



MULHERES COM DEFICIÊNCIA: REFLEXÕES SOBRE A TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

WOMEN WITH DISABILITIES: REFLECTIONS ON THE PATH OF PUBLIC HEALTH POLICIES

MUJERES CON DISCAPACIDAD: REFLEXIONES SOBRE EL CAMINO DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Livia Fajin de Mello dos Santos¹, Paulo Alexandre de Souza São Bento², Audrei Castro Telles³, Raquel Fonseca Rodrigues⁴, Rozania Bicego Xavier⁵

RESUMO

Objetivo: promover reflexões sobre a trajetória dos programas e políticas direcionados as pessoas com deficiência e as mulheres no Brasil e suas implicações na assistência em saúde da mulher com deficiência. **Método:** estudo descritivo, de reflexão teórica. **Resultados:** a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência traz, como diretriz, a assistência integral à saúde das pessoas. No entanto, o que se percebe é que embora as mulheres com deficiência constituam porcentagem expressiva do total da população brasileira, poucas conseguem ter seus direitos assegurados e garantidos por lei, fundamentados no princípio da igualdade. **Conclusão:** fragilidades na organização e operacionalização da atenção à saúde das pessoas com deficiência são percebidas, em especial das mulheres com deficiência. **Descritores:** Mulheres; Pessoas Com Deficiência; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Objective: to promote reflection on the history of programs and policies targeted people with disabilities and women in Brazil and its implications for health care of women with disabilities. **Method:** a descriptive study of theoretical reflection. **Results:** the National Health Policy of Persons with Disabilities provides, as a guideline, the comprehensive health care of people. However, what we see is that although women with disabilities constitute a significant percentage of the total population, few can have their rights guaranteed and secured by law, based on the principle of equality. **Conclusion:** weaknesses in the organization and operation of health care for people with disabilities are perceived, especially women with disabilities. **Descriptors:** Women; People with Disabilities; Public Policy.

RESUMEN

Objetivo: promover la reflexión sobre la historia de los programas y políticas dirigidos personas con discapacidad y las mujeres en Brasil y sus consecuencias para la salud de las mujeres con discapacidad. **Método:** estudio descriptivo de la reflexión teórica. **Resultados:** la Política Nacional de Salud de las Personas con Discapacidad establece, como norma, la atención de la salud integral de las personas. Sin embargo, lo que vemos es que si bien las mujeres con discapacidad constituyen un porcentaje importante de la población total, pocos pueden tener sus derechos garantizados y asegurados por la ley, con base en el principio de igualdad. **Conclusión:** las deficiencias en la organización y funcionamiento de la atención sanitaria para las personas con discapacidad se percibe, sobre todo las mujeres con discapacidad. **Descritores:** Mujeres; Personas Con Discapacidad; Las Políticas Públicas.

¹Enfermeira, Professora Mestre, Associação Brasileira de Ensino Superior/ABEU. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: liviafajin@gmail.com; ²Enfermeiro obstétrico, Mestre, Tecnologista pleno em saúde pública, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: saobento@iff.fiocruz.br; ³Enfermeira Especialista, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Tecnologista Junior pelo INCA. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: audreitelles@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira obstétrica, Mestre, Tecnologista pleno em saúde pública, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: quelfr@iff.fiocruz.br; ⁵Enfermeira obstétrica, Mestre, Tecnologista pleno em saúde pública, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz/IFF/Fiocruz. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: r.bicego@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A partir de análise das políticas e programas de saúde direcionados as pessoas com deficiência (PcD) e as mulheres no Brasil, pretende-se promover reflexões sobre a trajetória desses programas e políticas e suas implicações na assistência em saúde da mulher com deficiência. Não é intento, deste artigo, explorar este tema à exaustão, tampouco propor-se ao esgotamento de forma conclusiva. Ao contrário, busca-se a ampliação de olhares frente à temática e a proposição de desafios.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência define que PcD “são aquelas que têm impedimento 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”. PcD sempre estiveram presentes na sociedade humana, o tratamento dado a estes sujeitos varia conforme os valores e normas nas diferentes culturas, nos diferentes momentos. Todavia, duas posturas sociais podem ser claramente identificadas em relação a elas: a da tolerância e do apoio; e a da eliminação e da segregação.^{1:3}

Mulheres com deficiência constituem porcentagem expressiva do total da população brasileira, mas poucas conseguem ter seus direitos assegurados e garantidos por lei, fundamentados no princípio da igualdade. São duplamente discriminadas, tanto pela questão de gênero quanto por terem algum tipo de deficiência², sem contar com outras formas de discriminação, tais como, racial, sexual, classe, etc.

