestacional, tal como não menciona a importância de se contribuir para a constituição da autonomia desta população, ainda que se apresente um olhar humanizado.

Nome da publicação (3): *Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco Atenção Básica*

Autoria: Ministério da Saúde

Ano de publicação: 2013

Síntese: Este material conta com

trezentos e vinte (320) páginas que apresenta o seu conteúdo através da escrita. Tem por objetivo a qualificação de profissionais que atuam na área materno-infantil. Apresenta em sua capa a imagem do que se supõe ser uma família em frente à UBS. Sendo voltada primordialmente aos profissionais de saúde que trabalham junto a gestantes, ele conta com algumas imagens que auxiliam o profissional de saúde em seus atendimentos no trato de exames que apliquem o contato físico.

³⁰ Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Este material tem por base a Rede Cegonha, que busca realizar um acompanhamento do pré-natal, parto, pós-parto e puerpério de mulheres, de forma humanizada, assim como o monitoramento do seu desenvolvimento. Apresenta, ainda, alguns tópicos principais para o desenvolvimento do acompanhamento ao pré-natal de mulheres, destacando os princípios da Rede Cegonha:

- Humanização do parto e do nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidência;
- organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS);
- acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção;
- vinculação da gestante à maternidade;
- gestante não peregrina;
- realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 15)

O intuito de tal documento é prestar apoio ao profissional da Atenção Básica no que se refere à qualificação do cuidado ao qual será prestado às usuárias da Rede Cegonha. Conforme pode ser lido no trecho a seguir: “Este caderno está inserido no âmbito do componente pré-natal da Rede Cegonha como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de Atenção Básica (eAB) na qualificação do cuidado e na articulação em rede.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 15).

Este *Caderno* apresenta um sumário para auxiliar ao(à) leitor(a) acerca do conteúdo exposto, a saber: (1) O pré-natal; (2) Avaliação pré-concepcional; (3) A importância da assistência ao pré-natal; (4) Organização dos serviços, planejamento e programação; (5) Atenção pré-natal; (6) Intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes; (7) Assistência ao parto iminente; (8) Assistência ao recém-nascido; (9) O Pós-parto e (10) Aspectos legais e direitos da gestação.

Tal documento, salienta a importância do pré-natal para que haja um satisfatório desenvolvimento gestacional, assim como, a manutenção da saúde da gestante e do recém-nascido. “O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 33).

No que se refere ao tópico acolhimento, podemos ver a busca pela humanização do atendimento às usuárias, assim como a aproximação da relação usuária-profissional com o objetivo de se ter uma maior adesão ao acompanhamento gestacional. Estes tópicos iniciais poderiam nos conduzir a ver o presente documento como os primeiros passos de orientações

para que o profissional da saúde extraísse aprendizados que pudessem ser realizados também junto às mulheres com deficiência ao salientar que:

O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, garantindo a atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e, quando necessário, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente. A história de vida e o contexto de gestação trazidos pela mulher durante a gravidez devem ser acolhidos integralmente a partir do seu relato e da fala de seu parceiro. Tal contexto implica mudanças nas relações estabelecidas entre a mulher e a família, o pai e a criança. Além disso, gera mudanças na relação da gestante consigo mesma, no modo como ela entende seu autocuidado, bem como modificações em como ela percebe as mudanças corporais, o que interfere muitas vezes no processo de amamentação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 39)

O texto aborda os cuidados referentes ao período gestacional, mas a mulher com deficiência não é citada em nenhum dos tópicos específicos. Para um caderno desta magnitude, que visa auxiliar o profissional de saúde na condução do pré-natal, a mulher com deficiência é invisibilizada e inferiorizada, sendo citada apenas em um momento, mas de forma subjugada.

Critérios para a identificação de fatores de risco para o recém-nascido:
Para a identificação de fatores de risco para o RN, seguimos os seguintes critérios:
Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família (assim como histórico de RN de mãe portadora de HIV);
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais dos critérios mostrados a seguir):

- Família residente em área de risco;
- RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade);
- RN de mãe analfabeta; **RN de mãe portadora de deficiência** ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança;
- RN de família sem fonte de renda;
- RN manifestamente indesejado. Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicite a avaliação médica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 263; grifo nosso)

Este material não evidencia cuidados relacionados ao período de gestação de mulheres com deficiência, sendo citadas apenas para desqualificar o seu lugar de autonomia. Sendo posto em um patamar equivalente a usuários de drogas, a mãe com deficiência é considerada como um fator de risco ao seu recém-nascido. Apesar de trazer os princípios da Rede Cegonha, ao considerar a mulher com deficiência, apresenta um discurso que retroage no processo de humanização e inclusão da mulher com deficiência, sendo ela colocada como inapta a exercer o seu direito à maternidade. O discurso impresso nesse material não promove avanços no que tange a mulheres com deficiência em período de pré-natal – ainda que seja um documento

voltado a esse período da vida da mulher–, visto que a mulher com deficiência aparece apenas para ser citada como um risco ao seu recém-nascido e incapaz de ser responsável por este em seus primeiros momentos de vida. Essa forma de construir tal discurso demonstra o quanto o capacitismo também faz parte da estrutura da forma como se organiza a nossa sociedade.

Salienta-se também que, apesar de apresentar uma linguagem técnica, com dados e comprovações de pesquisas, que sugere ter como “leitor(a) ideal” o profissional da saúde, também pode ser um material acessado por um determinado grupo da população, provavelmente com escolaridade mais avançada, devido à linguagem utilizada para abordar informações relacionadas à gravidez.

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 55-56)

Consideramos, portanto, que esse material presta um desserviço ao profissional de saúde no que se refere ao atendimento de mulheres com deficiência e suas especificidades, à medida em que não lhe dá elementos para abordar as suas especificidades, além de vincular uma imagem preconceituosa da mulher com deficiência, tendo o seu enfoque no modelo biomédico, sendo este um retrocesso nas conquistas de pessoas com deficiência para que sejam vistas de acordo com o modelo social.

Nome da publicação (4): *Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher*

Autoria: Ministério da Saúde

Ano de publicação: 2016

Síntese: Este material conta com duzentos e trinta e uma (231) páginas, apresentadas a partir de texto escrito, gráficos e algumas imagens ilustrativas. Em sua capa traz uma imagem abstrata em tons de roxo. Apresenta um sumário para auxiliar ao leitor acerca do conteúdo exposto, com

os seguintes temas: (1) Atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres; (2) Atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno; (3) Planejamento reprodutivo; (4) Prevenção de câncer de colo de útero; (5) Prevenção do câncer de mama; (6) Atenção às mulheres no climatério e (7) Atenção às mulheres em situação de violência sexual e/ou domésticas/intrafamiliar.

