

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Diretrizes de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida

Brasília - DF

01/01/2018

Sumário

Apresentação	1
Objetivo	1
1. Metodologia	1
2. Introdução	2
2.1 Principais Marcos Históricos	2
2.2 Epidemiologia	3
2.3 Marcos Conceituais	3
3. Acessibilidade	9
4. Atenção Integral à Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida.....	14
Atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida em situação de violência	15
Promoção da Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida	24
Cuidado à saúde e Manejo Clínico.....	26
Reabilitação.....	28
Exame Ginecológico	29
Atenção à Saúde Mental.....	42
Referências Bibliográficas	46

Apresentação

A elaboração do documento Diretrizes de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida é uma iniciativa da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) deste Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres da Secretaria de Governo da Presidência da República, e contou com a participação da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET) deste Ministério da Saúde.

Esta publicação é uma resposta à necessidade de ações voltadas para a qualificação da atenção à saúde da mulher com deficiência e mobilidade reduzida no âmbito do Sistema Único.

Objetivo

O objetivo desta diretriz 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 Sistema Único de Saúde (SUS).

1. Metodologia

A elaboração deste documento é uma iniciativa que contou com a colaboração de representantes da sociedade civil, profissionais, pesquisadores e especialistas em reabilitação e estudos de gênero.

O material produzido baseou-se em literatura especializada e atualizada sobre o tema obtida em bases de dados como SciELO, LILACS, Medline, e nas discussões dos resultados encontrados, assim como, da revisão crítica da experiência clínica e da troca de experiências em Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida.

A elaboração desse documento foi alcançada por meio dos encontros presenciais e discussão do Grupo de Trabalho Interministerial de Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.080 de 28 de julho de 2015.

2. Introdução

2.1 Principais Marcos Históricos

Em 2008 a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é incorporada à legislação brasileira, instituindo um novo cenário e compromisso no que diz respeito aos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos/as brasileiros/as com deficiência (CDPD, 2010). O Decreto nº 6.949 de 2009, promulga a Convenção Internacional da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em março de 2007 com o intuito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela dignidade inerente.

A partir desse momento, o Estado brasileiro tem buscado, por intermédio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, educação e ao trabalho, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. Em 2011 foi lançado o Plano Viver Sem Limites, pelo Decreto nº 7.612 de 2011, com o objetivo de integrar e promover ações estratégicas intersetoriais e integradas, reconhecendo que a atenção à pessoa com deficiência é transversal e de responsabilidade conjunta, impulsionada por um cenário de mudanças no que se refere aos direitos das pessoas com deficiência, constituindo-se em quatro eixos de atuação: educação, acessibilidade, inclusão social e atenção à saúde. O referido Plano estabeleceu uma agenda de ações intersetoriais e iniciativas integradas de forma a efetivar o acesso e as intervenções mais efetivas.

Por conseguinte, em julho de 2015, foi promulgada a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência) destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando sua inclusão social e cidadania.

2.2 Epidemiologia

Segundo o Censo Demográfico (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE, 26,5% do total de mulheres habitantes do país, afirmaram que possuem pelo menos uma das deficiências investigadas, que podem ser visual, auditiva, motora, mental ou intelectual, com prevalência de deficiências visual e motora.

A Organização Mundial da Saúde no Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012), refere-se à epidemiologia da deficiência, como uma forma de pensar as relações e interações entre saúde e deficiência, em especial na interrelação com as comorbidades, problemas de saúde e fatores ambientais, haja vista a exposição e interação de inúmeras condições e fatores que contribuem para a relação entre problemas de saúde e deficiência.

2.3 Marcos Conceituais

- **Pessoa com deficiência**

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD, 2010) dispõe em seus Princípios Gerais que o “respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade”. Segundo o documento supracitado, “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas”.

- **Pessoa com mobilidade reduzida**

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão, art. 3º, inciso IX, pessoa com mobilidade reduzida é “aquela que, por qualquer motivo, possua dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, gerando redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo idoso, gestante, lactante, pessoa com criança de colo e obeso” (BRASIL, 2015a).

- **Vulnerabilidades e Interseccionalidade**

Apesar dos avanços na formulação de políticas públicas, experimentados nos últimos anos no nosso país destinadas a garantir e efetivar os direitos das pessoas com deficiência e a partir de uma análise do contexto vivenciado pelas mulheres com deficiência ainda existem dificuldades no acesso, reconhecimento e consolidação desses

direitos, quando consideramos variáveis como classe social, raça/cor, etnia, faixa etária e geração, religião, condições econômicas e orientação sexual.

A articulação dessas variáveis, também conhecida como uma visão interseccional da realidade social, produz diferentes experiências de vida, que, quando reforçam sistemas opressivos podem se transformar em desigualdades e aumentar a vulnerabilidade individual e coletiva destas mulheres no que se refere ao tema dos direitos (GARCIA e SOUZA, 2010).

A interseccionalidade amplia a visão das situações vividas pelas mulheres, fazendo revelar-se os contextos e as estruturas em que ocorrem as diferentes formas de dominação ou discriminação (CRENSHAW, 2002).

Dessa forma, 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. Todas essas situações redundam em menores oportunidades de desenvolvimento pessoal e de melhoria das condições socioeconômicas e da participação social.

- **Gênero e Identidade de Gênero**

Não há uma determinação natural dos comportamentos de homens e mulheres, apesar das regras sociais pautarem esses comportamentos em uma suposta determinação biológica que diferenciaria homens e mulheres com base no sexo. O conceito de gênero deve ser entendido como uma construção social atravessada por uma dinâmica de relações de poder que determinam papéis sociais. O sexo também é uma construção social, ou seja, só pode ser compreendido a partir da ordem sociocultural porque os fatos biológicos e supostamente naturais somente adquirem sentidos no interior de amplos sistemas de significados sociais (PISCITELLI, 2002).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência incluiu um artigo específico sobre mulheres com deficiência (CDPD, 2010). Trata-se do art. 6, sob o título de “Mulheres com Deficiência”, contendo dois itens: o item 1 diz que "Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar às mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e

liberdades fundamentais”; e o item 2 menciona que “Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção”. Essa importante inclusão fez com que os governos reconhecessem as especificidades de meninas e mulheres com deficiência, das perspectivas de gênero e da igualdade entre as mulheres e os homens com deficiência e entre as mulheres e os homens sem deficiência.

Identidade de gênero refere-se ao sentimento de pertencimento a um ou outro gênero (masculino ou feminino), à experiência individual de sentir-se homem ou mulher, independe do sexo biológico atribuído à pessoa ao nascer; inclui um sentido pessoal do corpo, que envolve livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros, bem como outras expressões de gênero. Já a orientação sexual se refere ao desejo, ou seja, por quem o indivíduo sente emocional, afetiva e sexualmente atraído. A atração afetivo-sexual pode ocorrer entre indivíduos de sexos diferentes ou do mesmo sexo ou por ambos os sexos (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007; BRASIL, 2013; BRASIL, 2013b).

A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), em seu Capítulo III (Do Direito à Saúde), art. 18, afirma que, as ações e os serviços de saúde públicos destinados à pessoa com deficiência devem assegurar entre outros tantos direitos, o respeito à especificidade, à identidade de gênero e à orientação sexual da pessoa com deficiência.

- **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**

A noção de “direitos sexuais” marca a entrada da sexualidade no campo dos direitos e estabelece um nexos entre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, bem como a cidadania das mulheres. Nesse contexto, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD, 2010), vem no sentido de reforçar os direitos, a visão social sobre as mulheres com deficiência, a garantia da sexualidade como direito a ser desfrutado e expressado, bem como o direito de planejar sua família.

Além da própria Lei Brasileira de Inclusão (2015) assegurar a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido acesso universal e igualitário, de forma que as ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar atenção sexual e reprodutiva, incluindo o direito à fertilização assistida; informação

adequada e acessível à pessoa com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde.

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 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.

Mulheres com deficiência e mobilidade reduzida têm os mesmos direitos sexuais e reprodutivos que quaisquer outras mulheres, assim como, o direito à vida sexual ativa, a vivência de experiências corporais e emocionais que intensifiquem o prazer sexual, afetivo e amoroso. É um direito humano.

É imprescindível dispensar apoio às famílias, para que possam compreender a sexualidade como uma questão de saúde. Em muitos casos, as famílias têm dificuldade de lidar com questões referentes à atração sexual, desejos, masturbação, relações sexuais da pessoa com deficiência, em especial da mulher com deficiência. É necessário desmistificar ideias preconceituosas de que pessoas com deficiência não possuem sentimentos, pensamentos e necessidades sexuais; de que seus desejos são exacerbados; de que são pouco atraentes, indesejáveis e incapazes de manter um relacionamento; de que têm disfunções sexuais, de que a reprodução é sempre problemática, entre outras (AMARAL, 2004)

Portanto, a sexualidade deve ser abordada com naturalidade. Essa postura permite que jovens e famílias fiquem mais confortáveis para expor suas dúvidas, suas dificuldades e suas demandas.