Deve-se ressaltar que as políticas nacionais de saúde, anteriores à década de 80, preconizavam ações voltadas para a saúde materno-infantil com a visão restrita da mulher ao papel social de mãe e sua especificidade biológica. Os movimentos feministas criticavam esse modelo de assistência, pois reduzia a assistência em saúde da mulher apenas aos cuidados durante o período gravídico-puerperal. Desde então algumas mudanças ocorreram, questões antes negligenciadas passaram a ser introduzidas na agenda política nacional. A mulher começou a ser vista, sob a égide política, como sujeito de direito que possui necessidades que vão além da gestação e parto.

O Artigo 6 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência¹, reforça a necessidade de atendimento das demandas específicas da mulher com deficiência no planejamento, desenvolvimento e

monitoramento das políticas públicas nas esferas locais, regionais e internacionais. Essa mulher sofre discriminação e violência no âmbito institucional, quando busca assistência nos serviços públicos em função de condições inadequadas.

● As políticas de saúde e a mulher com deficiência

Na década de 60 ocorreu a formulação de um conceito de deficiência pela Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), refletindo uma estreita relação entre as limitações que experimentam as PcD, a concepção e estrutura do ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão. Contudo, essa concepção só passou a ser adotada em todo o mundo no ano de 1982, pelo Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência.³

O direito à saúde é uma das diretrizes estabelecidas pelo programa, onde as PcD têm o direito de usufruir em condições de igualdade das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e social. Os Estados devem traduzir estas melhorias em políticas, planos e programas voltados para essas pessoas.

Reverso a década de 70, surgiu no Reino Unido um movimento de deficientes - o modelo social da deficiência - a esfera saiu da exclusividade do discurso biomédico e entrou para o campo das ciências humanas e sociais. Os teóricos desse modelo entendiam a deficiência como uma forma de opressão social e não como uma tragédia pessoal.⁴ No Brasil, nesse período, se evidenciava a crise financeira com reflexos no modelo biomédico, reforçando ações de saúde pautadas na prática curativa e assistencial. Em 1974, com a finalidade de reduzir a mortalidade materno-infantil, surgiu o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com foco na assistência à mulher na fase reprodutiva, trazendo como proposta governamental o controle da natalidade através de medidas intervencionistas, justificadas pelas ideias das desigualdades sociais e econômicas como produto do crescimento populacional.⁵

No período de 75 a 80, o Brasil se deparou com altos índices de mortalidade materna e infantil, voltando todos os esforços para essa parcela da população. Nessa época, no que tange a atenção às PcD, a Organização das Nações Unidas (ONU) consolidou o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, elevando a discussão da situação das PcD no mundo, em especial nos países em desenvolvimento, uma vez que, nestes países,

questões referentes à pobreza e injustiça social tendem a agravar a situação.^{3,5} A propósito, a Década da Mulher foi instituída no período de 1975 a 1985.

Em 1984 foi instituído o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) que levantou algumas questões que outrora não foram contempladas. Esse programa incluiu ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. A saúde da mulher deixou de ser restringida somente a esfera da reprodução e passou a englobar a assistência em clínica ginecológica, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer do colo do útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.⁶

As mulheres, nesse período, começaram a ganhar voz através dos movimentos feministas, exigindo do governo uma política que garantisse o direito à saúde integral. Essa proposta governamental estava fundamentada na concepção de integralidade, trazendo como diretriz o acesso à saúde dos níveis mais simples até os mais complexos. A concepção de integralidade na literatura científica é polissêmica. As definições perpassam pela ideia de viabilização do acesso aos diferentes níveis de atenção, organização de serviços, práticas de saúde e à abrangência das políticas de saúde, indo até ao acolhimento e vínculo entre usuários e profissionais de saúde.^{7,8} O PAISM, ao incorporar o termo *integral*, trouxe a necessidade de que a saúde das mulheres fosse abordada a partir de uma compreensão do lugar que elas ocupam nas relações sociais de gênero e as respectivas consequências para a saúde.⁸