O material tem como objetivo:

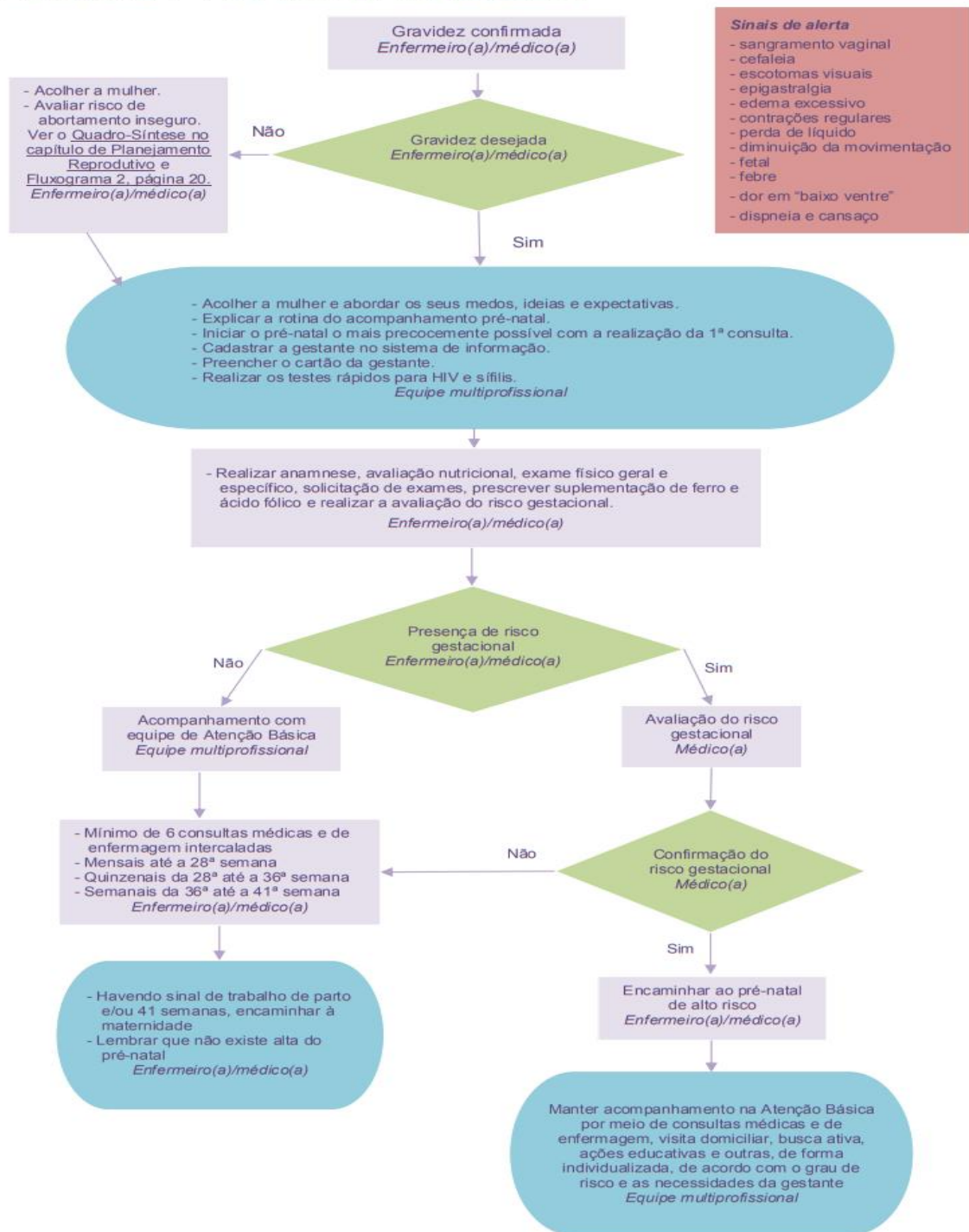
Ampliar a resolatividade das equipes de saúde, proporcionando ampliação do escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais [...] Os Protocolos da Atenção Básica (PAB) têm enfoque clínico e de gestão do cuidado, e servem como subsídio para a qualificada tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, de acordo com aspectos essenciais à produção do cuidado na AB”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p.11)

Apresenta ao leitor a importância se ter flexibilidade no seu olhar frente à usuária, para que possa realizar um atendimento qualificado, visto que vivemos um país com diferentes classes sociais. Não apresenta a diversidade de cenários vivenciados por esta população, contudo incentiva o profissional a conhecer a realidade de suas usuárias, para que assim, seja possível ofertar um atendimento humanizado de acordo com a realidade a qual a usuária é inserida.

Desse modo, os protocolos devem ter flexibilidade para reconhecer um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e possíveis adequações às distintas realidades do Brasil. Seu propósito não é abarcar todas as possibilidades de arranjos e práticas de cuidado em saúde, nem nos demais níveis de atenção, mas trazer ofertas para o fortalecimento da Atenção Básica como importante ponto de atenção – de coordenação do cuidado e porta de entrada preferencial no sistema –, que opera dentro de um arranjo maior de Redes de Atenção à Saúde, a fim de ampliar o acesso, melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, com uso racional dos recursos do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 11)

Aponta a importância do envolvimento dos profissionais de saúde para o sucesso no acompanhamento do pré-natal, assim como, fornece um fluxograma que se parece a um Procedimento Operacional Padrão (POP) de como deve ser a conduta³¹ profissional durante o acompanhamento gestacional, conforme podemos ver no fluxograma a seguir:

³¹ Para mais informações consultar o *Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher* (página 64 a 69), em que se conta o Quadro-síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco, com o direcionamento que deve ser realizado para a Avaliação global e Plano de cuidado.

Fluxograma 1 - Pré-Natal na Atenção Básica^{2, 7}

Fonte: Ministério da saúde, 2016, p. 70

Ainda que seja um documento voltado exclusivamente para a saúde da mulher, a mulher com deficiência não aparece em seus escritos no que tange à sua vida sexual e ao seu processo gestacional, e tal invisibilidade não promove ações para que a mulher com deficiência tenha

seus direitos garantidos. No entanto, o referido *Protocolo* afirma que a mulher com deficiência deve ter o seu acesso à saúde garantido, conforme podemos ler no trecho extraído:

Aponta-se, ainda, para o fortalecimento das ações voltadas a mulheres historicamente excluídas das políticas públicas, como forma de garantir legitimidade às suas necessidades e especificidades. Nesse sentido, é necessário garantir acesso aos serviços, respeitando a diversidade cultural, sexual, étnica e religiosa, contribuindo para a construção da autonomia de mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, índias, ciganas, do campo e da floresta, em situação de rua e privadas de liberdade, em todas as fases da vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 12)

O *Protocolo da atenção básica: saúde da mulher*, reconhece a invisibilidade vivenciada por essa população, contudo, não a promove a sua inclusão. Na medida em que tal reconhecimento sobre a realidade vivenciada pela mulher com deficiência, não é o suficiente para que os profissionais de saúde saibam a forma de conduzir o seu atendimento de acordo com as suas especificidades. Como garantimos o direito à saúde se não discutimos as especificidades e questões ligadas às pessoas com deficiência que chegam aos serviços de saúde?

O documento retoma o tópico sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco – assim como o documento mencionado anteriormente – e os acometimentos a esse período da vida da mulher. Valoriza ainda a importância de se ter UBS acessível e mantém em evidência as especificidades desse grupo populacional.

Consideramos que o presente material atinge seu objetivo, apresentando uma linguagem didática, materiais demonstrativos e evidenciando a importância da saúde da mulher. No entanto, avaliamos que os grupos historicamente e estruturalmente excluídos de nossa sociedade continuam a ser vulnerabilizados e, devido a isso, o documento cita que deve haver maior cuidado e atenção no processo de rastreamento.

Importante destacar a necessidade de facilitar ao máximo o acesso de mulheres dentro da faixa etária preconizada para as ações de rastreamento aos serviços de saúde³². Com esse objetivo, cada localidade deve planejar seus processos de trabalho, incluindo estratégias que podem envolver a flexibilização da agenda das equipes para as ações de rastreamento, a realização de busca ativa nos domicílios e espaços comunitários, e a solicitação de mamografia de rastreamento por parte de médicos e enfermeiros. Essas estratégias se tornam ainda mais relevantes para grupos que historicamente têm mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou que apresentam maiores vulnerabilidades e singularidades, como mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, transexuais, mulheres negras, indígenas, ciganas, mulheres do campo, floresta e águas, em situação de rua, profissionais do sexo e mulheres privadas de liberdade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 188)

³² Faixa etária delimitada em mulheres em idade reprodutiva.