Importante que elas conheçam e utilizem meios para evitar as infecções sexualmente transmissíveis (IST) ou gestações não planejadas; tenham acesso a métodos contraceptivos, exames, testes rápidos, diagnóstico e tratamento de IST em tempo oportuno; recebam informações e orientações sobre saúde sexual e saúde reprodutiva; tenham acesso às novas tecnologias e métodos de reprodução assistida cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha; recebam atenção integral e humanizada na gestação,

parto e puerpério e em situações de abortamento; e atenção humanizada nas situações de violência doméstica e sexual.

Na Conferência Mundial sobre a Mulher (1995) e na sua Plataforma de Ação (Plataforma de Beijing) no Parágrafo 96, o tema dos direitos sexuais é tratado de forma explícita, reforçando os princípios do Programa do Cairo: “os direitos humanos das mulheres incluem seu direito ao controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, incluída saúde sexual e reprodutiva, e o direito de decidir livremente a respeito dessas questões, sem estar sujeita à coerção, discriminação e violência”.

A saúde sexual e saúde reprodutiva são temas importantes a serem incorporados às ações desenvolvidas nos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de contribuir para qualidade de vida das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. De modo que as ofertas em saúde para uma atenção de qualidade no campo da saúde sexual e saúde reprodutiva sejam pautadas na escuta qualificada, no respeito as diversidades, as especificidades das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida no exercício do direito à vida afetiva e sexual ativa e segura.

Sugestão de leitura para os profissionais de saúde:

- ✓ Caderno de Atenção Básica- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, 2013.
- ✓ Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília.
- ✓ Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Ministério da Saúde, 2013
- ✓ Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, 2013a.
- ✓ Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, 2013b

- **Consentimento informado**

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.416/2015) dispõe no art. 6º que a deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa inclusive para: exercer direitos sexuais e direitos reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; conservar sua fertilidade, sendo, portanto, vedada a esterilização compulsória.

No tocante a esterilização compulsória, os serviços de saúde devem garantir que tal procedimento somente seja realizado com manifestação de vontade das pessoas com

deficiência, inclusive com deficiência intelectual e, nos casos que se fizer necessário, é facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada (BRASIL, 2015a).

A Portaria GM/MS de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem Portaria n.º 1.820, de 13 de agosto de 2009), do Ministério da Saúde, dispõe sobre Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, afirmando que:

Art. 6º Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe:

[...] V - o consentimento livre, voluntário e esclarecido, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo nos casos que acarretem risco à saúde pública, considerando que o consentimento anteriormente dado poderá ser revogado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que sejam imputadas à pessoa sanções morais, financeiras ou legais.

Consentimento informado, portanto, se refere à expressão do usuário de saúde sobre sua decisão a submeter-se ou recusar procedimento diagnóstico, terapêutico ou preventivo com base em informação adequada e compreensível, podendo alterar sua decisão a qualquer momento e por qualquer razão. Mesmo quando a pessoa for incapaz de exprimir o seu consentimento, deve ser realizado um esforço para que essa participe ao máximo de todo o processo.

O consentimento é válido quando houver comunicação efetiva entre o profissional de saúde e a usuária sobre a natureza do procedimento, sobre os benefícios esperados, riscos e complicações possíveis, considerando a acessibilidade para deficientes auditivas e deficientes visuais, a linguagem clara e compreensível, o tempo oferecido para a tomada de decisões, sem que a mulher se sinta pressionada.

No caso das pessoas com deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão determina que o consentimento informado, seja dirigido à própria pessoa, como qualquer ato da vida civil. Para alguns casos, no entanto, há no Brasil as condições de interdição, curatela e decisão apoiada.

Sendo a interdição o ato jurídico pelo qual se apura a incapacidade do interditando para os atos da vida civil e pode ser total ou parcial, na qual a pessoa interditada poderá sim praticar alguns atos, desde que acompanhada pelo seu curador.

Ou seja, o interdito poderia assinar um documento, desde que, seu curador assinasse também, sendo a curatela o ato jurídico que torna possível responder pelo interditado.

A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial. A interdição não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

Definições legais:

- **Decisão apoiada**

A tomada de decisão apoiada é um ato jurídico recente, processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos 2 (duas) pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade. A pessoa com deficiência pode determinar os atos a que se limita, a duração e o fim da decisão apoiada. Na tomada de Decisão Apoiada, a liberdade e a dignidade da pessoa com deficiência é muito mais preservada, assim como sua autonomia. Esta figura jurídica passou a existir com a LBI (BRASIL, 2015a), que modificou o Código Civil, a partir do artigo 1.783-A.

É importante que a mulher junto com seus apoiadores receba informações compreensíveis sobre todo o processo, a natureza da intervenção, benefícios esperados, riscos e complicações possíveis para que possam realizar uma decisão consciente.

Nem sempre as pessoas que possuem apoiadores são pessoas que estão sob curatela. Faz-se necessário que todas as mulheres, independentemente se estão sob tutela, curatela ou com apoiadores, recebam informações e tenham oportunidade de participar ao máximo das decisões sobre sua saúde.

Saiba mais em:

- ✓ Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Lei nº 13.146 de 2015.

3. Acessibilidade

Acessibilidade refere-se a 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. Englobando dessa forma aspectos urbanísticos, arquitetônicos e de

comunicação como também aspectos do comportamento dos indivíduos perante as pessoas com deficiência. Portanto obstáculos físicos, atitudinais ou comportamentais devem ser identificados e eliminados para favorecer a Acessibilidade.

A promulgação do Decreto nº 5.296/2004 demarca um importante marco histórico no que se refere ao dever tanto do Poder Público como da Iniciativa Privada em cumprir a legislação no que concerne à Acessibilidade. Mais recentemente, a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de 2008 (CDPD, 2010) e a Lei nº 13.146 de 2015, que institui o Estatuto da Pessoa com Deficiência, bem como a Acessibilidade ficou demonstrada como princípio fundamental.

No Brasil, a Associação Brasileira de Normas Técnicas por meio da Norma Brasileira (ABNT NBR) 9050 revisada em 2015 descreve como os ambientes devem ser construídos ou adequados ao acesso universal.

Já o Decreto nº 5.296/2004, estabelece 8 tipos de acessibilidade, entre eles, destacamos três, vide:

Acessibilidade Arquitetônica

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

Foram consideradas diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente, com ou sem a ajuda de aparelhos específicos, como próteses, aparelhos de apoio, cadeiras de rodas, bengalas de rastreamento, sistemas assistivos de audição ou qualquer outro que venha a complementar necessidades individuais. Visando proporcionar a utilização de maneira autônoma, independente e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção.

Acessibilidade Atitudinal

As atitudes ou comportamentos das pessoas sem deficiência na sociedade influenciam fundamentalmente na vida de pessoas com deficiência, isto pelo fato de que essas atitudes podem se constituir como barreiras que impeçam ou

prejudiquem a participação social em igualdade de condições e oportunidades ou podem se constituir como facilitadores para a inclusão social.

Sendo assim, a acessibilidade atitudinal diz respeito à forma como as pessoas de um modo geral lidam com as pessoas com deficiência socialmente, livres dos preconceitos, estereótipos, discriminações e estigmas. O que significa dizer que uma atitude pode incluir ou excluir determinados grupos sociais.

Acessibilidade Comunicacional:

A acessibilidade na comunicação deve ser promovida a fim de adequar-se às necessidades individuais de cada usuária para que ela possa efetivamente compreender as informações e também ser compreendida.

Garantir a acessibilidade é um dos fatores fundamentais para uma atenção integral à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, assim como para efetivação de seus direitos, cidadania, participação social e independência. Profissionais de saúde devem identificar as diversas barreiras que dificultam ou impedem as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida acessarem ações, ofertas e serviços de saúde.

É obrigatória a acessibilidade em serviços e instalações aberto ao público, como é o caso dos serviços públicos e privados da saúde que devem garantir:

- Acessibilidade arquitetônica como rampas, placas de sinalização, balcões rebaixados, iluminação adequada, elevadores, barras, balanças para cadeiras de rodas, mesas ginecológicas rebaixáveis, macas elétricas, leitos rebaixáveis, berços e leitos de UTI neonatal rebaixáveis;
- Mesas ginecológicas rebaixáveis que permitam as mulheres com baixa estatura e mulheres com deficiência e mobilidade reduzida possam subir e/ou se transferir-se para a mesa com mais segurança. Ofereça à mulher a liberdade para escolher posições alternativas que sejam mais confortáveis durante exames, avaliações e atendimentos clínicos.
- Acompanhamento pré-natal de mulheres com dificuldade de ficar em pé.
- Balança com acessibilidade para cadeiras de rodas.
- A iluminação da sala para exames deve considerar a presença de intérprete de Libras e a leitura de lábios para as mulheres com deficiência auditiva. O profissional responsável pelo procedimento deve ser capacitado para realizar a audiodescrição para mulheres com

deficiência visual. Mulheres com baixa visão, por exemplo, podem ter dificuldade em enxergar monitores devido à distância.