No que tange as relações de gênero e a deficiência, uma das críticas feitas pela corrente feminista, ao modelo social da deficiência, foi a de que a opressão ao corpo deficiente não era um fato desvinculado de outras variáveis de desigualdade como raça, gênero e idade. Certamente, mulheres com deficiência sofrem violações de direitos em proporções semelhantes aos homens com deficiência, no entanto, os valores de autonomia, independência e ideais de sujeitos produtivos, difundidos e associados como tarefa masculina, podem fazer com que mulheres, na mesma situação de restrição, não busquem por uma reparação das desigualdades.⁹

A década de 80 foi marcada por avanços no processo de democracia e, em conformidade a esse ideário democrático, os direitos das PcD foi assegurado nas mais diferentes dimensões e aspectos na Constituição Federal de 1988.

Neste mesmo período foram regulamentadas algumas leis e, no que diz respeito à temática deste artigo, destaca-se a Lei nº 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às PcD e a sua integração social.³

Esse contexto de democratização da saúde contribuiu para a proposta da Reforma Sanitária, defendida por movimentos sociais e sanitários da época, apresentada na Oitava Conferência Nacional de Saúde. A situação sanitária do Brasil foi um dos grandes temas em discussão dando origem à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios a universalidade no acesso, a descentralização dos serviços e a integralidade na assistência a partir da municipalização e participação popular.⁵

Nos anos 90 houve uma evolução no conceito de deficiência ancorado em princípios filosóficos, metodológicos e políticos. A limitação da atividade, que era considerada como incapacidade, passou a ser percebida como dificuldade no desempenho pessoal.³ As PcD passaram a ser aceitas, de fato, como sujeitos de direitos, e a sociedade começou a empregar o termo *integração*, para indicar que PcD podiam participar dos atos da vida civil, evidentemente, desde que se esforçassem. Os cadeirantes não teriam que se importar com as barreiras arquitetônicas; os surdos, ainda que não ouvissem, teriam que falar fluentemente.¹⁰

A década de 90, para a mulher, foi marcada por iniciativas públicas que se intensificaram com os movimentos feministas. Em 1991 foi fundada a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos e em 1993, criou-se a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA), em defesa dos direitos da mulher como cidadã e como sujeito ativo da saúde reprodutiva. Neste mesmo ano (1993) ocorreu a Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena, onde foi declarado que os direitos das mulheres são direitos humanos.^{5,11}

Em 1995, em Pequim, a IV Conferência Mundial da Saúde circunscreveu os direitos sexuais e reprodutivos, assim como, os obstáculos da igualdade e equidade entre as mulheres na perspectiva da discriminação racial e étnica.⁵ A luz do que foi apresentado, percebe-se que até meados da década de 90, mesmo após várias conferências e movimentos sociais, questões relativas à saúde das mulheres com deficiência ainda não haviam sido discutidas nas políticas públicas voltadas ao grupo, reforçando a invisibilidade social dessa população.

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM),

que incorporou o enfoque de gênero, integração, direitos sexuais e reprodutivos, planejamento familiar, infertilidade e reprodução assistida, saúde mental, combate a violência, prevenção e tratamento de HIV/AIDS, portadoras de enfermidades crônicas e queixas ginecológicas. Além da atenção dirigida as mulheres negras, rurais, presidiárias, lésbicas, indígenas e com deficiência.¹² A Política atual vigente teve seus princípios e diretrizes reimpressos pelo Ministério da Saúde em 2009 e 2011.

Essa política, exitosa desde a sua implementação, possui alguns desafios¹³ que dificultam colocar em prática os objetivos propostos pela mesma. Superar o modelo biomédico é um destes desafios, pois com sua base reducionista e tecnocrática¹⁴, dificulta a assistência às mulheres na perspectiva integral; outros desafios são: questões estruturais que limitam o acesso à saúde comprometendo a qualidade na prestação de serviços de saúde; a ausência da contextualização da mulher no campo das relações de gênero e o domínio da heteronormatividade.