Apesar dessas observações extremamente relevantes, deveria ser ofertado uma qualificação mais aprofundada aos profissionais da saúde, a fim de que possam viabilizar no cotidiano do trabalho em saúde um cuidado e uma atenção específica a essa miríade de especificidades, não só no processo de rastreamento, mas em todo o processo de assistência e cuidado à saúde das mulheres.

Nome da publicação (5): *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas*

Autoria: Ministério da Saúde

Ano de publicação: 2019

Síntese: Este material conta com oitenta e quatro (84) páginas, apresentadas a partir de texto escrito, com algumas imagens na capa de uma pessoa com deficiência física e, ao decorrer do texto, com imagens de mulheres com deficiência, ademais, imagens ilustrativas destinadas aos profissionais de saúde. Apresenta um sumário para auxiliar ao(à) leitor(a) acerca do conteúdo exposto, com os seguintes tópicos: (1) Introdução; (2) Acessibilidade e (3) Atenção Integral à Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida. Conta com uma apresentação do guia, criado através da iniciativa da Coordenação Geral de Saúde da Pessoas com Deficiência, assim como a colaboração de profissionais e pesquisadores especialistas em reabilitação

O objetivo deste guia é “fornecer orientações aos profissionais de saúde para qualificar o cuidado e o acesso das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida à atenção integral à saúde, ao longo do seu ciclo de vida, nos diferentes pontos de Atenção da Rede do SUS” (Ministério da Saúde, 2019, p. 7). Apresenta de forma breve os principais marcos históricos da luta da mulher com deficiência, sendo este o primeiro documento a abordar de forma clara, o movimento de luta para a conquista de seus direitos.

Este documento apresenta um olhar humanizado voltado às mulheres, abordando seus direitos sexuais e reprodutivos, que historicamente foram invisibilizadas, como parte da luta por ter o seu espaço reconhecido.

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, a fim de reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, melhorando o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; promovendo o acolhimento e escuta qualificada das demandas pelas equipes de saúde, as quais devem buscar o uso de tecnologia apropriada a cada caso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 28)

Assim como outros documentos, este guia não foge da temática acessibilidade, e seus tipos de acessibilidade³³, aponta esta como um direito universal das pessoas. “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” (p. 21). Neste cenário, podemos perceber que a acessibilidade é compreendida como um caminho ao qual devemos percorrer para que seja possível alcançarmos a inclusão dessas mulheres na saúde.

Outro ponto importante neste documento se refere às perguntas que levam o profissional de saúde a pensar sobre a não adesão de mulheres aos cuidados em saúde, tal como se pode ler a seguir:

- As mulheres sentem-se acolhidas quando chegam ao serviço de saúde?
- O acolhimento é realizado de forma a considerar a especificidade da deficiência, seja ela a surdez, a cegueira, a física ou a intelectual?
- As mulheres são devidamente orientadas sobre o caminho para chegar ao serviço e/ou ao atendimento, sala de exames, laboratório, sala de vacina, etc? Elas são acompanhadas por algum membro da equipe?
- O serviço conta com estrutura arquitetônica acessível, como por exemplo, rampa na entrada de acesso ao serviço; balcão da recepção rebaixado para atender pessoas em cadeiras de rodas e pessoas de baixa estatura.
- O serviço possui cadeiras à disposição na recepção para pessoas com mobilidade reduzida? (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 201, p. 26)

Esses apontamos são de grande valia para que mulheres com deficiência tenham o seu direito assegurado, dada a importância de se humanizar a assistência a essa população de acordo com as suas especificidades. Também ressaltamos a importância de se realizar um rastreamento nos territórios para que, caso essas mulheres não consigam chegar até as UBS, os serviços de saúde chegam até elas.

As especificidades da mulher com deficiência devem ser consideradas, pois existem diversos aspectos da vida e da saúde da mulher que precisam e devem ser cuidados independente da deficiência que apresentem. Portanto, o reconhecimento das necessidades específicas da mulher com deficiência é fundamental para a organização do cuidado e das atividades a serem propostas, em toda a rede de atenção à saúde, destacando-se o papel da Atenção Básica na identificação desse sujeito através do mapeamento em determinado território. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 30)

Podemos ler neste documento algumas orientações relativas ao cuidado às gestantes com deficiência em seu período de pré-natal. Tais orientações vão além da importância da acessibilidade, mas também trabalham em prol da inclusão. Explicita, assim, a forma como o profissional da saúde pode/deve realizar um atendimento inclusivo para que a pessoa com deficiência exerça sua autonomia, como podemos ler a seguir:

Dessa forma é imprescindível que profissionais e serviços em toda a rede de atenção à saúde dediquem esforços para a contínua efetivação dos direitos sexuais e direitos

³³ Acessibilidade Arquitetônica; Acessibilidade Atitudinal e Acessibilidade Comunicacional.

reprodutivos das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, de modo que elas exerçam sua sexualidade livre de imposições, violência ou discriminação, com autonomia e liberdade sobre seus corpos em todas as fases da vida, desfrutando de uma vida agradável e segura baseada na autoestima e com respeito mútuo nas relações sexuais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 15)

Importante ressaltar que o *Guia* alerta sobre a violência obstétrica sofrida por esse grupo populacional, que não foge das violências sofridas por outras mulheres.

Na assistência a mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, a violência obstétrica é retratada com negação do direito à maternidade; negação de sua sexualidade; julgamentos, chacotas e piadas; falas infantilizadas para se referir à mulher; desrespeito do direito à acessibilidade da informação durante o acompanhamento pré-natal, parto e aborto; restrição da participação da mulher no parto; cesáreas desnecessárias e indesejadas; laqueadura sem consentimento; quebra de sigilo e da confidencialidade; descaso nas situações de violência física, psicológica e sexual; descaso sobre o direito ao planejamento reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana (IST/HIV/Aids); barreiras físicas para o acesso ao serviço de saúde; falta de acessibilidade para marcação de consultas e realização de exames. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 33 e 34)

Neste sentido, Mello (2014) apontou que a temática de violência contra mulher com deficiência não é um assunto que tenha ênfase nas discussões, voltadas à violência contra mulher, em decorrência das exclusões capacitistas e sexistas vivenciadas por essa população.

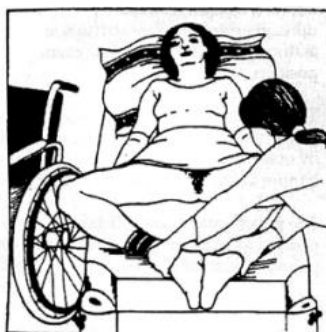
O presente documento, constituído com uma linguagem acessível, traz à luz as problemáticas de saúde mais comuns entre mulheres com deficiência. Aborda, em seguida, as medidas que devem ser tomadas pelos profissionais descritas e ilustrada, tendo (na página 53), demonstrando-se ao profissional de saúde a forma na qual a mulher deve estar posicionada para a realização de exame ginecológico. As demais imagens (nas páginas 11, 22, 29, 44, 50, 56 e 74) ilustram mulheres com deficiência em seu cotidiano, facilitando a compreensão do profissional da saúde, conforme podemos ler no trecho destacado:

No quadro abaixo, estão algumas orientações correspondentes às principais, ou mais comuns, manifestações clínicas relacionadas à mulher com deficiência e mobilidade reduzida. Outros problemas clínicos podem ser identificados durante avaliação do profissional de saúde e devem ser tratados com base em evidências clínicas/científicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 46)



Fonte: Arquivo da Associação para Profissionalização, Orientação e Integração do Excepcional - APOIE