- O direito a receber atendimento prioritário, em todas as instituições e serviços de atendimento ao público, conforme estabelecido na Lei Brasileira de Inclusão.
- Prioridade no agendamento de consultas, tratamentos e exames para atender as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida conforme suas necessidades e especificidades em saúde.
- Recursos de acessibilidade para mulheres com deficiência auditiva e visual para agendamento de consultas, tratamentos e exames.

As Centrais de Interpretação de Libras (CIL) implementadas pela Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Ministério dos Direitos Humanos, em parceria com Estados e Municípios tem a finalidade de garantir atendimento de qualidade às pessoas com deficiência auditiva por meio de serviços de tradução e interpretação, de acordo com a demanda e a disponibilidade local de guia-intérprete; facilitar/viabilizar o acesso a serviços públicos e informações diversas; ampliar a comunicação e interação entre ouvintes e pessoas com deficiência auditiva.

Para mais informações acesse <http://www.mdh.gov.br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia>.

- Os profissionais de saúde devem atentar-se e avaliar as faltas frequentes em consultas e/ou exames, uma vez que podem se caracterizar como indicadores de obstáculos de acessibilidade, sendo necessários ajustes.

Alguns alertas de avaliação podem auxiliar os profissionais de saúde a identificar as causas para as faltas ou falhas no acompanhamento das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, assim como na elaboração de estratégias e/ou ações com a finalidade de garantir acessibilidade, tais como, alterações na organização do serviço. Destacam-se abaixo alguns pontos essenciais:

- Quais os canais de comunicação foram oferecidos e utilizados para agendamento, cancelamento, remarcação de consulta?
- Esses canais consideram a acessibilidade para as deficiências?
- As mulheres sentem-se acolhidas quando chegam ao serviço de saúde?

- Qual o tempo de espera? O tempo de espera é muito longo?
- Quando há atrasos, a mulher é avisada enquanto aguarda sua vez?
- 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?
- Existe alguma estratégia para avaliação da satisfação dos/as usuários/as, incluindo as pessoas com deficiência?
- 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?
- A iluminação é própria para que as pessoas com baixa visão possam enxergar os profissionais que farão o primeiro contato?
- Para evitar que algumas pessoas possam ficar ansiosas ou agitadas enquanto aguardam serem chamadas, reserve um espaço sem muita movimentação de pessoas, barulho ou luzes fortes. Mulheres com autismo ou deficiência intelectual podem ficar mais tranquilas nesses espaços.
- Adaptações e utilização de recursos tecnológicos nos serviços de saúde devem ser realizadas para que pessoas com deficiência auditiva e/ou visual possam identificar que estão sendo chamadas para atendimento, por exemplo.
- Os profissionais dos serviços podem acompanhar pessoas com dificuldade de comunicação ou com deficiência intelectual com a finalidade de auxiliar e/ou apoiar no entendimento quanto orientações sobre como se dirigir à sala desejada, por exemplo.
- Mulheres com nanismo ou baixa estatura podem ter dificuldade para subir escadas (degraus muito altos) e acionar o elevador (botões em altura inacessível).

- Os banheiros devem ter acessibilidade para mulheres com cadeiras de rodas, nanismo ou baixa estatura e também para as pacientes Ostromizadas. Os serviços de saúde devem ter corredores e portas largos, assim como, vasos e pias adaptados.

Para mais informações consulte: ABNT NBR 9050/2015.

4. Atenção Integral à Saúde da Mulher com Deficiência e Mobilidade Reduzida

A atenção integral à saúde da mulher com deficiência e mobilidade reduzida refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas em toda Rede de Atenção à Saúde.

A integralidade compreende o atendimento à mulher com deficiência e mobilidade reduzida a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade, especificidades e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Representa a aproximação para explorar as situações de vulnerabilidade a que as mulheres com deficiência estão submetidas.

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.

Recomenda-se que o cuidado à saúde da mulher com deficiência e mobilidade reduzida seja norteadado pelas políticas públicas do Ministério da Saúde como a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b), Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004c), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2015b), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens (BRASIL, 2010a), do Idoso (BRASIL, 20016), Saúde Mental (BRASIL, 2001a) e Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2012). E ainda, que utilize os pressupostos teóricos da clínica ampliada, da integralidade e do cuidado compartilhado,

com vistas à humanização, autonomia e protagonismo dos sujeitos nas práticas de saúde.

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.

A Atenção Básica tem como papel fundamental o acolhimento e identificação para avaliação em reabilitação com o estabelecimento de prioridades, ações e intervenções contextualizadas e o serviço especializado de referência do território deve ser identificado. Fundamental conhecer quem são as mulheres com deficiência que fazem parte da área de atuação de cada serviço e assim organizar atividades, como por exemplo rodas de conversa para reconhecimento das necessidades específicas.

É fundamental que os profissionais dos Núcleos Ampliado de Saúde da Família (NASF) e das equipes de Saúde da Família (eSF) - Atenção Básica, reconheçam também as questões que extrapolam as necessidades orgânicas, considerando as limitações individuais e de participação das mulheres com deficiência.

Nesse sentido, torna-se importante a avaliação da acessibilidade nos espaços em que a mulher com deficiência vive (escolas, trabalho, unidade de saúde, espaço de recreação, entre outros), assim como, a interlocução com os demais profissionais e serviços de modo intersetorial, a fim de garantir uma melhor qualidade de vida.

Atenção às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida em situação de violência

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres (BRASIL, 2011) define que a violência contra a mulher constitui “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Tal definição é ampla e abarca diferentes formas de violência contra a mulher:

- A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher,

compreendendo, entre outras, as violências física, psicológica, sexual, moral e patrimonial- em consonância com a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e com convenções e tratados internacionais.

- A violência ocorrida na comunidade e que seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar.
- A violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional).

A violência contra as mulheres não pode ser entendida sem se considerar a dimensão de gênero, ou seja, a construção social, política e cultural da(s) masculinidade(s) e da(s) feminilidade(s), assim como as relações entre homens e mulheres. É um fenômeno, portanto, que se dá no nível relacional e social requerendo mudanças culturais, educativas e sociais para seu enfrentamento, bem como o reconhecimento de que as dimensões de raça/etnia, de geração e de classe contribuem para sua exacerbação.

A violência contra mulheres constitui-se em uma das principais formas de violação dos seus direitos humanos, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física.

Vários estudos têm apontado a deficiência como uma condição de vulnerabilidade para a violência de gênero perpetrada contra mulheres com deficiência, como os de Ayesha Vernon (1999), Asunción Maya (2004), Jennifer Mays (2006), Anahi Mello e Adriano Nuernberg (2012), Stella Nicolau, Lilia Schraiber e José Ricardo Ayres (2013), Mello (2014), dentre outros. A violência de gênero abrange qualquer modalidade de violência, inclusive aquelas tipificadas na Lei Maria da Penha (BRASIL, 2001) que tenha por base o gênero. Pode ocorrer tanto no ambiente doméstico quanto no domínio público.

A violência contra as mulheres em todas as suas formas (institucional, doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres) é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças.

Contudo, há um outro tipo de violência contra pessoas com deficiência que não é baseada no gênero, mas que contribuem como um condicionante para a violência de gênero contra mulheres com deficiência. São as “violências capacitistas”, ou seja, as violências que se dão com base na discriminação por deficiência, aqui nomeada como capacitismo. Segundo Mello (2014), o capacitismo é a atitude preconceituosa que hierarquiza as pessoas em função da adequação dos seus corpos a um ideal de perfeição e capacidade funcional.

O enfrentamento à violência requer a ação conjunta dos diversos setores envolvidos com a questão (saúde, segurança pública, justiça, educação, assistência social, entre outros), no sentido de propor ações que: desconstruam as desigualdades e combatam as discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; promovam o empoderamento das mulheres; e garantam um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011).

Destacam-se conceitualmente os diferentes tipos de violência contra mulheres:

Violência institucional

É aquela praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos e é compreendida de maneira mais ampla como a falta de acesso aos serviços e a má qualidade dos serviços prestados, desde expressões mais sutis como abusos cometidos em virtude das relações desiguais de poder entre profissional e usuário em função de práticas discriminatórias sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual, religião e deficiência, um terreno fértil para a ocorrência de tal violência (TAQUETTE, 2007).

Violência Obstétrica

Considera-se Violência Obstétrica a violência institucional na atenção obstétrica promovida pela organização do serviço e pelos profissionais de saúde contra a mulher grávida durante a assistência ao pré-natal, parto, pós-parto, cesárea e abortamento. (CIELLO, 2012; KONDO, 2014).

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.

Por muitas vezes, as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida deixam de buscar atendimento devido às barreiras que impedem ou desestimulam o acesso à saúde (CIELLO, 2012; CARVALHO, 2014). Muitas mortes, morbidades e agravos à saúde podem ser evitados promovendo acolhimento, acessibilidade, assistência digna e respeitosa a todas as mulheres.

Violência doméstica

A violência doméstica configura-se em qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial. A Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) classifica a violência doméstica e familiar contra a mulher de 5 formas:

- Violência Física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal.
- Violência Psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause danos emocional e diminuição da autoestima ou que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.
- Violência Patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.
- Violência Moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

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

Geralmente, a violência sexual está acompanhada de outras agressões que incluem a violência física e psicológica. Pode acarretar lesões e traumas nem sempre visíveis, ou mesmo gerar internações, produzir sequelas físicas ou psíquicas, como a depressão e estresse pós-traumático ou levar à morte.

A violência sexual, em razão da própria situação e das chantagens e ameaças, que humilham e intimidam quem a sofreu, pode comumente vir acompanhada de sentimentos de culpa, vergonha e medo, sendo necessário tempo, cuidado e respeito no atendimento e na escuta ofertada nos serviços de saúde e em toda a rede assistencial. Isso significa garantir atendimento e atenção humanizada e uma escuta qualificada a todos (as) aqueles(as) que acessarem esses serviços.

O Decreto nº 7.958/2013 (BRASIL, 2013c) assegura que durante o atendimento é preciso observar os princípios do “respeito da dignidade da pessoa, da não discriminação, do sigilo e da privacidade”, além de aspectos como:

- O devido acolhimento em serviços de referência.
- A disponibilização de espaço de escuta qualificada com privacidade, de modo a proporcionar ambiente de confiança e respeito.
- A informação prévia das pessoas em situação de violência sexual, assegurada a compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento e a importância das condutas profissionais, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento.
- Divulgação de informações sobre a existência de serviços de referência para atendimento à violência sexual.
- A disponibilização de informações sobre os serviços de referência que asseguram a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual em toda a rede de atendimento do SUS e na rede de serviços de outras políticas

públicas (Assistência Social, Segurança Pública, Políticas para as Mulheres, Justiça, etc.) contribuindo para garantir um maior acesso e proteção.

No âmbito do SUS, as instituições envolvidas na atenção às pessoas em situação de violência sexual devem assegurar cada etapa do atendimento que for necessário. Isso inclui medidas de prevenção, emergência, acompanhamento, reabilitação, tratamento de eventuais agravos e impactos resultantes da violência sexual sobre a saúde física e psicológica, além do abortamento legal, se for solicitado pela mulher ou adolescente, de acordo com a legislação vigente.

Para mais informações acesse:

- ✓ Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica (BRASIL, 2012b). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- ✓ Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes (BRASIL,2009). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf.
- ✓ Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios (BRASIL, 2015c). Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>

Pessoas com deficiência, de qualquer modalidade, encontram-se em maior vulnerabilidade, em decorrência da exposição a condições e situações de risco, abusivas ou de violência e alguns casos pela situação de dependência, isto deve-se ao fato da condição de poder e hierarquia por parte do agressor. A vulnerabilidade ainda é maior

se a pessoa com deficiência pertencer a outro grupo de risco, como por exemplo, crianças ou mulheres (WILLIAMS, 2003).

Destacam-se fatores que aumentam o risco de violência contra pessoas com deficiência intelectual/mental:

- Dependência de outras pessoas para cuidados em longo prazo.
- Percepção de ausência de poder tanto pela vítima quanto pelo agressor.
- Percepção, pelo agressor, de menor risco de ser descoberto e punido.
- Os relatos de vítimas com deficiência obtêm menor credibilidade.
- Menor conhecimento pela vítima do que é adequado ou inadequado em termos de sexualidade.
- Isolamento social, o que pode aumentar o risco de ser manipulado por outros.
- Potencial para desamparo e vulnerabilidade em locais públicos.

Muitas mulheres com deficiência dependem de outras pessoas, seja de forma financeira, afetiva, ou para realizar as tarefas do dia a dia. Essa dependência as coloca em uma situação de maior vulnerabilidade a violências acrescidas às que as mulheres em geral já estão submetidas.

Alguns exemplos das violências contra as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida devem ser observadas pelos profissionais de saúde no cotidiano do processo de trabalho, nas visitas domiciliares, anamneses, etc:

- Confinamento forçado dentro da própria casa ou instituição.
- Desqualificação de falas da mulher, sentimentos, opiniões, decisões.
- Comentários ofensivos sobre seu corpo, deficiência, aparência.
- Desestimular o desenvolvimento da autonomia.
- Impedimentos para frequentar a escola ou qualquer outro dispositivo social.
- Impedimentos para aprender língua de sinais, braile, escrita.
- Impedimentos para procurar emprego.
- Impedimentos para ter relacionamento afetivo, ter relações sexuais, ou casar.
- Falta de acessibilidade na comunicação com familiares.
- Agressões físicas, psicológicas, simbólicas.
- Aplicação forçada de drogas psicotrópicas (tranquilizantes, por exemplo).
- Retenção de aparelhos de mobilidade, equipamentos de comunicação ou medicação que a mulher necessita.
- Ameaças de não apoiar e/ou abandono.

- Violações da privacidade.
- Provocar desconforto ou constrangimento da mulher, manter situação de constrangimento por muito tempo.
- Abuso sexual por familiares e cuidadores.
- Abuso sexual por membro da equipe de saúde de hospital ou instituição.
- Aborto forçado.
- Esterilização forçada.
- Institucionalização forçada.

Orientações para auxiliar identificação de violência contra mulheres com deficiência e/ou mobilidade reduzida:

- Você tem medo de alguém?
- Você tem sofrido alguma privação? Por exemplo: alguém impediu você de usar a cadeira de rodas, bengala, respirador e/ou outra tecnologia assistiva?
- Alguém de quem você depende se recusou a ajudá-la com alguma necessidade pessoal importante, como tomar remédios, ir ao banheiro, tirar você da cama, tomar banho, se vestir ou ajudar você a comer ou beber?
- Você foi insultada, humilhada, ameaçada ou perseguida por alguém?
- Alguém reteve pensões ou fez aplicação de valores sem seu consentimento?
- Você tem sofrido algum tipo de privação? Por exemplo: Alguém impediu sua intimidade, privacidade, acesso à informação, visitas ou convívio social?
- Você sofreu ou tem sofrido maus tratos físicos? Por exemplo: apanhou, levou tapa, foi chutada, empurrada, sacudida ou sofreu outra forma de agressão por alguém?
- Alguém tocou em partes íntimas do seu corpo sem sua permissão te deixando desconfortável?
- Alguém forçou você a ter relações sexuais?

Os serviços de saúde são importantes portas de entrada para as mulheres que sofrem violência, desta forma deve ser assegurado o acolhimento adequado, atendimento humanizado e respeitoso. Portanto é fundamental a formação do vínculo de confiança nos serviços de saúde para que as mulheres possam sentir-se à vontade para compartilhar experiências, sentimentos e também episódios de agressão.

Mulheres que sofreram alguma forma de violência frequentemente sentem-se envergonhadas, com sentimento de culpa e medo. O acolhimento é o primeiro passo para criar um vínculo de confiança com a usuária de saúde que permite a identificação de casos de violência contra a mulher (SASSAKI, 2011).

Na suspeita de um caso de violência contra a mulher com deficiência e mobilidade reduzida deve-se buscar um local com privacidade, esclarecer sobre o sigilo das informações, e principalmente não julgar. Mulheres são cotidianamente responsabilizadas pelas agressões que sofrem. Perguntas como "O que você fez para merecer isso?", "Por que ele fez isso com você" são culturalmente reproduzidas e reforçam a ideia de que a mulher merece ser agredida, ou que pessoas têm direito de agredir, maltratar, violentar mulheres. Muitas violências não deixam marcas pelo corpo.

O atendimento a um caso de violência deve envolver a equipe multidisciplinar e a rede de atenção à saúde. A mulher deve ser encorajada a participar das decisões, ser informada sobre os procedimentos, ser informada sobre seus direitos e formas de denunciar. Considere que muitas mulheres com deficiência e mobilidade reduzida são dependentes de seu agressor (familiar, cônjuge, curador) e sua decisão leva em consideração a sua relação com o agressor após uma possível denúncia.

Não julgue a mulher que decidir por não denunciar. Em todos os casos em que a mulher denunciar ou decidir por não denunciar, deve ser oferecido acompanhamento psicológico para a mulher e para a família.

A notificação nos casos de suspeita de violência contra mulheres, meninas, adolescentes e mulheres idosas é obrigatória. Registrar a notificação é dever do profissional de saúde, destacando a importância de que a privacidade das vítimas de violência, principalmente sexual, seja preservada. Essa notificação faz parte do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tem caráter estatístico e é utilizada para ajudar a definir prioridades nas políticas públicas de prevenção e enfrentamento da violência.

Para mais informações acesse: <http://portalsinan.saude.gov.br/>

Caso a/o profissional de saúde identifique qualquer tipo de violência ou violação de direitos humanos, o "Disque 100" é um serviço de utilidade pública do Ministério dos Direitos Humanos (MDH), vinculado a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, em especial as que atingem populações de vulnerabilidade, como por exemplo, pessoas com deficiência.

O Departamento de Ouvidoria Nacional dos Direitos Humanos tem a competência de receber, examinar e encaminhar denúncias e reclamações, atuar na

resolução de tensões e conflitos sociais que envolvam violações de direitos humanos, além de orientar e adotar providências para o tratamento dos casos de violação de direitos humanos, podendo agir de ofício e atuar diretamente ou em articulação com outros órgãos públicos e organizações da sociedade. As denúncias poderão ser anônimas ou, quando solicitado pelo denunciante, é garantido o sigilo da fonte das informações.

Para mais informações acesse: <http://www.sdh.gov.br/disque100/disque-direitos-humanos>

Promoção da Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) do Ministério da Saúde redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (atual Portaria GM/MS de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017) ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.

Para concretizar ações de promoção da saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, deve-se considerar a singularidade dos sujeitos e ter como estratégia operacional a transversalização das ações para a promoção da saúde na Rede de Atenção à Saúde, pautada em práticas de cuidado humanizadas, na integralidade, singularidade dos sujeitos e dos territórios e articulando-se com todos os equipamentos e serviços para a produção da saúde, assim como dispositivos intersetoriais para garantia de acesso aos direitos.

Orientações de promoção da saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida:

- As mulheres idosas, as mulheres adultas, meninas e adolescentes com deficiência devem ser estimuladas a praticar atividades físicas regulares de acordo com a aptidão de cada uma. Exercícios físicos aeróbicos, alongamentos, esportes podem promover diversos benefícios à saúde física, psicológica e social. Convide-as para participar dos grupos existentes em seu território.
- Perguntar, durante o acompanhamento nos Centros de saúde/Atenção Básica das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida sobre atividades físicas que a mulher está praticando ou gostaria de praticar. Quanto tempo de exercício está

praticando por semana? Quais são as atividades físicas que mais gosta de praticar?

- Um profissional de saúde especializado pode oferecer apoio para a escolha de exercícios que possam combinar preferências e habilidades, ajudar a elaborar um plano de exercícios e também pode fazer supervisão da prática de algumas modalidades que precisam de suporte.
- Prevenção e controle do tabagismo. Identificação de ações e estratégias para prevenir e/ou reduzir tabagismo, diminuindo dessa forma a vulnerabilidade e acometimentos relacionados.
- Promoção da alimentação saudável dentro do contexto, singularidade e necessidade de cada sujeito.
- Prevenção e/ou redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas.

Para mais informações: Política Nacional de Promoção da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

Cuidado à saúde e Manejo Clínico

A política de inclusão, qualificação e ampliação do acesso à saúde da pessoa com deficiência no Brasil implementada pelo Ministério da Saúde, no Eixo Saúde pelo Programa Viver Sem Limite, 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

No quadro abaixo estão algumas orientações correspondentes as 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 tratadas com base em evidências clínicas/científicas.

Quadro 1 - Problemas clínicos mais comuns enfrentados pelas mulheres com deficiência e mobilidade reduzida e alguns cuidados a serem observados pelos profissionais de saúde.

Fonte: North Carolina Office on Disability and Health, 2005

Problemas clínicos mais comuns	Causas	Cuidados/orientações
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 à diabete,	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.

	também tem predisposição a vaginites.	
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.
Infeção do trato urinário ou Incontinência urinária.	É mais comum em mulheres com deficiência, alterações neurológicas, perda do controle urinário e ostomizadas.	Orientação quanto a 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.
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.
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.	–

Osteoporose	Predisposição na pós-menopausa, Baixa Densidade Mineral Óssea - DMO, comprometimento da resistência óssea.	Abordar prevenção de quedas, fraturas e deficiências secundárias. Monitoramento periódico da DMO, principalmente as mulheres idosas.
Osteoartrose precoce, seguidas de dor	Condição esta 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.
Obesidade	Potencializa as deformidades, a dor musculoesquelética (coluna vertebral e outras articulações).	Orientação sobre educação alimentar e a prevenção da obesidade desde a infância

Reabilitação

Segundo o Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2012), a reabilitação é definida como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiência ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. Compreende-se, portanto, como um processo que objetiva a capacitação e o alcance do máximo potencial de habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, psicológicas e de funcionamento social. Este processo constitui-se de uma instrumentalização dos indivíduos com incapacidades, subsidiando-os com ferramentas necessárias para a obtenção de independência e autodeterminação.

A reabilitação, tradicionalmente, era focalizada no diagnóstico e tratamento clínico, sendo seus resultados medidos por indicadores objetivos, baseada em parâmetros exclusivamente biomédicos. Entretanto os modelos de reabilitação refletem uma mudança de paradigma e definem saúde em termos mais amplos, abordando a pessoa como um todo, indicando também que os fatores sociais, psicológicos e ambientais contribuem para a saúde e a qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Nesse sentido o processo de reabilitação deve ter enfoque biopsicossocial compreendendo o indivíduo em toda a sua complexidade.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001) determina uma nova compreensão e mensuração da deficiência, com ênfase nos fatores ambientais para a criação de deficiências. Esta Classificação determina em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo, pois engloba funções e estruturas do corpo, os componentes das atividades, pela execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade.

O processo de reabilitação requer uma abordagem global e interdisciplinar que envolva diferentes áreas de especialização e um trabalho interdisciplinar, para qualificação da ação conjunta com estabelecimento de prioridades, ações e intervenções contextualizadas.

A precocidade no processo de reabilitação é elementar para o resultado funcional e a prevenção de sequelas, que em sua maioria serão irreversíveis dado o atraso de seu início.

Exame Ginecológico

São muitas as dificuldades que se apresentam nos serviços de saúde que podem desestimular ou impedir o acesso ao acompanhamento ginecológico das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida. As distâncias, a vergonha, a dificuldade de despir-se durante a consulta, a falta de equipamentos acessíveis para exame ginecológico, a não consideração pelos profissionais de saúde sobre o exercício da sexualidade das mulheres com deficiência, a falta de informação adequada sobre prevenção de condições assintomáticas, a falta de privacidade quando é necessária a presença de um intérprete de Libras, por exemplo, e experiências anteriores negativas constituem as barreiras ao acesso nas ações e serviços de saúde, agravando dessa forma as vulnerabilidades que mulheres com deficiência e mobilidade reduzida estão expostas (CARVALHO, 2014; NSW, 2004).

Profissionais de saúde devem identificar e elaborar estratégias para garantir o acesso diante as especificidades de cada uma.

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 (Figura 1), deitada de lado com as pernas dobradas (Figura 2):

Figura 1:

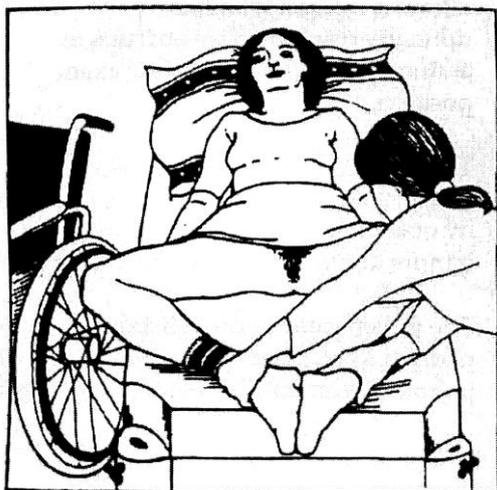


Figura 2:



Fonte: Table Manners and Beyond, 2001

- Mulheres com lesão medular podem preferir a posição deitada de lado com as pernas dobradas em direção ao peito, com uma perna mais dobrada que a outra, pois é mais fácil para introduzir o espéculo nos casos das mulheres que não conseguem manter suas pernas abertas.
- Considerar que algumas mulheres são alérgicas ao látex (presente nas luvas de procedimento, camisinhas masculinas, diafragmas entre outros). As mulheres com Espinha Bífida ou Mielomeningocele são alérgicas e podem apresentar reações alérgicas fortes.

- É fundamental que as equipes da Atenção Básica identifiquem no território de abrangência mulheres com deficiência e mobilidade reduzida e se essas mulheres estão realizando acompanhamento e consultas ginecológicas, exames de rotina para prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama, dentre outras ações relacionadas a saúde da mulher;
- Considerar que a mulher com deficiência e mobilidade reduzida pode ter sido submetida à histerectomia, e que isso não impede que ela realize os exames ginecológicos de rotina. Esteja atento para sinais e sintomas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) durante o atendimento e realização do exame ginecológico.

Menarca e Autocuidado da menstruação:

- A jovem com deficiência deve ser encorajada a aprender a usar absorventes durante o período menstrual, realizar sua higiene, e registrar informações sobre seu ciclo. Muitas adolescentes estão aptas a aprender a responsabilizar-se por tarefas do seu autocuidado, porém, a superproteção das famílias dificulta esse processo. O profissional de saúde pode apoiar o processo de avaliação de cada caso junto a adolescente e sua família;
- Algumas deficiências estão relacionadas com irregularidades da menstruação. É importante que o profissional de saúde consulte as especificidades de cada deficiência e condição de saúde;

Menopausa / atenção ao climatério:

- Mulheres com limitações de mobilidade têm riscos acrescidos para as condições que estão associados com a menopausa, incluindo doenças cardíacas e osteoporose.
- Recomenda-se abordagem humanizada destas mulheres, com o mínimo de intervenção e uso de tecnologias duras possível, já que o reconhecimento do climatério é essencialmente clínico e a maior parte das manifestações pode e deve ser manejada com hábitos de vida saudáveis, medidas comportamentais e autocuidado. O envelhecer é um processo biológico, não patológico, exigindo dos profissionais da saúde o cuidado pautado em princípios éticos aliados a competências relacionais, aconselhamento, orientações e educação para a saúde e a qualidade de vida.

- As mulheres com esclerose múltipla (EM) podem encontrar mais dificuldade quando comparado a outras mulheres devido à sua sensibilidade à flutuação térmica e pelo fato da EM ser sensível ao estrogênio.
- Mulheres com condições que afetam o intestino e bexiga podem ter um aumento dos problemas genito-urinários, incluindo infecções do trato urinário, pedras nos rins e bexiga e função renal mais pobre.
- Mulheres com alterações cognitivas e de humor associadas à sua deficiência, incluindo aqueles com EM e lesão cerebral, podem sofrer com o aumento das mudanças de humor, sono e memória associados à menopausa, particularmente.

Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva:

- Quando o Acesso às informações, bem como a serviços de saúde sexual e reprodutiva, é limitado às mulheres com deficiência, elas ficam mais vulneráveis a contrair Infecções Sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada e abusos sexuais. Por esta razão o profissional de saúde não deve presumir que estas mulheres não sejam sexualmente ativas, ou não necessite de tais cuidados.
- Diante do fato de que muitos parceiros e parceiras não estarem dispostos a usar preservativos, é essencial que haja suporte para que a mulher com deficiência possa ter autonomia em sua prevenção. Camisinhas femininas, métodos contraceptivos e lubrificantes devem ser oferecidas, assim como as instruções de uso de forma empática e sem pré-julgamentos sobre a satisfação da usuária;
- Em decorrência da deficiência, algumas mulheres poderão ter dificuldades em sentir e identificar os sintomas de algumas ISTs, relatar dor, ardor, outros desconfortos, ou de enxergar lesões e corrimentos. Para isso, é necessário que os cuidadores tenham a sensibilidade de perceber esses sinais e possam comunicar aos profissionais de saúde para identificação precoce de possíveis infecções e indicação do tratamento adequado.
- O profissional da Atenção Básica deverá durante a consulta ou nas atividades coletivas junto às mulheres, utilizar de abordagem acolhedora, envolvendo questões relacionadas à informação/educação em saúde, uso correto do preservativo masculino e feminino, uso do gel lubrificante, sinais e sintomas das ISTs, testes rápidos para Sífilis e HIV, Imunização para Hepatite Crônica pelo Vírus B (HBV) e Vírus do Papiloma Humano (HPV), Profilaxia pós-exposição

ao HIV, quando indicado e redução de danos. Além disso, tem em ênfase a adesão ao tratamento, comunicação, diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais (mesmo que assintomáticos) e a notificação das ISTs, conforme estabelecido.

- As equipes de saúde devem reforçar as ações de oferta e ampliação do acesso aos métodos contraceptivos para a população e o acompanhamento das mulheres de seu território que estão em idade fértil, considerando a corresponsabilização do homem pelo planejamento reprodutivo.
- É fundamental oferecer orientações e informações quanto ao uso dos métodos e garantir acesso a todos eles, inclusive a anticoncepção de emergência.
- Deve-se garantir acesso ao teste rápido de gravidez, para detecção precoce da gravidez ou oferta de método contraceptivo, caso não haja desejo de engravidar (ver Guia técnico Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica do MS).
- É de extrema importância ampliar o acesso dos homens adultos e adolescentes aos serviços de saúde, especialmente estimulando sua participação nas ações de planejamento reprodutivo, pois o homem exerce papel importante tanto na escolha quanto no uso de algum método contraceptivo, independente de ser ele ou sua parceira que faça uso do mesmo.
- A discussão sobre métodos contraceptivos deve priorizar a segurança do método para sua saúde (considerando os efeitos colaterais, riscos, complicações possíveis para sua condição, interações medicamentosas), e a reversibilidade do método. Alguns exames devem ser utilizados para subsidiar as decisões sobre a escolha do método.

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

Prevenção do câncer de mama e de colo do útero:

- No Brasil, a estratégia preconizada para o rastreamento de câncer de mama é a mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos. O exame clínico das mamas (ECM) deve ser realizado para investigação em caso de queixas mamárias. Durante o exame das mamas, caso a mulher com deficiência tenha uma limitação na mobilidade do braço ou na realização do exame, pergunte quais as posições em que ela fica confortável para o exame.
- Realizar o autoexame das mamas não deve ser orientado para o reconhecimento de lesões. Embora seja recomendado para que toda mulher, inclusive a mulher com deficiência, tenha conhecimento do seu próprio corpo.
- São considerados fatores de risco para câncer de mama: envelhecimento (idade > 50 anos), fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade ou primeira gravidez após os 30 anos), história pregressa ou familiar de câncer de mama, uso de álcool, tabaco, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante, terapia de reposição hormonal (estrogênio-progesterona).
- Estima-se que 12% a 20% das brasileiras entre 25 e 64 anos nunca realizaram o exame citopatológico, principal estratégia de rastreamento do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras. Entre as razões que levam a uma baixa cobertura no rastreamento do câncer de colo do útero encontra-se a dificuldade de acesso e acolhimento enfrentado pelas mulheres – mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida demandam adequações para acessar o serviço, já que barreiras arquitetônicas, culturais, ambientais ou atitudinais (resistência, discriminação ou despreparo dos profissionais) podem afastá-las do serviço
- O rastreamento para câncer do colo do útero deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres, inclusive as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, que iniciaram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais. Os exames devem seguir até os 64 anos de idade.

Para mais informações: Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, 2016.

Atenção obstétrica:

A atenção obstétrica deve ser adequada para atender a todas as mulheres, sem nenhuma forma de discriminação. Promover a acessibilidade para as mulheres com

deficiência e mobilidade reduzida na atenção obstétrica significa realizar adaptações físicas nas maternidades, hospitais e centros de parto normal; reorganizar serviços para inclusão de cuidados específicos para atender a especificidades individuais, superar as barreiras comunicacionais, e erradicar a violência obstétrica.

Garantir a acessibilidade é uma forma de promover a redução de morbimortalidade materna e neonatal, e principalmente de assegurar o exercício dos direitos humanos das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida.

Cuidado pré-concepcional:

Mulheres com deficiência e mobilidade reduzida, assim como outras mulheres, possuem desejos referentes à maternidade. Algumas desejam ter filhos, outras não desejam ter filhos. De todo o modo, os profissionais de saúde não devem julgar esses desejos e as decisões individuais, ou provocar qualquer forma de constrangimento por uma possível mudança de opinião.

O SUS oferece atualmente sete métodos contraceptivos reversíveis, os quais devem ser informados e oferecidos às mulheres com deficiência e mobilidade reduzida para garantir o direito ao sexo seguro e prevenção da gravidez. São eles: anticoncepcional oral combinado, anticoncepcional injetável mensal e trimestral, dispositivo intra-uterino, diafragma, minipílula, anticoncepção de emergência, preservativos feminino e masculino.

Algumas questões que os profissionais de saúde devem atentar-se ao cuidado em saúde para atenção obstétrica:

- Mulheres que desejam engravidar devem receber cuidados pré-concepção, portanto, deve-se avaliar a necessidade da prescrição de suplementos nutricionais como, por exemplo, ácido fólico (observar dosagem em caso de mulheres com espinha bífida ou mielomeningocele), solicitar exames laboratoriais para identificação e intervenção precoce de doenças que possam prejudicar a gravidez, realizar testes rápidos de HIV e sífilis para diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e avaliar a necessidade de encaminhamento para especialistas quando se fizer necessário.
- Algumas deficiências estão associadas com aumento de riscos na gestação. As mulheres com deficiência e mobilidade reduzida que manifestarem o desejo de engravidar, devem ser informadas sobre os riscos e complicações possíveis de

forma respeitosa, sem julgamentos, sem imposições. O momento dessa comunicação é delicado e o profissional de saúde deve demonstrar disponibilidade para responder as dúvidas, indicar estatísticas, informar quando não souber a resposta de alguma pergunta, indicar grupos e associações que possam prestar apoio, e encaminhar para outro profissional, se necessário.

- O cuidado pré-concepcional é essencial para homens e mulheres em geral e podem prevenir casos de malformação congênita, deficiência, morbidade e morte materna e infantil.
- Os profissionais de saúde devem estar atentos ao acompanhamento, avaliação e diagnóstico no rol de procedimentos das doenças raras para devida orientação e encaminhamento caso as famílias desejem realizar o Planejamento Familiar.
- A discussão sobre métodos de intervenção sobre a menstruação e métodos de contracepção em adolescentes deve priorizar a segurança do método para a saúde da mulher, considerando os efeitos colaterais, riscos, complicações possíveis para sua condição, interações medicamentosas, a invasibilidade e a reversibilidade do método. Alguns exames devem ser utilizados para subsidiar as decisões sobre a escolha do método.