No dia 05 de junho de 2002 foi instituída, pela Portaria n.º MS/GM 1.060, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, direcionada para a inclusão das PcD em toda a rede de serviços do SUS. No entanto, o documento só teve a primeira publicação em 2008, essa política vigente atualmente, traz como diretriz a assistência integral à saúde das pessoas, pontuando que uma PcD, além da atenção específica da sua própria condição, é uma cidadã que pode ser acometida por agravos e doenças comuns aos demais, necessitando de outros tipos de serviços além daqueles ligados especificamente a sua deficiência.³ A ideia de inclusão social surge como substituição da prática da integração social, uma vez que a sociedade necessita ser modificada para atender as necessidades de todos os seus membros.

Para garantir e assegurar o direito à igualdade da PcD - especialmente a mulher - não basta proibir a discriminação, mediante legislação repressiva. Tornam-se essenciais as estratégias promocionais capazes de estimular a inclusão dessas pessoas socialmente vulneráveis. Assim, a sociedade deve propiciar, prioritariamente, os meios necessários para inserir a PcD no convívio social, valorizando seu trabalho e suas qualidades pessoais.² Uma mulher deficiente deve ter acesso a toda a rede do SUS, nos diversos níveis de complexidades, especialidades médicas e, não somente,

somente às instituições de reabilitação. O que acontece é uma desarticulação, fragilidade e descontinuidade na assistência, uma vez que os programas de saúde são bastante centralizados, sem contemplar à saúde das pessoas com deficiência.³

Em relação à saúde da mulher, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência mostra que os métodos e técnicas, específicas para garantir ações voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, serão considerados como elemento da atenção integral e terão interface com outras políticas, no nível de ações primárias e secundárias para o controle das gestantes de alto risco.³

No dia 15 de março de 2011 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, tendo como base a atualização e o aprimoramento das ações e políticas, propostas no II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, aprovado em 2007 na 2ª Conferência. Esse plano representa as áreas de preocupação levantadas pelas mulheres, dentre elas: autonomia econômica e igualdade no mundo do trabalho, com inclusão social; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de todas as formas de violência contra as mulheres; enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia.¹⁵ *Não foi encontrada nenhuma discussão sobre mulheres com deficiência.*

A partir das reflexões levantadas, observa-se que o Brasil vivenciou muitos anos de luta para a incorporação dos direitos das PcD, obtendo várias formas de benefícios como direitos a não discriminação, à educação, acessibilidade e à informação, tendo um valor expressivo no combate às desigualdades. Contudo, ainda vive-se uma contradição, pois mesmo tendo uma legislação que contemple os direitos das PcD, ainda persiste a invisibilidade, a desigualdade naturalizada intrinsecamente, velada e opacificada.¹⁶

Assim, mesmo após conquistas feitas pelo movimento brasileiro das PcD amparados pela Corde, pelo empenho dos órgãos governamentais e das instituições, as PcD não usufruem, de forma plena, dos direitos de cidadania conquistados. Na observância deste fenômeno, na intenção de fortalecer a autonomia e de desenvolver as potencialidades dos brasileiros com deficiência, a Presidência da República lançou, em 17 de novembro de 2011 (Decreto n.º 7.612), o Viver sem limite - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, assim como, criou a Secretaria Nacional de Acessibilidade e Programas Urbanos. O plano tem o objetivo de promover a cidadania e

autonomia, assim como, fortalecer a participação da PcD na sociedade, eliminando barreiras e permitindo o acesso e o usufruto, em bases iguais, aos bens e serviços disponíveis à população.¹⁷⁻⁸

Para assegurar, até 2014, o alcance de metas em áreas como educação, inclusão social, acessibilidade e saúde são, pelo menos, R\$ 7,6 bilhões investidos. A proposta pode contribuir com, aproximadamente, 45,6 milhões de pessoas (com algum tipo de deficiência). Além da saúde, as outras ações estratégicas previstas tem investimento na ordem de R\$ 78,1 bilhões, oferecendo melhores condições de acesso e formação nas instituições de ensino, apoio as PcD em situação de risco e o Programa Minha Casa Minha Vida 2, voltado para adaptação das moradias.¹⁹