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 50



Fonte: Table Manners and Beyond, 2001



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 53

<i>Problemas clínicos mais comuns</i>	<i>Causas</i>	<i>Cuidados/orientações</i>
Úlcera de pressão ou decúbito	Imobilidade, alteração ou perda da sensibilidade, paralisia, desnutrição, alterações da circulação sanguínea e espasticidade.	Estratégias preventivas como inspeção periódica da pele, principalmente proeminências ósseas, utilização de dispositivos (Ex: travesseiros) para promover conforto e estabilidade quando necessário. Evitar longos períodos na mesma posição.
Vaginites	Umidade crônica e irritação na região labial relacionada ao tempo prolongado na mesma posição (Ex: sentada quando utilizam cadeira de rodas). Mulheres que fazem terapia com corticosteroide, ou que tenham deficiência relacionada a diabete, também tem predisposição a vaginites.	Evitar deixar a pele úmida em contato com fezes e urina por períodos longos. Manter a higiene íntima, realizar limpeza de frente para trás, imediatamente após lavagem ou banho secar cuidadosamente, evitar produtos que alterem o PH e fazer uso exclusivo de roupas íntimas.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 47

Problemas clínicos mais comuns	Causas	Cuidados/orientações	Problemas clínicos mais comuns	Causas	Cuidados/orientações
Disfunção sexual feminina	Dor, perda da sensibilidade ou da sensação erógena na área afetada, Atrofia Vaginal.	Orientação sobre saúde sexual e saúde reprodutiva (métodos contraceptivos, posições adequadas e confortáveis), avaliação e assistência com foco nas necessidades relacionadas à sexualidade e planejamento familiar.	Traumas de repetição, como por exemplo, as luxações (desencaixe total da articulação) ou subluxações (desencaixe parcial da articulação), tendinites, tenossinovites, entorses articulares.	Maior extensibilidade e/ou flexibilidade articular.	Avaliação com equipe multi e interdisciplinar para definição da intervenção e/ou ações para o cuidado em saúde.
Infecção do trato urinário ou Incontinência urinária.	É mais comum em mulheres com deficiência, ou alterações neurológicas, perda do controle urinário e ostomizadas.	Orientação quanto à prevenção e manejo adequado, atenção especial a usuárias de bolsa de urostomia. Encaminhamento a profissional especialista para uma avaliação urodinâmica e indicação de tratamento adequado. Estimular consumo de líquidos	Osteoporose	Predisposição na pós-menopausa, Baixa Densidade Mineral Óssea - DMO, comprometimento da resistência óssea.	Abordagem para prevenção de quedas, fraturas e deficiências secundárias. Ajustes no ambiente para diminuição dos riscos de queda. Monitoramento periódico da DMO, principalmente em mulheres idosas. Adoção de hábitos e alimentação saudável para coibir a perda óssea.
Disfunção urinária ou Disfunção intestinal	Fatores nutricionais ou fatores provenientes da deficiência	Requer atenção aos hábitos alimentares e da rotina de excreção. Além de orientação quanto a bons hábitos, se for identificada anormalidades, é indicado encaminhamento ao especialista.	Osteoartrose precoce, seguidas de dor	Condição proporcionada por defeito genético do colágeno, que afeta, predominantemente, as mulheres.	Evitar imobilização prolongada das articulações afetadas, proporcionar posições confortáveis quando necessário. Realizar movimentos leves dentro da amplitude de movimento, de forma ativa ou passiva, diariamente.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 48 e 49.

Avaliamos que o referido *Guia* é um documento que apresenta tópicos importantes da trajetória de luta de mulheres com deficiência, os processos de violências sofridos, entre outros temas. Evidencia-se, entre eles, a abordagem do manejo clínico, que é um tópico voltado aos profissionais de saúde e lhes auxilia nesse processo de atendimento pautado na política de inclusão.

A política de inclusão, qualificação e ampliação do acesso à saúde da pessoa com deficiência no Brasil implementada pelo Ministério da Saúde, tem como uma das características reconhecer as necessidades e demandas, assim como estruturar e articular toda uma rede de atenção à saúde com a finalidade de responder às especificidades que envolvem ações e estratégias em saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p 46).

Além disso, recomenda ao profissional outros materiais para que os seus conhecimentos sejam aprofundados³⁴. Ressalta-se também que apresenta instruções que podem auxiliar o profissional em seus atendimentos, conforme destacamos a seguir.

O que os profissionais de saúde precisam saber para o atendimento clínico-ginecológico das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida:

- Perguntar à mulher o que pode ser feito para que o exame ginecológico seja confortável;
- Perguntar se mulher ficará mais tranquila com a presença de um/uma acompanhante ao lado da mesa para evitar uma possível queda da mesa ginecológica;
- Perguntar qual a melhor posição ou posicionamento para realização do exame ginecológico. Algumas mulheres podem ter dificuldade de ficar muito tempo na posição ginecológica tradicional. Oferecer a possibilidade para que ela possa indicar uma posição mais confortável durante o exame. Algumas posições alternativas são: deitada de barriga para cima com os pés na mesa ginecológica, deitada de lado com as pernas dobradas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 52)

É importante salientar que o referido *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* trata, como um todo, o quão importante é para o acompanhamento pré-natal e puérpero de mulheres com deficiência que o profissional de saúde tenha atenção às condições de suas especificidades de gestante.

é importante que o/a profissional de saúde fique atento/a ao cenário que circunda essas vulnerabilidades que aparecem, por exemplo, nas dificuldades enfrentadas pelas mulheres com deficiência e mobilidade reduzida para exercerem sua autonomia na vida cotidiana, nos obstáculos para a vivência de sua sexualidade, da maternidade, na falta de acessibilidade física, comunicacional e atitudinal nos serviços, no acesso aos dispositivos de tecnologia assistiva e equipamentos de saúde e no acesso à escolarização e qualificação profissional formais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p.13)

Esse é um dos raros materiais que contempla a justificativa deste trabalho: visibilizar o direito à saúde da mulher com deficiência, atendendo não só o objetivo central do próprio documento, mas também com o movimento por políticas de inclusão social.

Nome da publicação (1): *Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência*

Autoria: Universidade Aberta do Sistema Único da Saúde

Modalidade: Atualização – Acessado em Junho de 2023

Síntese: Este material não se constitui num material único, como cartilha, um informativo, mas sim um curso com 17 módulos que visam qualificar o profissional da saúde no que tange ao cuidado e ao acesso ao sistema de saúde pelas mulheres com deficiência. Apresentado através de slides e pequenos vídeos de conteúdos ligados a hipotéticas situações que poderiam ser

³⁴ Para mais informações: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde, 2015. Protocolo para Utilização do Levonorgestrel. Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n. 26 - Saúde sexual e saúde reprodutiva, Ministério da Saúde, 2013, p. 58-59.

vivenciadas por mulheres com deficiência, o presente curso conta com ilustrações de pessoas com deficiência voltadas a auxiliar um maior esclarecimento do profissional de saúde no decorrer de sua apresentação. É um curso gratuito que realiza sua abertura e fechamento sem uma data definida, e busca, periodicamente, realizar a atualização do conteúdo a ser estudado.

Neste curso de atualização profissional é apresentado ao trabalhador situações que podem ocorrer em seu cotidiano, indicando a melhor conduta a ser adotada por ele. Pauta-se em conteúdos como situação de negligência familiar, educação sexual e situações ligadas às violências institucionais. Ao final da apresentação dos materiais é solicitado ao profissional que responda algumas perguntas para que seja testado o seu conhecimento e o nível de absorção dos conteúdos.

A ausência de mais informações deste curso se dá pelo período ao qual essa análise fora construída, estando o curso em seu processo de atualização – o que não nos permitiu um grande aprofundamento analítico. No entanto, não poderia ser descartado a sua apresentação ainda que de forma breve, para que pudéssemos salientar a existência de tal material e sua importância para continuarmos a caminhada rumo a uma saúde inclusiva para todos, todas e todes.

3.1 O QUE FOI POSSÍVEL APRENDER?

Após a análise dos cinco (5) documentos publicados pelo Ministério da Saúde e de um (1) curso voltado aos profissionais de saúde, podemos observar os avanços e retrocessos em relação à temática da saúde da mulher com deficiência em seu período de pré-natal.

Esperávamos encontrar materiais que possibilitassem não apenas o processo de acessibilidade de mulheres com deficiência, mas sim, formas de incluir a mulher com deficiência, em especial no seu período de pré-natal. Buscava-se encontrar conteúdos que pudessem auxiliar o profissional de saúde sobre a abordagem mais adequada a essas mulheres, a forma mais assertiva de conduzir o seu atendimento, assim como, formas de orientar essa mulher que em breve será mãe.

Nos documentos apresentados, buscamos os seguintes eixos de análise: acessibilidade, inclusão, autonomia e reabilitação. O critério de seleção de tais eixos de análise se deu pela presença contínua desses termos, não apenas nos documentos educativos aqui analisados, como também em documentos que visam abordar os direitos sociais de pessoas com deficiência, ressaltando, assim, a sua relevância para debates que visam a qualificação profissional permanente, em sua busca de realizar atendimentos inclusivos. Para tanto, esperava-se encontrar na acessibilidade um caminho para atingirmos a inclusão, visto que a acessibilidade,

ainda que tenha apresentado avanços ao longo dos anos no âmbito da saúde, não é o bastante para que pessoas com deficiência tenham seus direitos garantidos socialmente assim como o direito a escolha e de livre tráfego aos espaços sem que as barreiras – institucionais ou comunicacionais – fossem um impeditivo. Para tanto, no que se refere à inclusão, esperava-se encontrar orientações e suportes que auxiliassem o profissional da saúde sobre a melhor forma de conduzir os seus atendimentos de acordo com as especificidades apresentadas por esta população. No que se refere à autonomia, buscava-se encontrar incentivos por parte dos profissionais da saúde junto às pessoas com deficiência para que estas possam exercer suas escolhas sem que essas dependam de seus familiares ou de terceiros. No que tange à reabilitação, foi buscado entender a dualidade que o processo de reabilitação pode trazer, ou seja, a reabilitação pautada pelo modelo biomédico – focado em suas faltas – assim como, a reabilitação visando o processo de inserção social na perspectiva da inclusão.

Dos cinco documentos apresentados, a acessibilidade foi um tema que apareceu em três dos cinco documentos analisados. – *A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde* (2007), *Guia de atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida* (2019) e o *Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher* (2016). Nos dois primeiros documentos, a acessibilidade é compreendida como um processo ao qual pode ser entendido para todos os tipos de corpos que apresentam diversidades e não apenas para as pessoas com deficiência. No último, é abordado a respeito do acesso. Entende o acesso como necessário aos grupos diversos, entretanto não preza por caminhos à acessibilidade. Se constrói como meio termo entre frisar a acessibilidade enquanto importância, mas também se detém a falar de acessibilidade arquitetônica. Contudo, este último, também pode ser interpretado como a redução de como pessoas com deficiência podem chegar até os postos da Unidade Básica de Saúde (UBS), presumindo-se que tornando os caminhos e espaços acessíveis, a usuária poderá ter o seu atendimento integral garantido.

É preciso pensar que mulheres com deficiência não necessitam apenas chegar às UBS, mas também precisam que os seus atendimentos sejam inclusivos de forma que possam exercer sua autonomia, frequentando esses espaços sozinhas e que estar acompanhada por alguém seja uma escolha e não uma obrigação pela ausência de preparo, sejam ele dos espaços ou dos profissionais. Ainda que muito importante, a acessibilidade não é o suficiente para que mulheres com deficiência sejam efetivamente incluídas na saúde. Ressalto que a consideração da acessibilidade, não significa apenas um avanço, mas a necessidade de reafirmar que os espaços públicos devem servir a todos os corpos.

No que tange à inclusão de pessoas com deficiência, os documentos *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2007), *Guia de atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida* (2019) e a *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* (2010) abordam a importância de incluir os distintos corpos no âmbito da saúde. Contudo, por mais que os documentos apontem o processo de inclusão através de um atendimento humanizado para as mulheres, apenas o Guia aborda a forma à qual os profissionais de saúde devem realizar o atendimento no interior dos seus espaços de trabalho.

Ainda que os outros documentos – *Política Nacional da pessoa com deficiência* (2010), *Caderno de Atenção ao pré-natal de baixo Risco Atenção Básica* (2013) e o *Protocolo de Atenção Básica: Saúde da Mulher* (2016) – não se refiram diretamente ao processo de inclusão na saúde – ou seja, propiciem que mulheres com deficiência possam acessar a um atendimento de qualidade de acordo com as suas especificidades, resultando em um lugar de visibilidade para essas mulheres –, o olhar para essas mulheres de forma humanizada se faz presente. A humanização é um dos primeiros passos a serem percorridos para que um atendimento inclusivo ocorra e, para tanto, faz-se necessário a qualificação permanente dos profissionais de saúde de forma que aborde as especificidades relacionadas no atendimento deste público.

É importante destacar que a capacitação dos profissionais – e não a ideia de qualificação, conforme explicitamos no primeiro capítulo – aparece nos documentos *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2007), *Política Nacional da Pessoa com Deficiência* (2010) e o *Guia de atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida* (2019).

Assim como o processo de humanização é importante para o alcance da inclusão, o processo de reconhecimento de autonomia também se faz importante. Com esta finalidade, os documentos *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2007), *Cadernos de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco Atenção Básica* (2013) e o *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* (2019) incentiva o processo de autonomia destas mulheres.

No que se refere ao processo de reabilitação, podemos verificar a aparição desta temática em alguns dos documentos analisados. Importante salientar, que nos documentos *Política Nacional da pessoa com deficiência* (2010), *Protocolo da Atenção Básica: Saúde da Mulher* (2016) e o *Guia de atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida* (2019), a reabilitação é compreendida como um caminho contribui para que as pessoas com deficiência sejam incluídas socialmente. No documento *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de*

Saúde (2007), a noção de reabilitação está ligada à ideia de cura da deficiência, conforme já analisamos anteriormente.

Pode-se afirmar que, com a exceção do *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* (2019), os demais documentos promovidos pelo Ministério da Saúde ainda estão distantes de um atendimento sob a perspectiva da inclusão, ou seja, o hegemônico capacitismo assola a estrutura das políticas públicas de saúde deixando de contemplar, dentro dos direitos sexuais e reprodutivos, as especificidades da mulher com deficiência.

No que se refere ao período pré-natal de mulheres com deficiência, o conteúdo didático é escasso, o que dificulta o acesso a materiais que auxiliem os profissionais de saúde na realização de seus atendimentos. No que se refere diretamente ao atendimento das especificidades de mulheres com deficiência, o conteúdo didático é ínfimo, desconsiderando-se o que se faz necessário para que gestantes com deficiência sejam atendidas com qualidade, equidade e humanização.

Podemos observar, em tais documentos, a necessidade de caminharmos em busca de uma saúde inclusiva para mulheres com deficiência, principalmente no seu período pré-natal, contudo, podemos contar que tivemos avanços nesse processo na medida em que, aos poucos, nos distanciamos do modelo biomédico e nos aproximando de um olhar humanizado na saúde.

Apesar dessas conquistas, a especialização do cuidado à saúde, a distância do sujeito nos processos de cuidado e as grandes diferenças entre o que pensam os usuários e os trabalhadores e gestores da saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão. (BATISTA, 2011, p. 885)

Analisamos que há ausência da temática da saúde reprodutiva da mulher com deficiência – questão que, conforme analisa Safiotti (2015), ainda é controlada pela lógica patriarcal, constituindo-se como luta constante das mulheres pelo direito à saúde. Tal ausência explicita a mistificação de que pessoas com deficiência não têm uma vida sexual e reprodutiva, nos evidenciando que falta muito para caminharmos em direção a uma saúde não apenas acessível, mas inclusiva. Nossos passos são lentos no que diz respeito a compreender a mulher com deficiência como “sujeita” de direitos. O que pode ser constatado na observação dos primeiros documentos apresentados neste capítulo, em que a mulher com deficiência sequer aparece nos escritos – conforme o documento *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2007) – ou aparece de forma negativa como no *Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco* (2013). Já no *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* (2019), após muita luta, os direitos da mulher passam a ser reconhecidos a partir das legislações – o que não é sinônimo de que eles são cumpridos como previstos. Isso demonstra

que a luta entre os movimentos sociais e o Estado capitalista, ainda se faz necessário para que os direitos do povo e os deveres do Estado se estruturarem. Cabe a nós, mulheres, não esmorecer na luta e ficar alerta, como disse Beauvoir (1949).

Do modelo biomédico da deficiência até o alcance do paradigma da inclusão, se faz presente o movimento político de pessoas com deficiência trabalhando em prol da construção de um novo patamar de dignidade humana. Foi a presença da sociedade civil, no fim da década de 1980, no interior da constituinte, que possibilitou, atualmente, tecer discussões que versam sobre o direito da mulher com deficiência. Os últimos trinta e quatro anos têm importante protagonismo no que se refere aos estudos feministas da deficiência, em que se pauta a autonomia, a concretização de vida independente e a não discriminação, que serão determinantes para romper com a concepção da reabilitação como uma estratégia para a cura.

Para tanto, é necessária a construção de políticas públicas e de práticas de saúde anticapacitistas. Nesse processo é de extrema importância a qualificação dos profissionais da saúde que também pode ser orientada pela produção de materiais educativos permeados pelo paradigma da inclusão, possibilitando aos profissionais, que atuam na “ponta do serviço”, o acesso aos conteúdos especializados no cuidado e na assistência a este grupo.

Podemos observar que os primeiros documentos analisados – *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde* (2007) e *Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco* (2013) – apresentavam uma visão da reabilitação como busca para a cura da deficiência, baseado no ideal de corponormatividade demonstrando, assim, uma perspectiva de integrar a pessoa com deficiência socialmente. Com as lutas dos movimentos de pessoas com deficiência, podemos observar nos documentos recentes – *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* (2010) e *Guia de atenção às mulheres com deficiências e mobilidades reduzidas* (2019) – o processo de reabilitação não é desconsiderado, mas visa ao processo de inclusão e de valorização das potencialidades de pessoas com deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste trabalho foi possível observar que a luta da pessoa com deficiência passou por diversos eventos como o processo de redemocratização, pela Constituição de 1988, por atos públicos, congressos, conferências, sendo assim, a discussão a respeito da deficiência foi fruto de muitos embates, ganhando ênfase na Educação e na Saúde brasileiras. Contudo, o movimento de mulheres com deficiência, ainda tem árduo caminho a ser trilhado, indo além dos debates e discussões, a fim de que a inclusão seja alcançada na materialidade da vida dessas pessoas.

Ao longo deste percurso de análise, observamos que pouco se aborda acerca da saúde de mulher com deficiência em seu período de pré-natal apesar da importância de tal temática, visto que mulheres com deficiência são pessoas de direitos e enfrentam lutas contra o processo de invisibilidade que sofrem ao longo dos anos. O papel e a experiência da maternidade também são exercidos por mulheres com deficiência, seja com algum nível de suporte ou não.

Neste estudo, foi possível encontrar políticas públicas e materiais que versam sobre a pessoa com deficiência e os direitos de mulheres com deficiência, mas não se aprofundam acerca da forma como profissionais e instituições de saúde devem proceder para garantir esses direitos.

Ao analisarmos a construção das políticas públicas em um Estado capitalista, foi possível constatar que houve avanços e retrocessos e que estes são possíveis porque há a luta de mulheres e de mulheres com deficiência pelos seus direitos. É preciso salientar que a construção de políticas de saúde anticapacitistas partem das lutas por um Estado que rompa com o modo de produção capitalista, tendo em vista que a estrutura do Estado brasileiro se baseia na lógica excludente, que marginaliza corpos divergentes e mantém sujeitos, como mulheres com deficiência, invisibilizadas. O modelo biomédico, ao qual pessoas com deficiência lutam para ser rompido, está diretamente ligado aos ideais capitalistas e à necessidade de reabilitar pessoas com deficiência para que seus corpos sejam expropriados e espoliados para a produtividade do capital.

Assim, é ainda necessária a constante luta do movimento de pessoas com deficiência para que os direitos garantidos por leis não sejam extintos – assim como vivenciamos, sobretudo, no governo de Jair Bolsonaro (2018-2022). Esta população vive na constante contradição na qual se conquista algumas políticas públicas, mas permanece inviabilizada e excluída de debates importantes para que se efetive uma saúde inclusiva para todos. O lema

“Nada sobre nós sem nós” é uma luta recente e explícita que para se efetivar políticas públicas para as mulheres com deficiência, essas precisam ser protagonistas no processo.

Os materiais educativos analisados demonstraram que, em sua maioria, tratam de forma superficial os direitos da mulher com deficiência, inclusive o direito reprodutivo. Evidenciam, portanto, o quanto ainda nossas políticas públicas são criadas a partir de um modelo biomédico e capacitista, que apesar de buscar um atendimento humanizado para as pessoas no geral, apresenta déficits no que se refere à inclusão deste grupo populacional.

As questões relativas à gravidez se relacionam intimamente com o conhecimento da gestante ao seu próprio corpo – com possíveis dores, inchaços, aumento de volume corporal, lactação – e de suas emoções – disposição, medo, alegria, insegurança. Há questões na condução do pré-natal que não podem ficar a cargo do(a) acompanhante da mulher com deficiência, pois é esta mulher que precisa ser protagonista na atenção à sua saúde. Nesse sentido, ter um profissional de saúde qualificado para atender a esta mulher é de extrema importância. Como não seria possível investigar a totalidade da formação dos profissionais de saúde – visto que o processo de uma pesquisa é um recorte da totalidade que sempre se constitui de forma mais complexa que nossa capacidade de investigar (MINAYO, 2014) – nos debruçamos sobre os materiais educativos produzidos pelo Ministério da Saúde destinados a tais profissionais.

Nestes materiais, ainda que o atendimento humanizado seja salientado, este não é o suficiente na medida em que há uma lacuna no que se refere ao conhecimento técnico – como a posição adequada para exames, as formas de se comunicar e transmitir as informações necessárias para o desenvolvimento dessa gestação, possíveis riscos que podem ser enfrentados com o desenvolvimento da gestação. Essas informações são de suma importância para a realização mais adequada e humanizada aos atendimentos, contudo o diálogo é de extrema relevância para que se permita que essa mulher gestante não seja vista como incapaz ou tampouco colocada à prova sobre a sua capacidade de autocuidado e de cuidado com sua filha(o). É necessário que esta mulher seja ouvida, explicita suas necessidades, possibilitando alcançarmos um atendimento integral à saúde.

Espera-se que esta pesquisa tenha sido importante para colocar em tela de debate a temática apresentada, a fim de atenuar a invisibilização da mulher gestante com deficiência. Compreendemos ser importante a construção de trabalhos com este, assim como, o incentivo aos profissionais de saúde para que permaneçam na busca de atendimentos humanizados e, também, na busca pelo conhecimento ao que diz respeito às diversidades de corpos. Não é

possível modificarmos a história pregressa e desfazer a construção excludente do nosso país, mas é possível aprendermos com ela e buscar o aprimoramento do olhar social para a diferença – que é o que constitui a humanidade.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, C. A. M., ROSA, R. S. e BORDIN, R. **O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão.** *Saúde e Sociedade* [online]. 2017, v. 26, n. 1 [Acessado 10 dezembro 2023], pp. 115-128. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>>.
- ARAÚJO, G. A, ARAÚJO, L. A. **Esterilização compulsória de mulheres com deficiência: uma perspectiva feminista interseccional.** v. 16 n. 1 (2021): Gênero, reprodução, sexualidade, raça e direitos sexuais e reprodutivos.
- ASCH, A. **Diagnóstico pré-natal e aborto seletivo: um desafio à prática e às políticas.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2003, v. 13, n. 2 [Acessado 13 dezembro 2023], pp. 287-320. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312003000200005>>.
- BATISTA, K. B. C., & GONÇALVES, O. S. J.. (2011). **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado.** *Saúde E Sociedade*, 20(4), 884–899. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400007>.
- BEAUVOIR, S. DE. **O segundo sexo.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Casa Civil, 05 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 12 mar. 2022.
- BRASIL. **Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989.** Casa Civil. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm
- BRASIL. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990,** Casa Civil. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-014/2011/decreto/D7508.htm. Obtido em 01/12/2013.
- BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Casa Civil, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.
- BRASIL. **Lei nº 10.048 de 8 de novembro de 2000,** Casa Civil. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10048.htm.
- BRASIL. **Lei nº 10.257 de 10 de julho de 2001,** Casa Civil. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras

providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257.htm.

BRASIL, Código Civil, Art. 124-126, **Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002**. Casa Civil. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406compilada.htm.

BRASIL. **Portaria nº 1060 de 5 de junho de 2002**, Gabinete do Ministro. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html.

BRASIL. **Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004**, Casa Civil. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm.

BRASIL. **Lei nº 11.133 de 14 de julho de 2005**, Casa Civil. Institui o Dia Nacional de Luta da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111133.htm.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº de 186 de 2008**, Casa Civil. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm.

BRASIL. **Decreto Legislativo nº 7.612 de 17 de novembro de 2011**, Casa Civil. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm.

BRASIL. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**, Casa Civil. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 6 de jul. de 2015, **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 22 de abr. 2022.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; DE MENEZES, J. S. B. **A Saúde nos governos Temer e Bolsonaro: Lutas e resistências**. SER Social, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 191–209, 2020. DOI: 10.26512/ser_social.v22i46.25630. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25630. Acesso em: 23 dez. 2023.

BRAVO, Maria Inês; et al. **AJUSTE FISCAL E SEGURIDADE SOCIAL: retrocessos e desafios em tempos de ofensiva conservadora**. Revista de Políticas Públicas, vol. 24, pp. 200-220, 2020.

BERNARDES, L. C. G. et al. **Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. 1 [Acessado 3 janeiro 2024], pp. 31-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>.

CONSTANTINO, C.; LUIZ, K. G. et al., **Mulheres com Deficiência: Garantia de Direitos para Exercício da Cidadania**. Coletivo Feminista Helen Keller, 2020. p. 50-54. Disponível em: <https://bit.ly/36pLJEs>. Acesso em: 30 maio 2021.

COSTA, L. M. L. **A perspectiva de mulheres com deficiência sobre gênero e sexualidade: contribuições para a Educação Sexual Emancipatória**. 2021
<<http://bdtd.ufj.edu.br:8080/bitstream/tede/40/3/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Laureane%20Mar%C3%ADlia%20de%20Lima%20Costa-%202021.pdf>>.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Rev Estud Fem [Internet]. 2002 Jan;10(1):171–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>.

CUNHA, A. C. C. P. **Deficiência como expressão da questão social. Serviço Social & Sociedade** [online]. 2021, n. 141 [Acessado 11 dezembro 2023], pp. 303-321. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.251>>.

DANTAS, A. V. Direito universal à saúde, estatização progressiva, saúde privada e papel do Estado: um flash sobre o SUS e 30 anos de luta de classes na Saúde. In: SILVA, Letícia Batista. **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Orgs: Letícia Batista Silva e André Vianna Dantas. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2020, p. 166.

DANTAS, A. V; PRONKO, M. A. Estado e dominação burguesa: revisitando alguns conceitos. In: STAUFFER, Anakeila de Barros et al (Org.). **Hegemonia burguesa na educação pública: problematizações no curso TEMS (EPSJV/Proneira)**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2018. p. 73-96.

DANTAS, T. C.; SILVA, J. S. S. e CARVALHO, M. E. P. **Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: uma história feminina de rupturas e empoderamento**. Revista Brasileira de Educação Especial [online]. 2014, v. 20, n. 4 [Acessado 13 dezembro 2023], pp. 555-568. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-65382014000400007>>.

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

DINIZ, D. **Modelo Social da Deficiência: a crítica feminista**. Série Anis 28, jul. 2003. p. 1-8. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/15250>. Acesso em: 06 nov. 2023.

DOBB, M. et al. **Do feudalismo para o capitalismo. A transição do feudalismo para o capitalismo**. 1971.

FERREIRA, M. E. C.; GUIMARÃES, M. **Educação inclusiva**. ed. 2003.

FONTES, V. **O Brasil e o capital imperialismo: teoria e história**. / Virgínia Fontes. - 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora UFRJ, 2010.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F. **Inclusão social da pessoa com deficiência: conquistas, desafios e implicações para a enfermagem**. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009, vol. 42, nº1.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. **Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2016, vol.21, n.10, pp.3061-3070. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/HFz9VsDjHFTLSyCzNQThK9y/abstract/?lang=pt>>.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. v.4.

GUIMARÃES, Nadya. A. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.

HÖFLING, E. de M. **Estado e políticas (públicas) sociais**. Cadernos CEDES [online]. 2001, v. 21, n. 55, p. 30-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>>. Epub 27 Ago 2001. Acesso em: 30 maio 2022.

HOOKS, B. **Intelectuais negras**. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 2, p. 464-478, 1995. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16465/15035>. Acesso em: 06 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

KASSAR, M. de C. M. **Educação especial na perspectiva da educação inclusiva: desafios da implantação de uma política nacional**. Educar em Revista [online]. 2011, n. 41 [Acessado 23 dezembro 2023], pp. 61-79. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-40602011000300005>>.

LIMA, T. C. S. de; MIOTO, R. C. T. **Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica**. Revista Katálysis [online]. 2007, v. 10, n. spe. Acessado 31 maio 2022], pp. 37-45. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>>.

LUCAS, L. B.; BATISTA, I. de L. **Contribuições axiológicas e epistemológicas ao ensino da Teoria da Evolução de Darwin**. Investigações em ensino de ciências, 2016, p. 245-273. Disponível em: <<https://ienci.if.ufrgs.br/index.php/ienci/article/view/229>>.

LUNARDI, M. L. **Inclusão/exclusão: duas faces da mesma moeda**. Revista Educação Especial, [S. l.], p. 27-35, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/5181>>. Acesso em: 9 jan. 2024.

LUIZ, K. G.; COSTA, L. M. de L. **Mulheres com Deficiência: Garantia de Direitos para Exercício da Cidadania**. Coletivo Feminista Helen Keller, 2021. p. 36-43. Disponível em: <https://bit.ly/36pLJEs>. Acesso em: 30 maio 2020.

LOURENZO, C **Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas**. Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil. 2006 <<file:///C:/Users/ingri/Downloads/jcatama,+Vulnerabilidade+em+Sa%C3%BAde+P%C3%BAblica+-+implica%C3%A7%C3%B5es+para+as+pol%C3%ADticas+p%C3%BAblicas.pdf>> Acesso em: 02 Mar. 2024.

MACHADO C. V, L. L. D de, Baptista TW de F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2017;33:e00129616. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>.

MAIA, A. C.B. **Sexualidade e deficiência.** Editora UNESP, 2006
<https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=l3vWRhDqfScC&oi=fnd&pg=PA7&dq=sexualidade+e+defici%C3%A2ncia&ots=wa4pAONYgI&sig=w1VdID01byvZPQbUitFPzWfE_Rc#v=onepage&q=sexualidade%20e%20defici%C3%A2ncia&f=true>.

MATTOS, M. B. **Governo Bolsonaro: Neofascismo e Autocracia Burguesa no Brasil.** São Paulo: Usina Editorial, 2022.

MELLO, A. G. de. **Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016, n. 21(10), 3265–3276. <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>>.

MELLO, A. G. de. **Mulheres com Deficiência: Garantia de Direitos para Exercício da Cidadania.** Coletivo Feminista Helen Keller, 2020. p. 28-35. Disponível em: <https://bit.ly/36pLJEs>. Acesso em: 30 maio 2021.

MELLO, A. G. de N; HENRIQUE. A. **Gênero e deficiência: interseções e perspectivas.** *Revista Estudos Feministas* [online]. 2012, v. 20, n. 3 [Acessado 23 dezembro 2023], p. 635-655. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000300003>>.

MENDONÇA, S. R. Estado. **Dicionário da Educação do Campo.** Expressão Popular – São Paulo. Rio de Janeiro: EPSJV, 2012. pp. 349 - 355.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** 2010 Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Versão preliminar. BRASIL. 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. Diário Oficial da União. 25 abr 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atencao_mobilidade_reduzida.pdf.

MOREIRA, M. C. N. et al. **Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2022, v. 27, n. 10 [Acessado 23 dezembro 2023], pp. 3949-3958. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07402022> <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07402022EN>>.

MOREIRA, M. C. N.; DIAS, F. de S.; MELLO, A. G. de; YORK, S. W. **Gramáticas do capacitismo: diálogos nas dobras entre deficiência, gênero, infância e adolescência**.

Ciência & Saúde Coletiva, 2022, n. 27, p. 3949–3958. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.07402022>>.

MOREIRA, M. de F., NÓBREGA, MARIA M. L. da e SILVA, M. I. T. da. **Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde**. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2003, v. 56, n. 2 [Acessado 5 março 2024], pp. 184-188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000200015>>. Acesso em: 05 de Mar de 2024.

MOROSINI, M. V. G. C., FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan./mar. 2018. Disponível em:

<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32153>>. Acesso em: 10 de jan. de 2022.

PAIM, J. Prefácio. In: RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida (org): **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: Cebes; São Paulo: Hucitec Editora, 2017 – 2. ed., p. 7. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2017/05/welfare-web.pdf>>. Acesso em 10 de jan. de 2022.

PEREIRA, Isabel Brasil. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV. Orgs: Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima, 2008, 2.ed. rev. ampl.

PASCHE D. F.; et al, **Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil**. Pp 416-422; *Revista: Panam Salud Publica/Pan Am*. 2006 Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v20n6/a08v20n6.pdf>.

PEREIRA, E. H. P.; BARROS, R. D. B. de. Humanização. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde** n. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 243-245.

PEREIRA, I. B. **A Formação Profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica. Tese de Doutorado, 2002.

PEREIRA, P. A. P. **A saúde no sistema de seguridade social brasileiro**. SER Social, [S. l.], n. 10, p. 33–56, 2009. DOI: 10.26512/ser_social.v0i10.12920. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12920. Acesso em: 8 dez. 2023.

PINTO, C. R. J. **Feminismo, história e poder**. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15- 23, 2010. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rsp/article/view/31624>. Acesso em: 30 maio 2022.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

PRONKO, M.; FONTES, V. Hegemonia. In: CALDART, R. S.; PEREIRA, I. B.; ALENTEJANO, P.; FRIGOTTO, Gaudêncio (org.). **Dicionário da educação do campo**. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 391-397.

ROCHA, L. R. M. da; OLIVEIRA, J. P. de. **Análise textual pormenorizada da Lei Brasileira de Inclusão: perspectivas e avanços em relação aos direitos das pessoas com deficiência**. Práxis Educativa, [S. l.], v. 17, p. 1–16, 2022. DOI: 10.5212/PraxEduc.v.17.19961.048. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/19961>. Acesso em: 9 out. 2022.

SAFFIOTI, H. I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade**; prefácio de Antônio Cândido de Mello & Souza. Petrópolis, Vozes, 1976.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAMPAIO, A. F. S.; ROCHA, M. J. F. da; LEAL, E. A. S. **“Gravidez de alto risco: perfil clínico-epidemiológico das gestantes atendidas no serviço de pré-natal da Maternidade Pública de Rio Branco, Acre”**. In: Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2018, v. 18, n. 3 [Acessado em 13 de outubro de 2022], pp. 559-566. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-93042018000300007>>.

SANTOS, Livia Fajin de Mello dos et. al. **Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde**. Revista de Enfermagem. UFPE on line: Recife, v. 7, n. 7, jul. 2013. <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11731/13967>> Acesso em: 11 de jan. de 22.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação**. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009, p. 10-16. <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/SASSAKI_-_Acessibilidade.pdf?1473203319> Acesso em 25 Set 2022.

SHARP, K.; EARLE, S. (2002). **Feminismo, Aborto e Deficiência: diferenças irreconciliáveis? Deficiência e Sociedade**, 17(2) DOI:

<https://doi.org/10.1080/09687590120122297> URL:
<http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/cds>.

SILVA, A. C. C da, OLIVER F. C. **Pessoas com deficiência no caminho da democracia participativa**. Cad Bras Ter Ocup [Internet]. 2019Apr;27(2):279–92. Available from: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1604>
<https://www.scielo.br/j/cadbto/a/rcKDX4R7Q5BwPbZhg54t6Ck/?lang=pt#>.

SMITH, B. **Toward a black feminist criticism. Within the circle: an anthology of african american literary criticism from the Harlem renaissance to the present**. Ed. Angelyn Mitchell. Durham and London: Duke UP, 1994.

SOUSA, A. M. da C. **Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos**. Revista Katálysis [online]. 2014, v. 17, n. 2 [Acessado 23 dezembro 2023], pp. 227-234. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200008>>.

SOUZA, R. B. **Nada Sobre nós, sem nós: Uma análise da legitimidade jurídica da convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência**. Revista Opinião Jurídica, 2013. <https://periodicos.unichristus.edu.br/opiniaojuridica/article/view/303>.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V. **Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental**. Salvador: Revista Baiana de Enfermagem, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago, 2011.

STAUFFER, A. B. **Concepções de Educação e Livro Didático: dialogando sobre suas relações na formação do agente comunitário de saúde**. in: MARTINS, Carla Macedo e STAUFFER, Anakeila de Barros (Orgs.). Educação e Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 159-191.

STAUFFER, A.B. e MELO, M.A.S.L., **O desafio da construção de materiais didáticos para a prática pedagógica de trabalhadores técnicos em saúde**, p. 203-221 In: Elizabeth Menezes Teixeira Leher; Helifrançis Condé Groppo Ruela. (Org.). Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020, v. 1, p. 203-222.

THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca et al. **Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS” vinculados à Rede Cegonha**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2021, v. 26, n. 3 Acesso em: 05 jan. 2022, p. 897-908. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.17582020>>.

TRINDADE, Hiago. **Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo**. Serviço Social & Sociedade, n. 129, p. 225–244, maio 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.106>>.

UNA-SUS, Atualização - **Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência**. Universidade Federal do Maranhão. 2023 Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46714>.

VYGOTSKY, L.S. **A defectologia e o estudo do desenvolvimento e da educação da criança anormal**, Tradução: SALES, D.R., OLIVEIRA, M.K. e MARQUES, P.N., São Paulo, Revista Educação e Pesquisa, v. 37, n. 4, dez. 2011, p. 861-870.