Cuidado pré-natal:

A mulher com deficiência tem plena capacidade civil de exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária, portanto, ela tem o direito à maternidade e deverá receber assistência pré-natal por equipe multiprofissional devidamente treinada.

- Em geral, as mulheres sentem ambivalência sobre a maternidade diante de uma confirmação de gravidez. O profissional de saúde não deve julgar esse sentimento. É importante oferecer uma escuta atenciosa para que ela possa expressar seus sentimentos (alegria, tristeza, revolta, angústia, quaisquer outros) e sentir-se confortável para fazer perguntas referentes ao desenvolvimento da gestação, parto, cuidados com o bebê, assim como sobre os riscos e complicações possíveis para sua condição atual de saúde, interação de medicações para o desenvolvimento da gestação, suporte para cuidados do bebê,

desafios do dia-a-dia da maternidade, entre outras dúvidas que são importantes para ela.

- A gestação pode não ser planejada e pode não ser desejada. O profissional de saúde deve ter cuidado para não julgar e não rotular a mulher. Devem ser fornecidas orientações sobre planejamento reprodutivo para que ela possa identificar falhas no método contraceptivo e assim evitar uma nova gestação.
- Alguns casos de gravidez são resultantes de situações de abuso sexual. Mulheres com deficiência e mobilidade reduzida estão mais vulneráveis a esse tipo de violência, o profissional de saúde deve atentar-se para identificação de casos de violência.
- Algumas especificidades associadas à deficiência podem interferir na gestação e, portanto, devem ser consideradas.
- Todas as informações pertinentes ao atendimento à mulher no parto ou em alguma intercorrência devem estar registradas na Caderneta da Gestante.
- Os profissionais de saúde precisam fornecer informações sobre os benefícios da amamentação e suas eventuais intercorrências. Na Atenção Básica, as orientações relacionadas à amamentação devem ser iniciadas desde o pré-natal.
- O pré-natal de baixo risco deverá ser realizado na Atenção Básica. Caso a equipe de saúde da AB avalie a necessidade de acompanhamento por especialistas em obstetrícia, ou quando a gestação for considerada de alto risco, a gestante deverá ser acompanhada pela atenção especializada, coordenada pela AB, assim como os fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco e à urgência/emergência obstétrica.

Para mais informações: Cadernos de Atenção Básica, nº 32-Atenção ao pré-natal de baixo. BRASIL, 2013a.

- Todas as consultas, exames, vacinas, medicações, encaminhamentos para determinadas especialidades, sinais de alerta, e informações sobre a maternidade de referência para o parto ou emergência obstétrica, devem ser registrados na Caderneta da Gestante;
- É importante a realização de grupos e rodas de conversa com os profissionais de saúde, as gestantes e suas famílias para promover a troca de informações e experiências sobre a gestação, parto, nascimento, puerpério e amamentação.

- Deve-se envolver o pai/parceiro nas consultas de pré-natal, promovendo o pré-natal do parceiro e a paternidade responsável, a corresponsabilização no cuidado com a criança e o compartilhamento das tarefas domésticas.

Abortamento:

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Em todo caso de abortamento, a atenção à saúde da mulher deve ser garantida prioritariamente, provendo-se a atuação multiprofissional e, acima de tudo, respeitando a mulher na sua liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética para decidir, afastando-se preconceitos, estereótipos e discriminações de qualquer natureza, que possam negar e desumanizar esse atendimento.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional se certifique de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

Para mais informações: Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica. BRASIL, 2011a.

Preparação para o parto

O profissional de saúde deve atentar-se as seguintes questões:

- A preparação para o parto é essencial para que as mulheres possam conhecer os procedimentos mais comuns, identificar suas preferências, tomar conhecimento de seus direitos, conhecer um pouco das rotinas mais comuns para o parto e nascimento.
- Essa preparação pode incluir uma demonstração e simulação de como o parto pode ocorrer, esclarecimento sobre os métodos de alívio da dor (farmacológicos e não farmacológicos), posições em que ela pode ficar durante o trabalho de parto e no parto, como o (a) acompanhante pode ajudar nesse processo, procedimentos comuns realizados no recém-nascido, visitas à maternidade antes

do parto para familiarização com o local e com as equipes, entre outras questões pertinentes.

- A mulher também deve receber orientações para perceber as contrações uterinas do trabalho de parto. Algumas mulheres podem precisar de apoio para sentir essas contrações. Devem ser informados os sinais de alerta e a maternidade de referência para a qual ela deve ser encaminhada caso ocorra alguma intercorrência.
- Muitas mulheres desenvolvem muita ansiedade sobre como identificar o momento de ir para a maternidade, sobre como lidar com a dor do trabalho de parto e do parto. Uma preparação para o parto pode trabalhar essas questões de forma antecipada e pode facilitar o processo tanto para as mulheres quanto para as equipes.
- Os serviços de atenção obstétrica devem oferecer: privacidade, sigilo e confidencialidade. Assistência adequada e humanizada em tempo certo, com boas práticas de assistência embasadas nas melhores evidências científicas, considerando as especificidades de cada mulher e cada deficiência. Direito à escolha informada de procedimentos, via de parto, local de parto. Garantir presença de um acompanhante de livre escolha da mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, conforme Lei 11.108/2005, assim como a opção de ficar sozinha pelo período que desejar.
- Grupos de mulheres gestantes podem oferecer a oportunidade de compartilhar medos, expectativas, dúvidas, e estabelecer apoio mútuo entre as mulheres.
- Garantir acesso à anestesia em todos os casos indicados, assim como métodos não farmacológicos de alívio da dor (apoio emocional, massagens, banhos quentes, exercícios, técnicas de respiração e relaxamento).
- Garantir direito a recusa informada sem que resulte prejuízo na qualidade da assistência.
- Garantir liberdade para escolher posição para o trabalho de parto e parto.
- Garantir boas práticas no nascimento como contato pele-a-pele, clampeamento oportuno do cordão umbilical e amamentação na primeira hora de vida (exceto em casos em que é contraindicada a amamentação).

Pós-parto e Puerpério

O profissional de saúde deve atentar-se as seguintes questões:

- Deve-se encorajar a mulher a pegar o bebê, dar banho, trocar roupa, amamentar, todas as tarefas pertinentes ao cuidado de um bebê. Ela não deve ter o seu papel substituído, assim como não se deve fazer por ela o que ela consegue fazer. Nos primeiros dias, pequenos atos, fortalecem a autoconfiança na realização de tarefas diárias e auxiliam no vínculo da mãe com o bebê, bem como no desenvolvimento da criança.
- É possível a realização dessas atividades básicas para o vínculo mãe-bebê logo após o parto com a adaptação da sala de parto, garantindo dessa forma acessibilidade.
- O profissional de saúde deve estar atento aos sinais de depressão pós-parto, apoiar o desenvolvimento da autoconfiança, observar as capacidades, as potencialidades da mulher com deficiência e mobilidade reduzida e encorajá-la a cuidar do seu bebê, independente do impedimento de uma ou mais funções corporais.

Amamentação

O profissional de saúde deve atentar-se as seguintes questões:

- Forneça informações sobre os benefícios da amamentação e sobre onde a mulher pode encontrar apoio especializado. Ofereça uma escuta atenciosa para que ela possa ficar à vontade em compartilhar suas reais demandas, dúvidas, expectativas e motivações. A partir disso, alguns mitos podem ser esclarecidos, algumas dúvidas poderão ser respondidas, algumas demandas poderão ser encaminhadas para outros profissionais de saúde.
- Pode ser muito benéfico indicar grupos de apoio sobre maternidade (se houver em sua região ou território) para mulheres que estão preocupadas com o manejo da rotina com um bebê somado às dificuldades que ela já enfrenta no seu dia a dia.
- É fundamental que a mulher receba orientações sobre a amamentação durante o pré-natal e antes da alta da maternidade. As intervenções precoces podem promover experiências de amamentação sem sofrimento e sem dor, que podem influenciar na experiência de maternidade de cada mulher.
- As mulheres que desejam amamentar devem receber orientações sobre como ela pode estabelecer o aleitamento (pega correta, livre demanda, posições

confortáveis, adaptações para posicionamento do bebê), suporte para identificação de dificuldades e intervenção (rachaduras no bico do peito, empedramento, mastite, galactocele, baixo ganho de peso do bebê) e informações sobre os benefícios da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida da criança e complementada até os dois anos de vida

- A mulher também deve ter acesso às informações sobre como extrair e estocar leite para que uma outra pessoa (companheiro, cuidador, outro familiar) possa alimentar o bebê com leite materno através de copo ou colher;
- Deve-se envolver toda a família, em especial o pai/parceiro, no apoio à mulher durante a amamentação e cuidado com a criança
- Caso a mulher não possa amamentar, deve-se orientar a inibição da lactação e alimentação do bebê, conforme.

Para mais informações acesse: Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. BRASIL, 2004.

Infertilidade

Em geral mulheres com deficiência não apresentam risco para a infertilidade. Caso a mulher e seu parceiro/a identifiquem dificuldade na concepção e é uma preocupação relevante para a mulher, ela pode ser encaminhada para uma avaliação e orientação especializada. A dificuldade de engravidar não deve ser vinculada previamente à deficiência, mas deve ser considerada a correlação com outras condições de saúde do casal (NORTH CAROLINA OFFICE ON DISABILITY AND HEALTH, 2005).

Atenção à Saúde Mental

Toda pessoa é capaz de entender o mundo e de alguma maneira expressar sua vontade, independente de verificação ou avaliação de saúde que constate diagnóstico de transtornos mentais ou sofrimento psíquico, e toda ação de saúde deve respeitar a autonomia da mulher com deficiência e mobilidade reduzida. Também, não se deve presumir que a atividade sensorial e motora - por exemplo, os modos de se comunicar ou se locomover - percebida como diferente de algum padrão de normalidade impliquem deficiência intelectual ou mental.

É do serviço a responsabilidade de tornar-se acessível através da compreensão do que a mulher com deficiência e mobilidade reduzida diz sobre si, sendo necessário o investimento em qualificação técnica em prol da acessibilidade, respeitando os referenciais culturais e formas de expressão da vontade.

Constitui barreira de caráter atitudinal para acessibilidade da mulher com deficiência e mobilidade reduzida nos serviços de saúde a categorização da pessoa por conceito, diagnóstico, especialidade, tipo de serviço, nome ou adjetivo de valor social pejorativo ou simplesmente não desejado pela pessoa.

É importante que os trabalhadores de saúde compreendam que as mulheres frequentemente se depararam com situações em que ficam vulneráveis em decorrência de estruturas sociais pautadas por relações de misoginia e machismo. Essas relações de opressão sobre seu comportamento social e sobre os seus corpos causam sofrimento e muitas vezes geram e agravam transtornos mentais nas mulheres. As mulheres com deficiência e mobilidade reduzida também lidam com essa realidade diariamente, com o agravante de uma cobrança social sobre seus comportamentos e seus corpos, frequentemente enquadrados em um padrão de normalidade construído socialmente, o que gera sofrimentos. Atenção e escuta às questões de gênero são essenciais no cuidado à saúde mental.

As mulheres com deficiência estão em risco de depressão e transtornos de saúde mental em função do isolamento, dependência, baixa auto-estima e falta de relações íntimas com outras pessoas. No entanto, a depressão clínica e outros distúrbios de saúde mental não devem ser considerados uma resposta normal a uma deficiência. Devem ser identificados métodos não saudáveis de lidar com o sofrimento psíquico como, por exemplo, uso de álcool, abuso de drogas, tabagismo. O tratamento deve considerar métodos farmacológicos e não-farmacológicos de depressão e outros problemas de saúde mental. A presença de uma deficiência não deve excluir a utilização de medicamentos, aconselhamento e psicoterapia, se tal se justificar. (NORTH CAROLINA OFFICE ON DISABILITY AND HEALTH, 2005).

A OMS recomenda priorização de políticas públicas para grupos vulneráveis com necessidades especiais de saúde mental, com destaque para mulheres vítimas de abusos (OMS, 2001). Cabe destacar que as mulheres com deficiência e mobilidade reduzida estão mais vulneráveis a sofrer violências, sendo importante ter atenção para

demandas relativas à saúde mental. E há ainda casos em que a própria situação de violência contra a mulher decorre da condição de pessoa com deficiência.

Todas as pessoas, em alguma medida, necessitam de cuidado e apoio social, é inerente à condição humana ter períodos na vida em se precise de maior cuidado, notadamente na infância e na terceira idade. Quando há mudança no corpo ocasionada por lesão ou doença, ou há mudança significativa no ambiente e nas relações sociais segue-se um período de reorganização da relação entre corpo e ambiente, bem como da configuração da rede social, de apoio e de cuidado. A mulher fica mais exposta a novas percepções de si - ao estranhamento, surpresa, medo, tristeza, superação - e a novas percepções das pessoas com quem se relaciona. É importante, ao atender a mulher com deficiência, perguntar sobre sua rede social - não apenas na sua família, mas também amigos, vizinhos -, pessoas com quem pode contar e para quais atividades na dinâmica da vida diária, bem como os recursos da cidade que utiliza.

Um aspecto a se observar é a feminilização do cuidado, ou seja, a tendência do papel de cuidar cotidianamente ser atribuído majoritariamente a mulheres. A depender da intensidade de apoio requisitada pela mulher com deficiência, a cuidadora pode ter maior propensão ao estresse. Há casos, por exemplo, em que uma pessoa abdica de aspirações pessoais para dedicar-se a cuidar de outra. Independente da intensidade de apoio que requer a mulher com deficiência e mobilidade reduzida possivelmente também exerce a função de cuidado. Recomenda-se que equipes de saúde acolham as cuidadoras em suas necessidades de saúde, e estejam disponíveis a compartilhar as estratégias de cuidado.

A atenção psicossocial pressupõe o cuidado intersetorial e em rede. É importante que o trabalhador/a de saúde esteja atento às necessidades da usuária para além do que o serviço de saúde pode oferecer. O cuidado em rede, com compartilhamento de casos com responsabilização entre os pontos de atenção, garante o direito ao acesso às políticas públicas e tem resultados mais positivos na melhora da qualidade de vida de usuárias atendidas no SUS. Saúde mental é muito mais do que saúde, é a garantia de direitos, a participação social, a vida comunitária, o acesso à educação, ao lazer e à cultura.

Para mais informações: Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003).

Referências Bibliográficas

AMARAL, Mariana Clivati do. Sexualidade e deficiência mental: impacto de um programa de orientação para famílias. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006.

_____. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual : matriz pedagógica para formação de redes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Ministério da Saúde, 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. reimpressão. Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Decreto nº 7.958, de 13 de Março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, 2015.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015a.

_____. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2015b.

_____. Ministério Da Saúde. Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios. Brasília, 2015c.

_____. 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.

_____. Portaria nº 2.436, De 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017.

BUENO de Sá, A.; MALLOZI, C.M.; Solé, D. Alergia ao látex: atualização. Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia, v. 33, n.5, p.173-183, 2010.

CARVALHO, Camila Fernandes da Silva; BRITO, Rosineide Santana de; MEDEIROS, Soraya Maria de. Análise contextual do atendimento ginecológico da mulher com deficiência física.. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 114-117, 2014

CD- Censo Demográfico. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE. 2010.

CDPD-Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. - 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

CIELLO C, CARVALHO C, KONDO C, DELAGE D, NIY D, WERNER L. Violência obstétrica: “parirás com dor”. Brasília: Senado Federal, 2012.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, jan. 2002

Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim 1995.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dezembro, 2010.

KONDO YC, SILVEIRA JMK, NIY YD, SILVA DELAGE ARD, BUZATTO PINHA MBG, SALGADO. Violência obstétrica é violência contra a mulher. Mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica. São Paulo: Parto do Princípio; 2014.

TAQUETTE, Stela R. (Org.) Mulher Adolescente/Jovem em Situação de Violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007.

MAYS, Jennifer. Feminist Disability Theory: Domestic Violence Against Women with a Disability. *Disability and Society*, 21(2), pp. 147-158, 2006.

MAYA, Asunción M. Mujer y discapacidad: una doble discriminación. Hergue: Andaluza; Huelva, 2004.

MELLO, Anahí Guedes de; NUERNBERG, Adriano Henrique. Gênero e Deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 635-655, 2012.

MELLO, Anahí Guedes de. Gênero, Deficiência, Cuidado e Capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Antropologia Social. UFSC- Santa Catarina, (2014).

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013

NORTH CAROLINA OFFICE ON DISABILITY AND HEALTH A provider's guide for the care of women with physical disabilities and chronic health conditions. Villanova, 2005

NSW Cervical Screening Program. Preventative Women's Care for Women with Disabilities - Guidelines for General Practitioners. Background and Literature Review. Parramatta, Australia, 2004.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Geneva. WHO, 2001.

OMS-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos- São Paulo: SEDPcD, 2012.

PISCITELLI, Adriana. Recriando a (categoria) mulher? In: ALGRANTI, L. (Org.). A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos, n. 48. Campinas: IFCH/Unicamp, 2002.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Tradução Jones de Freitas. 2007. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/Yogyakarta.pdf> >

SASSAKI, Romeu Kazumi. Violência contra Mulheres com Deficiência. The International Network of Women with Disabilities (“Rede Internacional De Mulheres Com Deficiência”). Centro para Estudos de Políticas sobre Mulheres. Tradução: Romeu Kazumi Sasaki, 2011.

VERNON, A. The dialectics of multiple identities and the disabled people's movement. Disability Society, 385-398, 1999.

Williams, L. C. A. Sobre deficiência e violência: Reflexões para uma análise de revisão de área. Revista Brasileira de Educação Especial, 9(2), 141-154, 2003.

Table Manners and Beyond, The Gynecological Exam for Women with Developmental Disabilities and Other Functional Limitations. Edited by Katherine M. Simpson, MA, MFCC. May, 2001