● Implicações na assistência às mulheres com deficiência

Embora a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) intente alcançar as mulheres em todos os ciclos de vida, considerando as suas especificidades, assinala-se nesta reflexão alguns desafios importantes. Após avaliação detida da Política Nacional supracitada, percebe-se que a questão da deficiência não é discutida, pois o termo mulher deficiente aparece apenas nas diretrizes e entre parênteses, como exemplo de grupos populacionais que a política pretende resguardar. Depreende-se então, que muito embora a proposta ministerial seja um passo a mais na perspectiva da integralidade, um dos desafios é retirar a mulher deficiente da situação de invisibilidade, existente também na própria Política.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência evidencia um problema que tem um impacto muito importante na elaboração das políticas de saúde, a inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional que retratem, de forma atualizada, a realidade da deficiência no Brasil.³ Existe um déficit de achados de pesquisas que procurem lançar luz para os comprometimentos da saúde da mulher com deficiência. Pesquisas que considerem todo o ciclo de vida e as ações de prevenção e promoção da saúde voltadas para esse grupo específico. A assistência prestada às mulheres pode ser prejudicada pelos poucos achados, mas também serve de base empírica para a produção do conhecimento que poderá devolver a assistência eixos para sua melhor sistematização, qualificando a mesma. É uma via de mão dupla.

Um fator determinante, para contribuir com a assistência prestada a essas mulheres, está na necessidade de uma política pública voltada para elas. Para se mudar postura profissional e institucional é necessária adequada estruturação. Essa questão não se limita somente aos muros das instituições, mas está refletida no Estado, pois todas as pessoas, no Brasil, têm direito universal à saúde. Quando recebem orientações sobre a sua saúde e informações sobre como viver com as modificações do seu corpo, as mulheres com deficiência podem se sentir capazes de tomar o controle de sua vida, buscando o respeito e apoio das pessoas. Na vivência de boa saúde, uma mulher com deficiência, passa a gozar de um bem estar amplo. Por isso, há que se desfazer os obstáculos que impedem a oportunização de uma boa vivência de saúde para a mulher.²⁰

Para o exercício da cidadania é necessário, como passo inicial, iniciativas voltadas ao empoderamento da mulher, como por exemplo, por meio da participação em projetos com vistas a propor demandas para as políticas públicas. Os profissionais de saúde devem atuar como facilitadores desse processo, na medida em que podem despertar nas mulheres condições para mudanças relacionadas à consciência, aos seus direitos e capacidades. Atores que, no exercício de seu papel como profissionais de saúde, estimulam a autonomia e inclusão das mulheres nas políticas sociais.

O Viver sem Limites é terreno fértil para o florescer destas possibilidades. Na questão saúde, o Plano prevê ações voltadas à atenção neonatal, teste do pezinho, habilitação e reabilitação, qualificação das equipes da atenção primária à saúde, entre outros. Metas e ações foram pactuadas até 2014, dentre elas, a criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER). O cenário político atual é favorável para a discussão das questões referentes à saúde da mulher deficiente, que possam emergir e ganhar destaque nas políticas públicas com suas especificidades debatidas, com vistas à melhoria e ampliação da atenção à saúde deste grupo. Afinal, a convite da apresentação do Plano, devemos disseminar, implementar e fiscalizar a efetivação das políticas públicas apresentadas no mesmo, como responsabilidade social.²⁰ Alguns desafios estão postos para a enfermagem, tais como, a inserção na graduação de discussões e estágios curriculares que atendam o cuidado às PcD, além de projetos de extensão e pesquisas científicas voltados para estas questões.¹⁸

CONCLUSÃO

O Sistema Único de Saúde, há mais de vinte anos, vem ressaltando o conceito de integralidade e equidade na assistência à população, mas percebem-se fragilidades na organização e operacionalização da atenção à saúde das PcD. Este artigo procurou dar relevo às mulheres com deficiência, pois foram e ainda são invisibilizadas pela própria política de saúde da mulher, ainda que seja um grupo populacional que a política pretende resguardar.

Assim, propõe-se que os trabalhadores de saúde tomem como referência as necessidades de saúde das mulheres com deficiência e tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais, e da própria organização do trabalho, estruturadas a partir do processo de problematização.

Para que ocorra essa transformação é preciso compreender as reais necessidades dessas mulheres, não deixando que a condição da deficiência sobreponha o de ser mulher, elas devem ser respeitadas como cidadãs que têm direito a uma assistência de qualidade. Como um primeiro passo, pode-se dar voz a estas mulheres introduzindo suas demandas nas pautas de discussões, com vistas à participação ativa nas políticas públicas direcionadas a mulher.

REFERÊNCIAS

1. Corde. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada. Coordenação de Resende APC e Vital FMP. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.
2. Bylaardt T. Da discriminação positiva: a inclusão social da mulher com deficiência. In: Bertolin PTM, Andreucci ACPT. Mulher, Sociedade e Direitos Humanos. São Paulo: Rideel; 2010. p.576-600.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília (DF); 2008.
4. Silva RG. Deficiência e cuidado: por quê abordar gênero nessa relação? SER Social [Internet]. 2008 Jan/June [cited 2012 July 05];10(22):213-38. Available from: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/24/44
5. Souza MHN, Tyrrell MAR. Políticas de salud a la mujer en Brasil, 1974-2004. Rev

enferm UERJ [Internet]. 2011 Jan/Mar [cited 2012 July 05];19(1):70-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a12.pdf>

6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais. Programa de Assistência Integral de Saúde à Mulher - bases programáticas. Brasília (DF); 1984.

7. Silva KB, Bezerra AFB, Tanaka OY. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface comun saúde educ (Online) [Internet]. 2012 Jan/Mar [cited 2012 July 05];16(40):249-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1812.pdf>

8. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS-Abrasco; 2001.

9. Diniz D. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense; 2007.

10. Marta TN. Pessoas com deficiência x planos de saúde: o tratamento desigual que afronta a dignidade humana. RFD [Internet]. 2009 [cited 2012 Nov 24];6. Available from: <http://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/145/141>

11. Rehuna. Rede pela humanização do parto e nascimento. [Internet]. 2005 Jan [cited 2012 July 05]. Available from: <http://www.rehuna.org.br/>

12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília (DF); 2011.

13. Gomes R. Desafios da atenção à saúde integral da mulher. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2011 May [cited 2012 Nov 29];16(5):Editorial. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

14. Davis-Floyd R, St. John G. From doctor to healer: the transformative journey. New Jersey (EUA): Rutgers University Press; 2004.

15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas para as Mulheres. 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 22]. Available from: <http://www.sepm.gov.br/3a-conferencia-de-politicas-para-as-mulheres/cartilha-3a-conferencia.pdf>

16. Costa LEL, Quirino MD, Silva RS. Different ways from existence: concept of vulnerability in people living with deficiency. J

Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 Jan/Mar [cited 2012 Nov 30];4(1):405-09. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/585/pdf_337

17. França ISX. Program living without limits: a challenge for brazilian nursing. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Apr [cited 2012 Nov 30];6(4):405-09. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2767/pdf_1042

18. Brasil. Presidência da República Federativa do Brasil. Casa Civil. Governo lança Viver sem Limite. [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 30]. Available from: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/2011/11/governo-lanca-viver-sem-limite>

19. Brasil. Presidência da República Federativa do Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Viver sem limites: plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência. [Internet]. 2011 [cited 2012 Nov 30]. Available from: <http://www.brasil.gov.br/viversem limite/plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia>

20. Maxwell J, Belser JW, David D. Un manual de salud para mujeres con discapacidad. 1th ed. (en español). Canadá: Fundación Hesperian; 2009.

Submissão: 21/01/2013

Aceito: 07/04/2013

Publicado: 01/07/2013

Correspondência

Livia Fajin de Mello dos Santos
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz)
A/C Núcleo Interno de Regulação (NIR) / 5º andar
Av. Rui Barbosa, 716 / Flamengo
CEP: 22250-020 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil