

MESTRADO EM PSICOLOGIA
PSICOLOGIA DA JUSTIÇA E DA DESVIÂNCIA

“Ninguém me pode substituir”: A Maternidade em Mulheres com Deficiência Física

Eduarda de Oliveira Marques

M

2026



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**“NINGUÉM ME PODE SUBSTITUIR”: A MATERNIDADE EM MULHERES
COM DEFICIÊNCIA FÍSICA**

Eduarda de Oliveira Marques

Junho, 2026

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia, área da Justiça e da Desviância da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora *Conceição Nogueira* (FPCEUP) e coorientada por *Ana Rocha Pinho*.

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do/da autor/a no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o/a autor/a declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, o/a autor/a declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, utilizou-se (Gemini) para obter apoio na revisão de clareza e coerência textual, bem como na verificação de aspetos gramaticais e ortográficos. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

Agradecimentos

À Professora Doutora Conceição Nogueira e à Ana Rocha Pinho, agradeço pela liberdade, confiança e pela oportunidade em transformar as ideias da primeira reunião num projeto palpável. Foi um privilégio ter a vossa orientação, aprender convosco e partilhar este processo de construção conjunta.

À minha família, por todo o carinho e por estarem sempre presentes. Obrigada por todas as conversas e, acima de tudo, por confiarem em mim para traçar o meu próprio caminho com a certeza de que tenho sempre um porto seguro ao qual regressar.

À minha mãe, que desde o primeiro dia me ensinou a viver com a maior intensidade possível. Obrigada por teres sido a minha maior apoiante e por teres mudado completamente a forma como escolhi viver estes cinco anos e, acima de tudo, por ser quem sou hoje.

À minha namorada, Sara, obrigada por seres o meu apoio incondicional e a minha melhor amiga 24 horas por dia 7 dias por semana. Obrigada por me ouvires, com toda a paciência e carinho do mundo. Obrigada por me ensinares que a vida, vista pelos teus olhos, é muito mais bonita. Tornaste a elaboração desta tese num caminho muito mais feliz e leve, apenas pelo conforto em saber que estavas sempre lá.

À minha família de Praxe, madrinha, irmãs e afilhados, por terem sido a minha rede de apoio ao longo destes 5 anos. Obrigada por terem feito parte da minha vida de forma tão profunda, por cada riso que nos deixou a chorar, por cada conversa pela noite dentro e por todos os segredos acompanhados de finos que guardámos. Escolhia-vos todos os dias. A todas as pessoas especiais que se cruzaram no meu caminho e que fizeram destes cinco anos os melhores da minha vida. Obrigada por terem sido o meu “coração fora de casa”. Levo um bocadinho de cada um de vocês comigo.

A cada uma das participantes que aceitaram contribuir com este estudo e o tornaram possível, obrigada pela generosidade em partilhar a vossa história.

Resumo

A maternidade em mulheres com deficiência confronta, historicamente, perspectivas capacitistas e o modelo biomédico tradicional que as conceptualiza como inaptas para a reprodução. Este estudo, de natureza qualitativa e exploratória, teve como objetivo principal compreender como as mulheres com deficiência física experienciam os desafios no acesso ao aconselhamento médico e aos cuidados de saúde durante o período perinatal. Para o efeito, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a cinco mulheres com deficiência física cujas narrativas foram submetidas a uma Análise Temática Reflexiva.

Conclui-se que o sistema de saúde português apresenta falhas estruturais e atitudinais profundas, perpetuando formas de violência obstétrica e simbólica. Por conseguinte, o estudo sublinha a necessidade de reformular as políticas públicas e a formação clínica e médica interdisciplinar, apelando a uma prática mais crítica que garanta a equidade, os direitos reprodutivos e a total autonomia destas mulheres.

Palavras-chave: Maternidade; Deficiência Física; Acesso à Saúde; Violência Obstétrica; Análise Temática Reflexiva.

Abstract

Motherhood in women with disabilities historically confronts ableist perspectives and the traditional biomedical model, which conceptualizes them as unfit for reproduction. This qualitative and exploratory study aimed to understand how women with physical disabilities experience the challenges in accessing medical counseling and healthcare during the perinatal period. To this end, semi-structured interviews were conducted with five women with physical disabilities, whose narratives were subjected to Reflexive Thematic Analysis.

It is concluded that the Portuguese healthcare system presents profound structural and attitudinal flaws, perpetuating forms of obstetric and symbolic violence. Consequently, the study underscores the necessity of reformulating public policies and interdisciplinary clinical and medical training, calling for a more critical practice that guarantees equity, reproductive rights, and full autonomy for these women.

Keywords: Motherhood; Physical Disability; Healthcare Access; Obstetric Violence; Reflexive Thematic Analysis.

Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1 A Deficiência como Construção Discursiva e o Reduccionismo Biomédico	3
1.2 O Modelo Social e a Crítica Feminista.....	4
1.3 Sexualidade, Maternidade e Violência Reprodutiva	4
1.4 Os Desafios e Estratégias Facilitadoras na Maternidade.....	5
1.5 Políticas Públicas e Legislação em Saúde Reprodutiva no contexto português ..	7
2. Método.....	9
2.1 Objeto de Estudo e Questões de investigação	9
2.2 Metodologia Qualitativa	10
2.3 Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados.....	10
2.3.1 Método de Recolha de Dados - Entrevista Semiestruturada.....	10
2.3.2 Método e Procedimento de Análise de Dados – Análise Temática Reflexiva	11
2.3.3 Participantes	12
3. Apresentação e Discussão De Resultados	13
1. Discursos de Patologização da Mulher com Deficiência no Contexto Clínico	14
1.1 A Dessexualização e Negação da Identidade Adulta	15
1.2 O Foco Clínico no Risco e na Incapacidade	16
1.3 O Escrutínio Clínico do Desejo Reprodutivo	17
2. Dinâmicas de Vigilância e Regulação da Parentalidade.....	17
2.1 Perceções sobre a Intervenção do Serviço Social: Suporte e Vigilância	18
2.2 A Pressão para a Esterilização no Contexto Hospitalar.....	19
3. As Barreiras Estruturais e Protocolares no Acesso aos Cuidados Hospitalares..	20
3.1 A Dimensão Física do Hospital	20
3.2 A Aplicação dos Protocolos Clínicos.....	21
3.3 A Organização Protocolar do Hospital	22
4. Trauma Iatrogénico e o Impacto no Futuro Reprodutivo	23
4.1 O Impacto Emocional no Puerpério	24
4.2 As Decisões Reprodutivas Futuras	24
4.3 A Internalização da Norma	25
5. A Reivindicação da Identidade	26
5.1 Estratégias proativas de Autoproteção	26
5.2 Reivindicação da Autonomia	27

4. Limitações do estudo e Pistas para Investigações Futuras	28
5. Considerações finais.....	29
6. Referências bibliográficas.....	31
7. Anexos	34
Anexo A. Parecer da Comissão de Ética.....	34
Anexo B. Consentimento Informado	35
.....	35
Anexo C. Guião da Entrevista Semiestruturada.....	36
Anexo D. Categorias em Análise	38

Introdução

A conceptualização da deficiência tem sido objeto de um debate multidimensional, pautado pela transição entre paradigmas patologizantes centrados na “desvantagem” biológica, e perspectivas que compreendem a deficiência como um fenómeno social complexo.

Historicamente, o modelo biomédico regou o discurso hegemónico que circunscrevia o construto da deficiência como uma disfunção e “anomalia” corporal e individual, o que legitimou, desde o século XIX (impulsionado pela Revolução Industrial) até meados do século XX, intervenções clínicas corretivas e a rotulagem destas pessoas como seres inerentemente dependentes e desprovidos de autonomia (Magnabosco & Souza, 2019).

A autoridade institucional em reduzir a pessoa com deficiência a um diagnóstico coaduna-se com os “regimes de verdade” defendidos por Foucault (1979), que postulam uma relação intrínseca entre saber e poder. Na prática, isto traduz-se no poder desproporcional que as instituições exercem sobre as trajetórias individuais, na medida em que o saber clínico se institui como autoridade legítima para perpetuar uma dicotomia entre os corpos “normais” e os corpos “desviantes”.

Contudo, com a emergência do Modelo Social da Deficiência e os contributos das Teorias Feministas da Deficiência, tornou-se possível denunciar que a marginalização das pessoas com deficiência é um produto da sociedade desenhada à luz dos corpos normativos. A exclusão é um reflexo da incapacidade coletiva em conceber a deficiência como diversidade corporal funcional. Esta problemática é acentuada pela interseccionalidade entre fatores sociopolíticos, económicos e de género, que operam como um efeito multiplicador que complexifica a sua invisibilidade. Como alega a crítica feminista, uma mulher com deficiência não pode ser reduzida à sua condição unidimensional de género ou deficiência (Butler, 2017).

Ao analisar a interseccionalidade entre o género e a deficiência, constata-se que as mulheres com deficiência ¹ física sofrem um processo externo de dessexualização. Além disso, o seu desejo pela maternidade é desencorajado ativamente pela sociedade, apesar da maternidade ser uma trajetória “compulsiva”

¹ Optou-se pela utilização de termos como “deficiência”, “deficiência física” e “diversidade funcional”. Esta escolha não pretende incidir nos debates terminológicos sobre as implicações de cada nomenclatura apesar da sua relação com os diferentes modelos de deficiência.

para as mulheres. Apesar da maternidade ser uma trajetória imposta pela sociedade e tida como prova de feminilidade, a capacidade maternal das mulheres com deficiência é reiteradamente questionada (MagnaBosco & Souza, 2019). A discrepância destas expectativas normativas gera um paradoxo como se a deficiência subtraísse a sua condição de mulher e configura uma violência simbólica (Magnabosco & Souza, 2019).

No domínio da saúde sexual e reprodutiva, a tensão entre o desejo reprodutivo, o direito à autodeterminação e a violência institucional atinge um ponto crítico. Assim, por serem vistas como dependentes e inaptas para cuidar, as mulheres com deficiência são, frequentemente, afastadas do papel maternal imposto à generalidade das mulheres (Corrêa, Jurdi & Silva, 2023).

Ser mãe é apontado como o objetivo final para a vida da mulher, “*como se esta função servisse como justificação para a sua existência dentro da sociedade patriarcal*” (Corrêa et al., 2023, p. 2). Diante do suprarreferido, os dados sugerem que as mulheres com deficiência física são sistematicamente marginalizadas no campo da saúde sexual e reprodutiva e que esta exclusão, alicerçada pela invisibilidade político-institucional, traduz-se na desconsideração das suas necessidades e nos discursos clínicos estigmatizantes, que comprometem o acesso equitativo aos cuidados de saúde durante a maternidade.

Considera-se, por isso, necessário recentrar o debate nos testemunhos destas mulheres e na forma como as barreiras médicas, atitudinais e hospitalares moldam a sua trajetória reprodutiva. Por conseguinte, perante a constatação de uma lacuna significativa na literatura nacional, desenhou-se o presente estudo, cuja questão central de investigação será detalhada e fundamentada no final do método.

A presente dissertação de mestrado encontra-se estruturada em secções sequenciais. A Introdução estabelece a contextualização inicial do tema, delimitando o problema social e clínico em análise. O Capítulo 1 constitui o Enquadramento Teórico, que consiste num mapeamento da literatura e do estado da arte sobre o conhecimento científico produzido até ao momento, que serve, simultaneamente, de alicerce conceptual para a subsequente discussão dos dados. O Capítulo 2 detalha o Método, de natureza qualitativa, que se baseou na Análise Temática Reflexiva, para analisar a complexidade das experiências das participantes. O Capítulo 3 é dedicado à Apresentação e Discussão de Resultados, onde foram analisadas criticamente as narrativas recolhidas à luz da literatura nacional e internacional. O Capítulo 4 expõe

as Limitações do Estudo e as Pistas para Investigações Futuras e, finalmente, o Capítulo 5 apresenta as Considerações Finais que encerram o estudo.

1. Enquadramento Teórico

1.1 A Deficiência como Construção Discursiva e o Reduccionismo Biomédico

Este modelo encontra expressão no conceito de capacitismo². Historicamente, a hegemonia biomédica solidificou uma visão patologizante que encarava a deficiência como um desvio a ser normalizado. Sob a lógica mercantilista do capitalismo industrial, Oliver (1990) defende que o corpo incapaz de cumprir os requisitos para a produtividade laboral era remetido para as instituições de reabilitação.

A eficácia deste modelo pode ser compreendida à luz dos “regimes de verdade” de Foucault (1979). Apesar do autor não ter teorizado diretamente sobre a deficiência, este conceito mostra como o conhecimento clínico e poder institucional se aliam para subjugar trajetórias individuais através de uma intervenção anátomo-política, sustentada no Biopoder³. Ao deter o poder de intervir nos corpos rotulados como “desviantes”, a prática clínica cristalizou a premissa de que a diversidade funcional requer intervenção.

A rutura face a este reduccionismo teve génese no manifesto da União dos Deficientes Físicos contra a Segregação (UPIAS, 1976), que redefiniu a incapacidade como uma desvantagem ou restrição de atividade provocada por uma organização social que desconsidera as pessoas com impedimentos físicos e a deficiência como a ausência parcial ou total de um membro, órgão ou mecanismo corporal. A deficiência passa a ser compreendida na interação da limitação física com o contexto excludente, e não como uma patologia.

Neste processo, o estigma de Goffman (1988) assume um papel central, dado que teoriza que quando um corpo desafia os padrões normativos, é-lhe atribuída uma

² O termo capacitismo traduz o conceito de *ableism*, que é definido como um sistema de opressão que afeta pessoas com deficiência em múltiplos níveis, incluindo as políticas institucionais, as normas culturais e as crenças individuais (Rauscher & McClintock, 2016).

³ O conceito de biopoder refere-se aos mecanismos de gestão, regulação e submissão dos corpos desdobrando-se na vertente anátomo-política, focada na disciplina do corpo individual, e na vertente biopolítica focada em regular dinâmicas populacionais como a reprodução. (Foucault, 1988).

“marca” que reduz a sua identidade. Como recusa da visão unidimensional, Rioux e Valentine (2006) argumentam que a definição adotada pela sociedade é determinante para formular políticas públicas que salvaguardam os direitos das pessoas com deficiência.

1.2 O Modelo Social e a Crítica Feminista

Como resposta às limitações do Modelo Biomédico, o Modelo Social da Deficiência, concebido como uma alternativa teórica, desloca o foco da disfunção corporal para o papel do Estado e das estruturas sociopolíticas, responsabilizando-as pela marginalização. Sob esta lente, as barreiras arquitetônicas, organizacionais e atitudinais passam a ser percebidas como opressões estruturais, decorrentes das políticas desenhadas à imagem de um cidadão universal normativo, por conseguinte, o modelo propõe a reconceptualização das políticas públicas (Pinto, 2015).

No entanto, a perspectiva feminista aponta limitações a este modelo. Shakespeare e Watson (2001), criticam a separação dicotômica entre a deficiência e a incapacidade, visto que a tendência em definir a experiência como algo meramente social inviabiliza as experiências corporais subjetivas e desconsidera a relevância da dimensão biológica e corporal na experiência da deficiência. Assim, a crítica feminista preconiza que a luta contra a opressão estrutural não implica o apagamento das experiências físicas, emocionais e subjetivas de quem vive com deficiência (Pinto, 2015).

1.3 Sexualidade, Maternidade e Violência Reprodutiva

Historicamente, as mulheres com deficiência têm sido percebidas pela cultura dominante através de um processo de dessexualização, sendo vistas como infantis e desprovidas de desejo. Adicionalmente, as mulheres com deficiência são comumente percebidas como inaptas para exercer a maternidade, bem como para tomar decisões conscientes e informadas acerca da sua saúde reprodutiva (Dotson, Stinson & Christian, 2008).

No campo dos estudos feministas e da deficiência, constata-se que os serviços de saúde são, frequentemente, inaptos para responder às necessidades específicas das mulheres com deficiência. Esta falha institucional manifesta-se na desconsideração da sua autonomia e na comunicação com as pessoas prestadoras de cuidados ou com a

rede familiar em detrimento da própria mulher (Welner, 1997). As premissas eugénicas serviram de base a violações sistemáticas dos direitos reprodutivos destas mulheres, como a esterilização involuntária para mitigar a transmissão de genes vistos como indesejáveis. Adicionalmente, a literatura documenta a persistência de práticas de administração discricionária de regimes hormonais orais, como a pílula, frequentemente administrados por equipas de saúde com pouca ou nenhuma informação sobre o seu funcionamento e possíveis efeitos secundários, e sem o consentimento livre e esclarecido das pacientes (Dotson et al., 2003). Este historial de vulnerabilidade possui contornos complexos no contexto dos cuidados de saúde, uma vez que as vivências traumáticas de abuso podem ser relembradas durante o exame ginecológico. Este fator pode levar a que muitas mulheres evitem estas consultas, aumentando o risco de desenvolverem problemas de saúde não diagnosticados (Dotson et al., 2003).

1.4 Os Desafios e Estratégias Facilitadoras na Maternidade

A revisão (*scoping review*), conduzida por Nguyen e colaboradores (2020), que sintetiza 40 estudos qualitativos globais, menciona múltiplos estudos que identificaram as barreiras físicas e infraestruturais como os principais obstáculos ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Estas barreiras manifestam-se desde a inadaptação do ambiente hospitalar (falta de rampas, vestiários inadequados ou balcões de atendimento inacessíveis) até à inadequação dos equipamentos hospitalares (mesas ou camas não reguláveis, utilização de estribos padrão e instrumentos de exame ou diagnóstico não concebidos para pessoas com deficiência).

Paralelamente, a literatura aponta para a existência de vulnerabilidades multidimensionais. Neste sentido, salientam-se a precariedade das redes de transporte, os longos tempos de espera, os custos elevados dos tratamentos e a atitude das equipas prestadoras de cuidados. No que concerne ao plano atitudinal, observa-se a suposição generalizada de que as mulheres com deficiência não são sexualmente ativas nem possuem o desejo de ser mães (Nguyen et al., 2020). Frequentemente, as equipas de saúde presumem que as mulheres com deficiência carecem de capacidade cognitiva para compreenderem as suas instruções e optam por comunicar exclusivamente com as pessoas acompanhantes, destituindo a paciente da sua autonomia e perpetuando o paternalismo. Em adição, durante a fase perinatal, as mulheres com deficiência

relataram condutas inadequadas, rudes e abusivas por parte das equipas médicas, não apenas nas consultas de acompanhamento gestacional, mas também no momento do parto. Nguyen e colaboradores (2020) destacam que grande parte do pessoal clínico revela sentir-se sem as devidas competências para atender a esta população de forma qualificada, ética e técnica, devido à escassez de formação específica nesta área. Destarte, a revisão evidencia uma fragilidade nas políticas públicas, nomeadamente na escassez de diretrizes que salvaguardem os direitos reprodutivos das mulheres com deficiência (Nguyen et al., 2020). No que concerne à violência obstétrica, regista-se medicalização excessiva e coação para cesarianas, baseada na premissa errónea de que o corpo com deficiência é incapaz biologicamente de realizar um parto natural (Tarasoff, 2015).

A escassez de formação técnica específica pode potenciar a categorização sistemática das mulheres com deficiência como gestantes de “alto risco”, o que frequentemente se associa a uma maior prevalência de partos por cesariana (Smeltzer, 2007). Esta prática de sobremedicalização não só expõe a grávida a riscos iatrogénicos, danos ou complicações decorrentes da própria intervenção médica, como também pode condicionar a sua autonomia e poder de decisão (Nosek et al., 2001; Tarasoff, 2015). A par do referido, destaca-se a necessidade de adaptar o equipamento clínico, garantindo a existência de marquesas de exame ajustáveis que permitam a transferência segura a partir das cadeiras de rodas, bem como de balanças adaptadas para aferir de forma rigorosa o peso da gestante (Smeltzer, 2007).

Durante o trabalho de parto, a administração da anestesia é frequentemente uma preocupação, contudo, a literatura indica que a maioria das gestantes com deficiência pode ser submetida aos procedimentos anestésicos padronizados (Mitra et al., 2015). Assim, os dados apontam para uma maior dependência do sistema público de saúde por parte destas mulheres, bem como para uma incidência superior de partos prematuros e cesarianas nesta população (Schildberger et al., 2017).

No período pós-parto, a infraestrutura hospitalar, nomeadamente o quarto e as instalações sanitárias, deve assegurar a máxima acessibilidade para garantir que a mulher tenha um acesso desimpedido ao seu bebé. De forma a promover a independência e as estratégias adaptativas nos cuidados infantis, Rogers (2005) sublinha a importância de soluções que abrangem o recurso a almofadas de suporte para estabilizar a amamentação, a aplicação de pegas nos biberões para compensar défices de prensão manual, a disponibilização de berços com abertura lateral,

toucadores rebaixados e berços de acoplamento direto à cadeira de rodas.

A par da exclusão informacional, prevalece um forte desencorajamento por parte das equipas clínicas, sendo que uma parte das equipas de saúde encara estas mulheres como irresponsáveis pelo desejo de engravidar, perpetrando uma violência simbólica que deslegitima os seus direitos reprodutivos. Neste contexto, apesar de algumas mulheres relatarem experiências positivas, muitas deparam-se com desconfiança e descrédito face à sua capacidade maternal, particularmente, no que concerne aos cuidados primários do bebé, como a amamentação (Corrêa et al., 2023).

1.5 Políticas Públicas e Legislação em Saúde Reprodutiva no contexto português

A matriz de prestação de cuidados de saúde é moldada pelas medidas políticas vigentes, contudo, em Portugal, evidencia-se um desfasamento entre o quadro normativo consagrado na lei e a prática quotidiana. A inércia institucional reflete-se na complexidade de operacionalização da Constituição da República Portuguesa (1976/2005), que consagra o direito universal à saúde (Artigo 64º) e a obrigatoriedade do Estado em apoiar as pessoas com deficiência (Artigo 71º). O Programa do XXIV Governo Constitucional (Portugal, 2024) prolonga esta segmentação ao não cruzar diretamente os conceitos de “maternidade” e “deficiência”, de modo que o termo “deficiência” não surge associado aos serviços de saúde materna, o que aponta para uma escassez de medidas integradas neste sentido.

A Estratégia Nacional para a Inclusão de Pessoas com Deficiência (ENIPD 2021-2025) não contempla as especificidades reprodutivas das mulheres com deficiência. Paralelamente, apesar de constar no Programa do XXIV Governo Constitucional (2024) a expansão da rede de cuidados materno-infantis, bem como a modernização do Serviço Nacional de Saúde, não se encontram delimitadas medidas concretas dedicadas à saúde perinatal destas mulheres.

A Direção-Geral de Saúde (DGS), que rege o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, baseia-se em parâmetros normativos e deixa as equipas de saúde numa ambiguidade protocolar. Por conseguinte, pode propiciar, de forma indireta, práticas assentes em preconceitos atitudinais e intervenções medicalizadas. Assim, apesar da fiscalização e operacionalização do referido caberem ao Instituto para os Direitos das Pessoas com Deficiência (entidade que operacionaliza estratégias de inclusão) e ao Mecanismo Nacional de Monitorização (Me-CDPD) (mecanismo independente de

fiscalização do cumprimento da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência), a intervenção de ambas as entidades encontra-se limitada devido à ausência de diretrizes estatais vinculativas.

Face ao suprarreferido, a literatura aponta para que o Estado Português apresente fragilidades no cumprimento pleno da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), ratificada em 2009. Ao desconsiderar as especificidades reprodutivas das mulheres com deficiência, deteta-se o incumprimento do princípio da Igualdade e Não Discriminação (Artigo 5º), perpetuando dinâmicas de exclusão interseccional (Artigo 6º). Adicionalmente, a permanência de barreiras nos serviços de saúde afeta diretamente a Acessibilidade destas mulheres (Artigo 9º), fragiliza a sua proteção contra abusos (Artigo 16º) e, por conseguinte, condiciona o seu reconhecimento igual perante a lei (Artigo 12º) e a proteção da sua integridade (Artigo 17º). Esta insuficiência institucional manifesta-se com um impacto significativo no acesso desigual e deficitário à Saúde (Artigo 25º).

A manifestação extrema destas violações comprova-se na permanência da esterilização forçada em Portugal. Segundo a Recomendação n.º02/Me- CDPD/2025, esta prática constitui uma violação dos direitos humanos, sendo utilizada como forma de controlo sobre os direitos reprodutivos das mulheres e raparigas com deficiência. Adicionalmente, o Artigo 39º da Convenção de Istambul (Conselho da Europa, 2011) refere que qualquer procedimento cirúrgico que vise ou resulte na perda da capacidade reprodutiva sem o consentimento livre e esclarecido da pessoa afetada seja criminalizado. Contudo em Portugal, as fragilidades na aplicação do regime do Maior Acompanhado (Lei n.º 49/2018) permitem, em determinados contextos jurídicos, que terceiros autorizem intervenções reprodutivas irreversíveis.

As políticas públicas assumem uma natureza imperativa e vinculativa, sendo o canal através do qual estas garantias legais se materializam numa obrigação estatal concreta. Adicionalmente, para a concretização deste direito, é premente que a política pública venha acompanhada de um orçamento, alocação de recursos, prazos de execução e métricas de fiscalização, concretizando-se com a rubrica do Orçamento do Estado, tornando-se uma exigência governamental (Pinto, 2015).

2. Método

2.1 Objeto de Estudo e Questões de investigação

O presente capítulo delinea o percurso metodológico utilizado para responder à problemática em análise. Destarte, detalha-se o desenho do estudo, a caracterização das pessoas participantes, as etapas e técnica de recolha de dados, bem como as respetivas considerações éticas envolvidas no tratamento da informação recolhida.

A seleção das pessoas participantes foi realizada através de uma amostragem por conveniência e de cariz intencional, justificada pela especificidade dos critérios de inclusão definidos (mulheres com deficiência física e experiência de maternidade). A recolha de dados foi dada por concluída após a realização da quinta entrevista. Esta delimitação fundamentou-se no princípio da saturação temática visto que as narrativas começavam a apresentar uma redundância estrutural e que se observava a profundidade necessária para responder de forma robusta aos objetivos da investigação.

A presente dissertação define como objeto de estudo a experiência de mulheres com deficiência física no acesso a cuidados de saúde materno-infantil. Alinhados com essa premissa, estabeleceram-se os seguintes objetivos: (1) explorar a experiência de mulheres com deficiência física no acesso a cuidados de saúde materno-infantil e (2) compreender o impacto das barreiras institucionais no exercício da maternidade em mulheres com deficiência.

Com o intuito de operacionalizar estes objetivos, definiu-se como questão central de investigação a seguinte: “Qual é o impacto das barreiras institucionais no exercício da maternidade em mulheres com deficiência física?”.

A partir da questão central de investigação formularam-se as seguintes questões secundárias:

- 1) De que forma é que as mulheres com deficiência física experienciaram os desafios no acesso ao aconselhamento médico e aos cuidados de saúde durante a gravidez?
- 2) Quais são as principais barreiras identificadas e vivenciadas por estas mulheres nos serviços de saúde durante a fase perinatal?
- 3) De que forma o desfasamento entre o enquadramento político e a realidade em Portugal afeta a resposta institucional às necessidades médicas destas mulheres?

2.2 Metodologia Qualitativa

De acordo com Minayo (2001), a metodologia pode ser compreendida como a articulação entre o pensamento teórico e a prática investigativa na abordagem da “realidade”. Sob esta premissa, a opção pela metodologia qualitativa justifica-se pela sua capacidade de captar e analisar aspetos particulares da vivência humana que não podem ser quantificados. Assim, conforme esclarece a autora, a investigação qualitativa debruça-se sobre o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Por conseguinte, esta abordagem constitui-se como a mais indicada para explorar a subjetividade das experiências partilhadas pelas participantes no âmbito da presente dissertação.

2.3 Procedimentos de Recolha e Análise dos Dados

2.3.1 Método de Recolha de Dados - Entrevista Semiestruturada

No âmbito da metodologia qualitativa, a entrevista semiestruturada é definida por Kvale e Brinkmann (2009) como um diálogo no qual, através de um roteiro e questões predefinidas, existe a liberdade necessária para que a pessoa possa expandir as suas respostas e partilhar a sua perspetiva pessoal.

Deste modo, procedeu-se à construção de um guião de entrevista (ver Anexo C), com questões baseadas na revisão de literatura realizada, para responder aos objetivos e às questões de investigação deste estudo. Desta forma, as perguntas foram estruturadas em seis dimensões de análise: (i) enquadramento da gravidez e deficiência, (ii) interação com as equipas de saúde (iii) aconselhamento e autonomia reprodutiva, (iv) barreiras, impacto emocional e facilitadores, (v) avaliação das políticas públicas e recomendações e (vi) Encerramento e Reflexividade.

As entrevistas individuais, com a duração aproximada de quarenta minutos, foram realizadas em formato *online*, após terem sido assegurados todos os procedimentos éticos. A presente dissertação de Mestrado foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Parecer n.º 2025 -11- 14b, Anexo A). Estes procedimentos éticos vigentes incluíram a apresentação detalhada dos objetivos do estudo, o esclarecimento quanto ao caráter voluntário da participação e a garantia de confidencialidade e anonimato, que foi operacionalizada através da omissão de dados

identificativos. Assim, após a formalização da participação, mediante a assinatura do Consentimento Informado (ver Anexo B), e sob a devida autorização das participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, constituindo o material empírico para a subsequente Análise Temática.

2.3.2 Método e Procedimento de Análise de Dados – Análise Temática Reflexiva

No âmbito da metodologia qualitativa, a presente dissertação adota a Análise Temática Reflexiva (ATR), proposta por Braun e Clarke (2013), a qual se caracteriza por ser uma abordagem que privilegia a identificação e a interpretação de padrões de significados transversais às vivências experienciadas pelas participantes. Assim, a opção por esta vertente metodológica justifica-se pela sua capacidade de mapear a complexidade e as contradições inerentes aos fenómenos sociais, conferindo a estrutura e sentido conceptual necessárias aos dados recolhidos (Braun & Clarke, 2013). Nesse sentido, na Análise Temática Reflexiva, a subjetividade da pessoa investigadora não é encarada como uma limitação ou um fator de enviesamento, mas sim como um recurso e uma ferramenta reflexiva contínua. O meu interesse por esta temática surgiu a partir da constatação da invisibilidade da maternidade em mulheres com deficiência física na literatura portuguesa. Ademais, a escolha deste tema foi influenciada pelo debate público em Portugal acerca da autonomia do corpo feminino e sobre como as estruturais sociais tendem a regular os corpos das mulheres. Assim, se a autonomia reprodutiva é, por vezes, restringida por normas de género dominantes na população cis-heterossexual, a presente dissertação de mestrado procura compreender de que forma é que estas dinâmicas podem ser amplificadas pelas estruturas hospitalares na experiência das participantes.

Consequentemente, através da imersão crítica nas narrativas destas mulheres, procura-se compreender a complexidade das suas experiências. Sob esta premissa, assume-se a posição e a subjetividade da pessoa investigadora, mulher, com 23 anos e sem diagnóstico de deficiência e o modo como este posicionamento influenciou a recolha e a interpretação de dados. Reconhece-se que a ausência de uma experiência na primeira pessoa sobre a deficiência exigiu um esforço acrescido de descentração e de escuta ativa, de forma a evitar que pressupostos normativos pautassem a condução das entrevistas. Por conseguinte, na fase analítica, esta postura reflexiva garantiu que a interpretação dos discursos se mantivesse ancorada na agência das participantes,

salvaguardando a autenticidade das suas trajetórias e prevenindo leituras etnocêntricas sobre o fenómeno da maternidade.

O processo analítico estruturou-se operacionalmente através de um movimento iterativo e recursivo, baseado nas seis fases estabelecidas pelas autoras (Braun & Clarke, 2013). Esta abordagem traduz-se num movimento de ida e volta entre os dados e os temas, e não como uma sequência rígida de etapas concluídas de uma única vez. (1) a familiarização com os dados, através da transcrição e leitura repetida das entrevistas, (2) a geração de códigos iniciais de forma sistemática, (3) a busca por temas potenciais que agrupem os códigos gerados, (4) a revisão e o refinamento dos temas face ao material empírico, (5) a definição e a nomeação definitiva dos temas estruturantes e (6) a produção do relatório final. O processo de construção dos temas (ver Anexo D) baseou-se na articulação de estratégias dedutivas e indutivas, com uma maior predominância da segunda. Assim, foi realizada uma codificação baseada na literatura científica existente, mas também foram estruturados temas com base nas narrativas das participantes (Braun & Clarke, 2013). Foi adotada uma perspetiva construcionista que valorizou tanto as respostas mais repetidas pelas participantes como a forma como elas deram significado às suas próprias experiências (Byrne, 2021).

2.3.3 Participantes

A seleção do grupo de participantes regeu-se por um procedimento de seleção intencional (não probabilístico) e por conveniência. O contacto com as pessoas participantes foi mediado por instituições de solidariedade social e associações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência, que atuaram como facilitadoras na divulgação do estudo. Os critérios de inclusão definiram-se pela participação de mulheres com deficiência física e com experiência de maternidade em Portugal.

Esta delimitação intencional permitiu analisar de que modo a limitação motora interage com as expectativas institucionais em torno da capacidade parental. Desta forma, a investigação procura compreender as barreiras capacitistas estruturais que medeiam as dinâmicas de autonomia reprodutiva das participantes. Adicionalmente, reconhece-se que diferentes tipologias de deficiência física convocam respostas institucionais distintas, neste sentido, esta opção favoreceu uma imersão nas barreiras arquitetónicas e atitudinais específicas que afetam as mulheres com deficiência física,

conciliando a profundidade analítica com os limites de extensão da dissertação.

O estudo contou com a colaboração de cinco participantes (P1, P2, P3, P4 e P5), salvaguardando-se o total anonimato e confidencialidade dos dados. De forma a ilustrar as particularidades do grupo de participantes, as características sociodemográficas e clínicas, incluindo a faixa etária, o tipo de deficiência motora e o número de filhos encontram-se detalhadas na Tabela 1.

Figura 1

Caracterização das mulheres participantes

Participantes	Idade	Tipo de deficiência física	Número de filhos
P1	46	Atrofia Muscular espinhal tipo 2/3	1
P2	38	Distrofia Muscular de Cinturas	1
P3	55	Poliomielite	1
P4	53	Distrofia Muscular de Cinturas	1
P5	55	Atrofia Muscular Espinhal tipo 2	1

3. Apresentação e Discussão De Resultados

Este capítulo dedica-se à análise dos dados recolhidos nas entrevistas, em articulação com as questões que norteiam a investigação. Assim, com recurso à Análise Temática Reflexiva, os resultados serão apresentados de forma estruturada e ilustrada por excertos das narrativas das mulheres participantes. A discussão dos resultados foi realizada à luz do enquadramento teórico e da literatura científica preexistente.

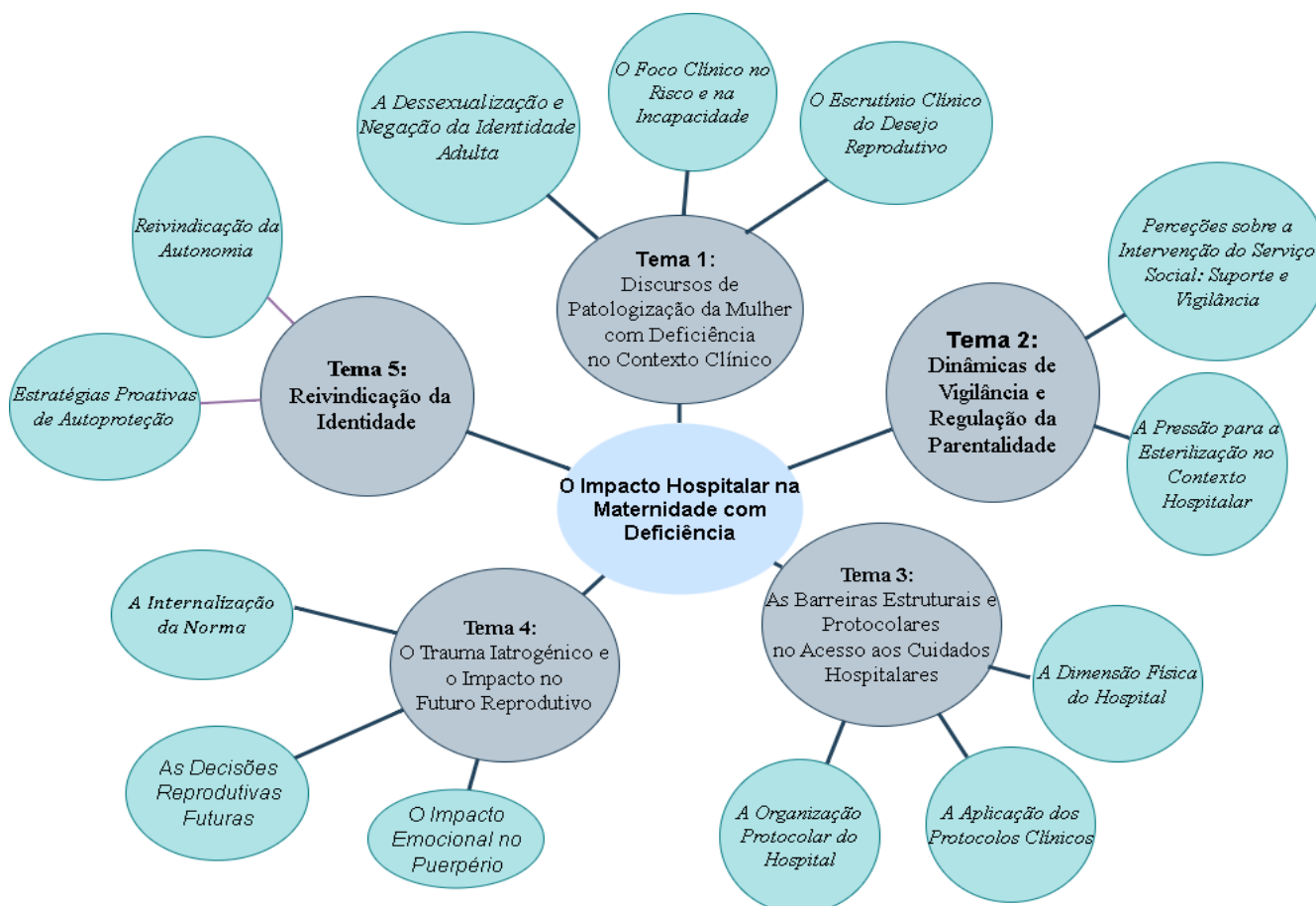
A análise permitiu construir um mapa temático estruturado em torno de um organizador central “O Impacto Hospitalar na Maternidade com Deficiência”. Este conceito é um núcleo interpretativo de todo o material empírico, de forma a capturar o modo como a experiência gestacional e a experiência com o sistema de saúde revelam desafios na autodeterminação corporal destas mulheres.

Por conseguinte, este conceito manifesta-se através de cinco temas principais:

(1) Discursos de Patologização da Mulher com Deficiência no Contexto Clínico, (2) Dinâmicas de Vigilância e Regulação da Parentalidade, (3) As Barreiras Estruturais e Protocolares no Acesso aos Cuidados Hospitalares, (4) O Trauma Iatrogénico e o Impacto no Futuro Reprodutivo e (5) A Revindicação da Identidade.

Figura 2

Mapa Temático da Análise Temática Reflexiva



1. Discursos de Patologização da Mulher com Deficiência no Contexto Clínico

Este tema explora o impacto direto da hegemonia do modelo biomédico na saúde reprodutiva. Assim, pretende-se ilustrar que a deficiência é consistentemente percecionada como uma desvantagem biológica e uma anomalia corporal. Por conseguinte, e recorrendo aos conceitos de biopoder e olhar clínico de Michel Foucault (1979), compreende-se que as equipas de saúde exercem a sua autoridade e utilizam o poder institucional para regular estes corpos considerados desviantes da

norma funcional.

Nas narrativas analisadas, este exercício de poder materializa-se através de uma profunda violência simbólica institucional, em que o desejo maternal das mulheres com deficiência é ativamente desencorajado e deslegitimado por toda a equipa de saúde. Para uma análise estruturada desta problemática, o presente tema divide-se em três subtemas: 1.1 A Dessexualização e Negação da Identidade Adulta, 1.2 O Foco Clínico no Risco e na Incapacidade e 1.3 O Escrutínio Clínico do Desejo Reprodutivo.

1.1 A Dessexualização e Negação da Identidade Adulta

A entrada da mulher com deficiência no sistema de cuidados materno-infantis pode desencadear uma rutura, não só com as expectativas normativas da instituição, mas também com a própria experiência da maternidade. As narrativas sugerem a existência de uma presunção de dessexualização destas mulheres por parte do contexto clínico. A premissa em questão traduz-se, frequentemente, na recusa do seu reconhecimento enquanto seres sexuais e, conseqüentemente, mobiliza mecanismos paternalistas que infantilizam a utente e comprometem a sua transição para a maternidade. O referido torna-se palpável através da adoção de um léxico condescendente, por parte de elementos das equipas de saúde, que atua como um mecanismo de diminuição da sua agência adulta, como *“Florzinha queridinha”* (P1).

O uso de diminutivos opera como uma marca depreciativa que vincula a mulher a um estatuto de dependência e infantilidade, que remete para o estigma conceptualizado por Goffman (1988). Nas narrativas analisadas, o choque institucional perante a decisão reprodutiva destas mulheres manifesta-se através de questões intrusivas sobre a conceção: *“Tu engravidaste como? Foi inseminação, não foi?”* (P5) ou *“Como fez o seu bebé?”* (P1). Desta forma, ao pressupor, nestes discursos, a obrigatoriedade de recursos de reprodução assistida, a instituição clínica evidencia o seu viés capacitista. Estes dados apontam para uma tendência em perpecionar as grávidas com diversidade funcional sob um prisma de estranheza e curiosidade.

Paralelamente, a insistência na questão *“quem é que vai ajudar a criar o seu filho?”* (P1) parece assumir que a diversidade funcional invalida a competência para o exercício pleno e autónomo da maternidade. Face a estes discursos, e como discutido

por Hall (2011), argumenta-se que a maternidade não deve ser avaliada sob a autossuficiência física, mas sim através do reconhecimento da interdependência como parte integrante da condição humana.

1.2 O Foco Clínico no Risco e na Incapacidade

Uma vez contrariado o estigma da dessexualização através da concepção, os relatos sugerem que o sistema de saúde tende a direcionar a sua atuação através de uma lógica de hipermedicalização. Assim, sob uma perspectiva patologizante conceptualizada por Campos Pinto (2015), o corpo gestante com deficiência passa, frequentemente, a ser observado sob o espectro do perigo e da fatalidade. Na experiência de algumas participantes, esta abordagem resulta numa rotulagem quase imediata de “alto risco”, independentemente do diagnóstico clínico individual da utente. Esta categorização é ilustrada nos testemunhos por expressões como: “*A médica deu-me baixa por gravidez de risco, ainda que não tivesse nenhuma complicação*” (P2). Em certos casos, o discurso clínico assume contornos de maior gravidade, antecipando o insucesso do processo gestacional ou gerando alarmismo, como relata P1: “*Você está a sofrer de ansiedade e a gravidez nem sequer vai vingar, porque normalmente é o que acontece. É gravidez de risco, por isso não vale a pena estar aqui*”.

A patologização da gravidez *a priori*, teorizada por Campos Pinto (2015), aliada à redução de questões legítimas como sintomas de “*ansiedade*” e à antecipação do fracasso biológico, baseia-se numa perspectiva de risco iminente. Os dados sugerem que este paradigma pode culminar na exclusão e no silenciamento institucional da gestante. Como mencionada por Clímaco (2020), este processo pode converter-se num mecanismo de pressão assente na premissa de que o desejo pela maternidade nem sempre é percecionado como condizente com a deficiência. De facto, os testemunhos apontam para a existência de um desencorajamento face à maternidade por parte de alguns profissionais, dinâmica que encontra corroboração nos estudos de Corrêa, Jurdi e Silva (2023). Este cenário é corroborado pelo relato de P5:

Houve uma altura que mesmo quando eu ia à médica na consulta eu perguntava como é que ia ser o parto e não me respondia, aquilo andava-me a pôr ansiosa (...)Eles desvalorizavam a minha ida até ao fim da

gravidez (...) Diziam que era um risco muito grande e que seria melhor eu abortar (P5)

1.3 O Escrutínio Clínico do Desejo Reprodutivo

A intervenção clínica, na experiência das participantes, por vezes transcende a vigilância biológica e assume contornos de um julgamento moral. Os testemunhos sugerem que o modelo biomédico ainda reflete dinâmicas do legado eugénico nas suas práticas quotidianas. Por sua vez, a teoria feminista da deficiência aponta para um paradoxo em que, por um lado, a sociedade tende a exigir a maternidade como uma validação da feminilidade e, por outro, inviabiliza este desejo em mulheres com diversidade funcional (Smeltzer, 2007; Tarasoff, 2015), conforme sublinhado por uma das participantes. Assim, esta barreira atitudinal materializa-se em discursos desincentivadores partilhados pelas grávidas, tais como *“pessoa com deficiência e vai ser mãe isso não faz sentido, é melhor não, até por uma questão de saúde? (...) Vejam alternativas, tentar adotar”* (P2). Por conseguinte, quando elementos da equipa de saúde afirmam que a maternidade “não faz sentido” e sugerem a adoção com base na incapacidade física, os relatos apontam para a existência de um escrutínio que se aproxima do conceito de policiamento reprodutivo de Waxman (1994).

Na perspetiva das participantes, estas abordagens podem fazer com que as utentes descredibilizem as instituições de saúde e se afastem temporariamente do acompanhamento clínico como forma de autoproteção: *“deixei de falar com médicos sobre isso, simplesmente avancei com a gravidez quando achava que era o tempo certo para avançar”* (P2). Destarte, os dados sugerem que esta pressão se pode prolongar para além da primeira gestação, impactando a autodeterminação e a autonomia reprodutiva. Esta postura atitudinal estende-se, por vezes, através de advertências diretas quanto ao planeamento familiar, tal como relata P2: *“Ah, é melhor não correres riscos e não teres outro filho”*, manifestando-se ainda no controlo e no questionamento da própria constituição da rede familiar: *“Vocês são casados? Que inconsciência é essa”* (P4).

2. Dinâmicas de Vigilância e Regulação da Parentalidade

Este tema analisa a transição das perceções de violência discursiva e identitária para dinâmicas de regulação do exercício da maternidade. As entrevistas analisadas

sugerem a forma como o contexto institucional pode operar através de mecanismos disciplinares de controlo, sobre o corpo das mulheres com deficiência física. O panoptismo⁴ referido pelas mulheres participantes pode evidenciar que as potenciais dificuldades clínicas em reconhecer estas mulheres enquanto seres reprodutivos, surgem associadas a práticas de violência institucional, que colocam em causa a competência parental das utentes. Para uma análise estruturada, o segundo tema divide-se em dois subtemas: 2.1 Perceções sobre a Intervenção do Serviço Social: Suporte e Vigilância e 2.2 A Pressão para a Esterilização no Contexto Hospitalar.

2.1 Perceções sobre a Intervenção do Serviço Social: Suporte e Vigilância

Os dados sugerem a existência de uma suposição partilhada por alguns profissionais de saúde de que as mulheres com deficiência física não planeiam ou não aspiram à maternidade (Nguyen et al., 2020). Por conseguinte, quando a grávida contraria estas expectativas institucionais e transgride o arquétipo normativo da mãe cuidadora, os relatos apontam para a ativação de mecanismos de controlo e vigilância. Na experiência das participantes, este controlo manifesta-se com frequência através da sinalização ao Serviço Social, ocorrendo por vezes sem a devida informação prévia ou esclarecimento às utentes. Este cenário é ilustrado por P1, que relata a estranheza face à abordagem: “*“Vem aí uma senhora, porque quer saber quais são as suas refeições”. E eu achei estranho, mas pensei, “isto não me está a acontecer”*”. O receio provocado por esta intervenção institucional é igualmente partilhado por P2, ao afirmar que “*Sinalizaram-nos para irmos à assistente social (...) Imagina que acontece um acidente (...) já estamos sinalizados e podem-nos tirar a nossa filha*”. Adicionalmente, o testemunho da mãe de P5 reforça esta percepção de falta de comunicação e vulnerabilização: “*Não avisaram que o hospital tinha pedido uma assistente social (...) Ainda foram falar com a minha mãe (...) não fui informada*” – “*Corres o risco de ficar sem a tua filha*”. [refere a mãe de P5].

Os testemunhos indicam que, em determinados contextos, a intervenção do Serviço Social pode ser percecionada mais como uma instância do escrutínio do que propriamente como uma rede de suporte familiar. Assim, o início do processo à revelia da grávida, expressa em desabafos como “*Não fui informada*” (P1), ou sob

⁴ O conceito de panoptismo refere-se a uma lógica de vigilância contínua, assimétrica e invisível, na qual o sujeito se sente observado, mas não consegue confirmá-lo (Foucault, 1975/2014).

justificações vagas, como o questionamento sobre “*quais são as suas refeições*” (P1), sugere uma fragilização da autonomia da mulher e reflete visões paternalistas sobre a sua competência parental. Esta assimetria entre as expectativas das famílias e as respostas das instituições ganha particular relevância quando os casais tentam reverter a abordagem para uma vertente de apoio prático, deparando-se com limitações nas respostas disponíveis, conforme ilustra o relato de P2:

Não, eu vou fazer a pergunta ao contrário, em que é que nos pode ajudar, porque nós não queríamos estar aqui, obrigaram-nos a ficar então o que é que ele tem para nos oferecer? Temos de apoio, por exemplo, pela minha esposa estar nesta condição temos algum tipo de apoio especial? Conseguimos que alguém vá a casa dar apoio? Ou evitar as consultas ao centro de saúde e as pessoas deslocarem se a casa, mas então, em termos de licença? Conseguimos mais tempo de licença do que os outros pais? - ah isso não dá [responde a Assistente Social]. (P2)

2.2 A Pressão para a Esterilização no Contexto Hospitalar

A análise dos discursos sugere que as dinâmicas de vigilância institucional podem-se estender a propostas de esterilização definitiva no ambiente hospitalar. Assim, ao capitalizarem a assimetria de poder inerente à relação clínica, alguns profissionais de saúde tendem a exercer pressão psicológica para a realização da laqueação das trompas de Falópio. As narrativas das participantes ilustram experiências em que este desincentivo reprodutivo se manifesta de forma explícita. Este cenário é relatado por P1, ao recordar a abordagem de uma profissional: “*Quer que lhe aconteça outra desgraça destas?* [pergunta a médica] *E ela foi toda muito revoltada, foi se embora*”. Da mesma forma, P2 refere ter sido confrontada com a proposta durante o planeamento do parto: “*Quer aproveitar a cesariana para fazer laqueação de trompas?*”. O testemunho de P5 reforça a insistência nesta prática no decurso do próprio ato cirúrgico, sob o efeito de sedação: “*Quando era para fazer o parto a ideia da médica era para eu durante o parto, com anestesia geral, laquear as trompas*”.

Ao definir o nascimento de um bebé como uma “*desgraça*” (P1), o discurso clínico parece evidenciar preconceitos capacitistas que reduzem a experiência reprodutiva da mulher com deficiência física a um evento problemático no espaço

médico. Aliado ao referido, como documentado na literatura por Dotson e colaboradores (2003), a pressão para a esterilização involuntária ou induzida nestas populações baseia-se, historicamente, em pressupostos do legado eugénico que visavam controlar a reprodução de características consideradas socialmente indesejáveis. Além do referido, os relatos apontam que a sugestão de procedimentos definitivos num estado de vulnerabilidade, exacerbado pela proximidade ou indução da analgesia do parto, pode fragilizar a sua autodeterminação e o poder de decisão da utente. Por conseguinte, na experiência destas participantes, estas abordagens atentam contra os princípios consignados na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), nomeadamente no que concerne à salvaguarda da sua integridade física e mental (Artigo 17.º).

3. As Barreiras Estruturais e Protocolares no Acesso aos Cuidados Hospitalares

As experiências de exclusão relatadas pelas mulheres com deficiência no contexto clínico parecem estruturar-se, em grande medida, através de barreiras de comunicação e na própria dinâmica das instituições. Assim, e em consonância com o Modelo Social da Deficiência, os relatos sugerem que o hospital, enquanto macroestrutura, tende a ser concebido à imagem de um “sujeito universal”, que não integra as divergências corporais. Por conseguinte, os corpos que se afastam deste padrão tendem a ser percecionados como um obstáculo logístico pelas equipas de saúde. Para uma análise estruturada desta problemática, o presente capítulo foca-se na iliteracia clínica institucional, desdobrando-se a análise em três subtemas centrais: 3.1 A Dimensão Física do Hospital, 3.2 A Aplicação dos Protocolos Clínicos e 3.3 A Organização Protocolar do Hospital.

3.1 A Dimensão Física do Hospital

As características arquitetónicas e instrumentais parecem refletir-se na disponibilidade de equipamentos hospitalares adaptados, com potencial impacto no acesso das grávidas com deficiência a determinados cuidados durante o internamento. Na experiência das participantes, os aspetos físicos no serviço de maternidade traduzem-se em desafios na esfera da higiene pessoal e do conforto. Esta realidade é ilustrada pelo relato de P4, que refere: *“Não tomei banho durante os cinco dias na maternidade por não haver condições (...) Havia aquele banquinho na altura, que*

tinha que subir”. Perante estas condicionantes estruturais, os testemunhos apontam para a necessidade de deslocações complexas dentro do espaço hospitalar como resposta à ausência de alternativas locais, tal como relata P2: *“Eu preciso de ajuda (...) não estou sentada, estou deitada, não consigo comer (...) Tive que ir depois tomar banho noutra sítio, do outro lado do hospital”*.

Face às barreiras arquitetónicas e instrumentais identificadas, os relatos sugerem que as participantes necessitam de desenvolver estratégias próprias para contornar a escassez de recursos adaptados. Esta dinâmica é ilustrada pelo relato de P5, que descreve as limitações na monitorização do peso e a necessidade de recorrer a alternativas para a sua deslocação: *“Não havia como me pesar (...) nem nunca quiseram arranjar maneira (...) Não havia elevador de transferência (...) Eu chamava uma ambulância para me levar, ia na maca deitada (...)”*.

Por sua vez, a escassez de recursos como balanças adaptadas, elevadores de transferência ou marquesas de exame ajustáveis surge alinhada com as limitações infraestruturais identificadas na literatura por (Smeltzer, 2007). Por conseguinte, com base nas experiências relatadas, estas características parecem enquadrar-se nos pressupostos discutidos no Artigo 9.º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), no que concerne à promoção da acessibilidade física e instrumental em igualdade de circunstâncias.

3.2 A Aplicação dos Protocolos Clínicos

A inacessibilidade tende a refletir-se na aplicação de protocolos clínicos standardizados que demonstram uma flexibilidade reduzida perante as especificidades individuais. As entrevistas sugerem que a rigidez de certos procedimentos normativos pode limitar a oferta de respostas adaptadas. Destarte, esta perceção é partilhada por P3 ao descrever a abordagem recebida no serviço: *“Há um boneco que depois a pessoa explica como é que se veste (...) não houve a preocupação de me mostrar (...) as pessoas têm que tocar. Recebi as informações no geral (...) nenhuma informação específica”*. De acordo com a literatura, Nguyen (2020), as lacunas na transmissão de informação são uma barreira significativa no acompanhamento perinatal. Assim, os relatos apontam para a falta de diretrizes específicas e de preparação formativa por parte de alguns profissionais para lidar com a diversidade funcional das utentes. O referido é reforçado no relato de P3 ao

abordar o período pós-parto:

Não considero que tenha recebido informações que tenham sido adaptadas. Também não tive qualquer acompanhamento específico no próprio parto, amamentação, contração pós-parto (...) Se não tivesse chegado lá a minha mãe, eu ia tomar banho num sítio que estava cheio de sangue (...) porque nenhuma enfermeira me foi auxiliar no caminho.

Ademais, os dados sugerem a existência de tensões entre as regras rígidas de funcionamento dos serviços e a necessidade de acompanhamento das utentes. Em determinados contextos, a aplicação estrita dos regulamentos sobre a permanência de acompanhantes num quarto partilhado, após o horário definido, parece dificultar o suporte logístico informal necessário para as transferências físicas. Este cenário é relatado por P1, ao referir: *“Mas nós não podemos ter aqui um homem, você está num quarto partilhado (...) Agora, como é que nós fazemos as transferências? Isto é um risco, como é que o vai ter? (...) Não, nós não nos responsabilizamos”*. Perante estas limitações organizacionais, o papel da rede de apoio familiar torna-se evidente na gestão do quotidiano hospitalar, conforme sublinha o testemunho de P2: *“Eu ouvi um berro desesperado da minha filha, estava no quarto, não pude estar com ela naquele momento, deviam ter feito uma coisa diferente (...) não há acessibilidade e sensibilidade na questão de facilitar um pouco nesta logística”*.

3.3 A Organização Protocolar do Hospital

Os desafios da instituição hospitalar e a escassez de conhecimento técnico específico sobre a parentalidade e saúde reprodutiva de pessoas com deficiência parecem espelhar-se na gestão do ato de cuidar no ambiente hospitalar. As narrativas sugerem que as lacunas na formação dos/as profissionais em torno destas especificidades tendem a subverter os papéis estabelecidos, visto que, como ilustrado pelo relato de P3, a grávida orienta o próprio acompanhamento: *“Parecia que eu é que era a médica; foi assim um bocadinho estranho”*. Inclusive, P4 relatou que a perceção de impreparação por parte das equipas médicas, revela-se na execução de tarefas de suporte logístico, ao questionarem: *“Como é que eu agora ajudo?”*, tendo a participante descrito que a profissional encontrava-se *“mesmo atrapalhada”*.

A percepção da gestação por parte das mulheres participantes é frequentemente descrita como uma “gravidez desconhecida para elas” (P5). Este sentimento remete para pressupostos descritos na literatura (Corrêa et al., 2023) que apontam para a persistência de visões que associam a diversidade funcional a uma suposta incapacidade biológica para a maternidade.

Por consequência, como aponta Smeltzer (2007) e como compartilhado pelas mulheres participantes, a prevalência de abordagens padronizadas e a opção de procedimentos cirúrgicos sem uma avaliação individualizada, como a cesariana, surgem frequentemente associadas a esses contextos. Os discursos sugerem que, na ausência de diretrizes claras, as decisões clínicas podem ser influenciadas pelo receio face ao desconhecido. A par disso, as narrativas apontam para potenciais riscos associados às falhas no acompanhamento pós-parto (Tarasoff, 2015) com implicações, como riscos iatrogênicos para a gestante, como relata P5:

Eu apanhei uma bactéria hospitalar que deu origem a uma embolia tromboflebite. Fui internada e entrei em coma, dois meses (...), ninguém me explicou o que aconteceu (...) Andei a informar-me e durante a gravidez e pós-parto devia ter usado meias de compressão (...) nunca ninguém me falou disso e eu não sabia também.

Assim, na perspectiva das mulheres participantes, estas ocorrências sugerem fragilidades no acompanhamento e no desconhecimento clínico, que, aliadas à ausência de protocolos individualizados, são percecionadas como fatores que introduzem vulnerabilidade na assistência à grávida. Ademais, os relatos apontam para uma aparente desresponsabilização do sistema, o que, na experiência destas mulheres, diminui a sua confiança nos serviços de saúde. A falta de medidas preventivas adequadas, aliada à falta de esclarecimento institucional referida por P5 (“ninguém me explicou”), tende a criar distanciamento face às instituições hospitalares, por duvidar da sua credibilidade e preparação clínica, como testemunha P3: “Se precisasse de lhe perguntar alguma coisa, como é que deveria tratar do meu filho? Se calhar eu não sei se ela iria ter capacidade de me explicar”.

4. Trauma Iatrogénico e o Impacto no Futuro Reprodutivo

A experiência do parto, quando moldada por percepções de lacunas de exclusão

institucional e assistencial, gera repercussões psicológicas e físicas que podem ser analisadas à luz do conceito de trauma iatrogénico. Este conceito traduz as repercussões psicológicas e físicas experienciadas pelas utentes. Assim, essas repercussões psicológicas e físicas decorrem, em grande medida, de características e dinâmicas do próprio sistema de saúde, em oposição às complicações clínicas imprevisíveis (Walsh–Gallagher et al., 2013). Nas narrativas analisadas, os testemunhos sugerem que este impacto reflete-se no bem-estar emocional durante o puerpério e manifesta tendências de projeção nas decisões reprodutivas futuras das participantes. Para uma análise estruturada destas dinâmicas, o presente eixo divide-se em três dimensões analíticas: 4.1 O Impacto Emocional no Puerpério, 4.2 As Decisões Reprodutivas Futuras e 4.3 A Internalização da Norma.

4.1 O Impacto Emocional no Puerpério

O sofrimento relatado pelas participantes sugere repercussões emocionais significativas associadas às barreiras encontradas no ambiente hospitalar. Assim, face às condicionantes do contexto clínico, os testemunhos apontam para sentimentos de vulnerabilidade acrescida durante o pós-parto, como descreve P1: *“Eu estava totalmente desorientada, só me apetecia chorar (...) Foi a experiência mais de pouca dignidade que eu tive (...) só queria desaparecer dali ir-me embora e levar o miúdo para casa”*. Assim, na perspetiva das participantes, estas dificuldades tendem a converter o período do pós-parto num evento gerador de stress secundário, como acrescenta P1: *“Agora no parto, acho que foi muito complicado. Quando saí, aquilo foi mesmo um trauma, foi mesmo muito traumatizante”*.

Esta perceção encontra semelhanças nos discursos de outras participantes, que referem o desenvolvimento de quadros de sofrimento psicológico mais prolongados, como refere P2, face à ausência de respostas adaptadas: *“Foi traumático (...) era muito fácil ter caído numa depressão pós-parto e ter ficado numa situação de maior fragilidade”*. À luz da literatura em saúde mental perinatal (Tarasoff, 2015), as citações evidenciam o impacto que as qualidades dos cuidados institucionais exercem sobre o bem-estar da grávida.

4.2 As Decisões Reprodutivas Futuras

O trauma iatrogénico é particularmente impactante, devido ao possível

impacto na reconfiguração do planeamento familiar e das decisões reprodutivas das mulheres. Face às adversidades experienciadas no contexto hospitalar, a recusa de uma nova gestação surge, por vezes, como um mecanismo de autoproteção face à possibilidade de reviver experiências semelhantes no sistema de saúde. Assim, a urgência em adotar métodos contraceptivos pode não decorrer, exclusivamente, de uma escolha isolada, mas sim de uma postura preventiva orientada para a preservação da autonomia pessoal. Esta perspetiva é ilustrada pelo testemunho de P1 ao mencionar: “Eu estava tão traumatizada, que eu lhe disse, não doutora. Eu quero algo que não seja a pílula, mas que seja outra coisa que eu consiga evitar a gravidez”.

4.3 A Internalização da Norma

Face às condicionantes estruturais do meio hospitalar, as narrativas sugerem a existência de mecanismos de adaptação controversos. Em vez de confrontarem as limitações do sistema de saúde, os testemunhos apontam para uma tendência de autorresponsabilização. Por conseguinte, algumas participantes adotam uma perspetiva segundo a qual a qualidade da assistência e a experiência no espaço hospitalar dependem, primordialmente, da capacidade de adaptação da própria pessoa com deficiência às normas em vigor. Esta postura é evidenciada no relato de P3, ao afirmar *“As pessoas também se vitimizam muito às vezes (...) querem o mundo da maneira deles. (...) somos uma minoria (...) Nós temos que nos adaptar também (...), quem precisa sou eu. (...) a maioria dos deficientes acham que fazem tudo por eles, porque eles merecem tudo e porque isto e porque aquilo”*.

Este discurso ilustra o fenómeno de internalização do capacitismo, na medida em que a participante assume o ónus da responsabilidade adaptativa ao sublinhar que *“quem precisa sou eu”*. Adicionalmente, observa-se uma diferenciação identitária assente numa lógica de separação entre o próprio indivíduo estigmatizado face aos seus pares como estratégia de aceitação social, um fenómeno descrito na obra de Goffman (1988). O autor refere que, uma vez que a sociedade socializa os indivíduos em torno de determinados padrões de normalidade, a pessoa com deficiência pode absorver os preconceitos vigentes, aplicando-os a si mesma ou aos seus iguais. Ao sugerir que outros indivíduos *“querem tudo à maneira deles”*, a participante estabelece uma distinção face às restantes pessoas com deficiência. Este posicionamento reflete o impacto do modelo biomédico na perceção dos direitos à

acessibilidade, que tendem a ser encarados como concessões ou privilégios, em oposição ao seu estatuto de prerrogativas fundamentais salvaguardadas na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

5. A Reivindicação da Identidade

Em resposta às condicionantes institucionais documentadas, as narrativas sugerem uma subversão das dinâmicas de poder e suporte no seio hospitalar. Em detrimento de uma postura de passividade perante o estigma por parte de algumas equipas de saúde, as participantes tendem a mobilizar o seu conhecimento para colmatar as lacunas identificadas no sistema. Para uma análise estruturada destas dinâmicas, o presente capítulo divide-se em dois subtemas: 5.1 Estratégias Proativas de Autoproteção e 5.2 Revindicação da Autonomia.

5.1 Estratégias proativas de Autoproteção

Face às limitações identificadas, as narrativas sugerem que a autogestão surge como uma resposta por parte das grávidas. Desta forma, quando confrontadas com a escassez de conhecimento prático por parte das equipas de saúde, as mulheres tendem a utilizar os seus próprios recursos de forma a garantir a viabilidade dos cuidados. Por conseguinte, P3 refere que já possuía o conhecimento necessário (*“Quando ela me veio explicar, eu já sabia (...) O instinto aqui é muito importante”*), e a criação de soluções por P4, que contorna a hesitação da equipa clínica, afirmando ter os seus próprios *“truques”*, evidencia processos de adaptação ativa. Assim, mais do que gerir lacunas nas instituições hospitalares, estes testemunhos sugerem uma reconfiguração da perceção de agência destas mulheres, contrariando a visão biomédica de que as mulheres com deficiência são sujeitos passivos. Esta perspetiva de autossuficiência é reforçada por P3, ao afirmar-se *“cuidadora por natureza”*. Além disso, P5 sublinha a determinação face às limitações percecionadas: *“Eu tenho as minhas limitações, mas sou muito persistente. Quando meti na cabeça que ia ter um filho, também meti na cabeça que iria cuidar desse filho”*.

À luz dos estudos feministas da deficiência, nomeadamente das perspetivas de Garland- Thomson (2002), a reivindicação do papel de cuidadora por parte das utentes surge como uma afirmação da sua legitimidade e autoridade efêmera face a

barreiras conceituais envolventes (Barnes, 2016). Assim, as participantes tendem a redefinir a deficiência enquanto uma característica humana neutra. Por consequência, a legitimação da parentalidade é construída através da sua resistência e opera sob a transição da dimensão clínica do corpo para uma dimensão identitária e política (Linton, 2006). A teorização suprarreferida reflete-se através do conceito “*crip ingenuity*” teorizado por Hamraie e Fritsch (2019), que ilustra que as pessoas com deficiência constroem as suas próprias alternativas no seu quotidiano. Esta adaptação é ilustrada pela solução referida por P4 para contornar as limitações dos equipamentos hospitalares: “*Eu fiz como se fosse um resguardo oval com assas como se fosse um cestinho, para conseguir pegar nela do berço para muda-la*”.

5.2 Reivindicação da Autonomia

A importância do ato do aleitamento revela-se como um elemento central da sua maternidade, conforme relata P2: “*Era a única coisa que eu pensava: ninguém me pode substituir a fazer isto*”. Assim, mesmo perante o desgaste e a dor, a determinação em continuar com o aleitamento surge como uma afirmação da parentalidade face à ausência de suporte especializado:

Eu fiz várias mastites (...) não há acompanhamento na questão da amamentação, era muito fácil dizer pra dar a fórmula (...) a minha filha chegou a bolsar cor de rosa, porque eu tinha o mamilo dilacerado em três partes diferentes (...) eu nunca deixei de dar de mamar, eu queria muito (...).

Diante da expectativa social face ao ato de segurar o bebé ao colo para o acalmar, quando o contacto físico tradicional é restringido, as mulheres participantes desenvolvem formas alternativas, como descreve P2:

A minha filha está a chorar no berço e eu não consigo pegar nela, não a consigo tirar do berço, eu tive que criar uma relação com a minha filha através da voz, conseguir acalmá-la através do toque, mas não do colo, então eu não deixava que ninguém pegasse nela ao colo em determinadas situações, porque eu não conseguia fazer isso

A decisão de proibir que outras pessoas peguem na sua filha é uma estratégia de defesa e salvaguarda do seu papel materno, de forma a assegurar que o seu espaço de vinculação não é ocupado por outros. Esta resistência pode ser justificada pela tendência social de, frequentemente, minorizar a autoridade parental da utente (Smeltzer, 2007; Lipson & Rogers, 2000). Assim, a utente utiliza estratégias de presença emocional e sensorial, tal como acrescenta: *“Eu tentava chegar à cara dela, para perceber “ok não estás no meu colo, mas a mamã está aqui”*.

4. Limitações do estudo e Pistas para Investigações Futuras

Não obstante a riqueza qualitativa dos dados obtidos e o rigor metodológico da presente investigação, a mesma apresenta limitações que devem ser consideradas em investigações futuras.

Em primeiro lugar, dado que é um estudo de natureza qualitativa e exploratória, a amostra de cinco participantes não visa a representatividade estatística, pelo que os resultados não têm o intuito de generalizar a experiência de todas as mulheres com deficiência. No entanto, o recurso a amostragem por conveniência, fruto da complexidade no recrutamento a esta população, pode ter limitado a amplitude das experiências vividas, apesar do foco ter incidido na profundidade fenomenológica dos relatos.

Em segundo lugar, a opção de focar o estudo exclusivamente em mulheres com deficiência motora, apesar de fundamental para aprofundar a análise das barreiras arquitetónicas e do estigma motor, exclui a realidade de mulheres com deficiências sensoriais, cognitivas e intelectuais.

Em terceiro lugar, é crucial reconhecer a existência do “viés de sobrevivência reprodutiva”, uma vez que todas as participantes conseguiram levar a cabo a sua gravidez, logo o estudo não capta a experiência de mulheres cujas trajetórias reprodutivas foram precocemente interrompidas.

Em quarto lugar, pode ser apontada a existência de um “viés de memória”, visto que por serem relatos retrospectivos, a precisão de alguns detalhes clínicos pode ser condicionada pelo tempo que passou.

Em quinto lugar, o estudo focou-se exclusivamente na perspetiva das utentes, o que impede a inclusão da perspetiva dos/as profissionais de saúde e limita a compreensão total do fenómeno. Como pista futura, sugere-se a realização de estudos

que incluam as equipas médicas.

Apesar das limitações mencionadas, os resultados obtidos configuram um contributo valioso para futuras investigações e para promover um sistema de saúde mais equitativo.

5. Considerações finais

A presente dissertação propôs-se a responder à seguinte questão de investigação: Quais são os impactos das barreiras institucionais no exercício da maternidade em mulheres com deficiência física?”. Assim, para analisar esta problemática, delinearam-se três objetivos específicos.

No que concerne ao primeiro objetivo, relativo às vivências das utentes ao aconselhamento e cuidados médicos durante a gravidez, conclui-se que o percurso destas mulheres é influenciado por dinâmicas de vulnerabilidade interseccional. Este fenómeno manifesta-se através de um sistema de saúde, ainda muito influenciado pelo modelo biomédico, que pode contribuir para a deslegitimação do desejo maternal desta população.

Relativamente ao segundo objetivo, que interrogava as principais barreiras identificadas e experienciadas pelas mulheres com deficiência física nos serviços de saúde durante a fase perinatal, o estudo demonstrou a insuficiência de equipamentos adaptados, tais como balanças, mesas ginecológicas e instalações sanitárias acessíveis. Aliado ao referido, soma-se, frequentemente, a desorientação e impreparação técnica de algumas equipas médicas. Os resultados sugerem o impacto negativo da aplicação rígida de protocolos normativos, bem como o escrutínio da parentalidade por parte de entidades externas. Não obstante, as narrativas analisadas sugerem que as utentes contrariam uma postura de passividade, assumindo a autogestão dos seus corpos e reivindicando a sua legitimidade materna.

Relativamente ao terceiro, e último objetivo, focado no impacto do desfasamento entre o enquadramento político e a realidade prática nacional, evidenciou-se uma clivagem que pode sugerir um comprometimento na eficácia dos cuidados de saúde. As experiências destas mulheres denotam que subsistem lacunas na aplicação prática da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), o que condiciona a eficácia das estruturas. A partir dessa premissa, a ausência de diretrizes clínicas específicas por parte da Direção-Geral da Saúde (DGS) e as fragilidades nos mecanismos reguladores - Instituto para os Direitos das Pessoas

com Deficiência e o Mecanismo Nacional de Monitorização (Me-CDPD) - veem a sua ação estrangida. Como resultado, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) apresenta assimetrias no acolhimento e transfere para as utentes a necessidade de recorrer a estratégias de adaptação improvisadas.

A presente dissertação de mestrado reforça a importância de integrar a Psicologia nos cuidados de saúde sexual e reprodutiva, através de uma intervenção psicológica qualificada que salvaguarde a saúde mental das gestantes e apoie o exercício pleno dos seus direitos.

6. Referências bibliográficas

- Assembleia da República. (2005). Constituição da República Portuguesa (VII Revisão Constitucional)
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
- Barnes, E. (2016). *The minority body: A theory of disability*. Oxford University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE Publications.
- Butler, J. (2017). *Problemas de género: Feminismo e subversão da identidade* (11.^a ed.). Editorial Presença. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Campos Pinto, P. (2015). Modelos de abordagem à deficiência: Que implicações para as políticas públicas? *Ciências e Políticas Públicas / Public Sciences & Policies*, 1(1), 174–200. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2015.VIN1/pp.174-200>
- Clímaco, J. C. (2020). Análise das construções possíveis de maternidades nos estudos feministas e da deficiência. *Revista Estudos Feministas*, 28(1), Artigo e54235. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n154235>
- Conselho da Europa. (2011) *Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul)*.
- Corrêa, V. da C. R., Jurdi, A. P. S., & Silva, C. C. B. da. (2023). Narrativas de mulheres com deficiência física e visual sobre suas maternidades. *Revista Estudos Feministas*, 31(3), Artigo e89510. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n389510>
- Dotson, L. A., Stinson, J., & Christian, L. (2003). “People tell me I can’t have sex”: Women with disabilities share their personal perspectives on self-protection, intimacy, and sexuality. *Sexuality and Disability*, 21(3), 195–209.
https://doi.org/10.1300/J015v26n03_02
- Foucault, M. (1979). *Discipline and punish* (A. Sheridan, Trad.). Vintage Books.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (13.^a ed., M. T. da C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, Trad.). Edições Graal. (Obra original publicada em 1976).

- Foucault, M. (2014). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (R. Ramalhete, Trad.). Editora Vozes. (Obra original publicada em 1975).
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4.^a ed.). LTC.
- Governo da República Portuguesa. (2024). *Programa do XXIV Governo Constitucional*. Presidência do Conselho de Ministros.
<https://www.portugal.gov.pt/api/media/edge/Project/Portal-do-Governo/Portal-do-Governo/gc24/Files/Governo/programa-do-xxiv-governo.pdf>
- Hall, K. Q. (Ed.). (2011). *Feminist disability studies*. Indiana University Press.
- Hamraie, A., & Fritsch, K. (2019). Crip technoscience manifesto. *Catalyst: Feminism, Theory, Technoscience*, 5(1), 1–34.
<https://doi.org/10.28968/cst.v5i1.29607>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing* (2.^a ed.). SAGE Publications.
- Linton, S. (2006). *My body politic: A memoir*. University of Michigan Press.
- Lipson, J. G., & Rogers, J. G. (2000). Pregnancy, birth, and disability: Women's health care experiences. *Health Care for Women International*, 21(1), 11–26
- Mecanismo Nacional de Monitorização (Me-CDPD). (2025). *Recomendação n.º 02/Me-CDPD/2025: Sobre os direitos reprodutivos e a prática de esterilização forçada*.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Mitra, M., Long-Bellil, L. M., Smeltzer, S. C., & Iezzoni, L. I. (2015). A perinatal health framework for women with physical disabilities. *Disability and Health Journal*, 8(4), 499–506. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.05.007>
- Nguyen, L. (2020). Challenges for women with disabilities in accessing reproductive health care worldwide: A scoping review. *Sexuality and Disability*, 38(3), 371–388. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09630-7>
- Nosek, M. A., Young, M. E., Rintala, D. H., Howland, C. A., Foley, C. C., & Bennett, J. L. (2001). Barriers to reproductive health maintenance among women with physical disabilities. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10(1), 17–33. <https://doi.org/10.1089/152460901750067088>
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan Education.

- Governo da República Portuguesa. (2024). *Programa do XXIV Governo Constitucional*. Presidência do Conselho de Ministros.
<https://www.portugal.gov.pt/api/media/edge/Project/Portal-do-Governo/Portal-do-Governo/gc24/Files/Governo/programa-do-xxiv-governo.pdf>
- Rauscher, L., & McClintock, M. (2007). Ableism curriculum design. In M. Adams, L. A. Bell, & P. Griffin (Eds.), *Teaching for diversity and social justice* (2.^a ed., pp. 145–166). Routledge.
- Rioux, M., & Valentine, F. (2006). Does theory matter? Exploring the nexus between disability, human rights and public policy. In D. Pothier & R. Devlin (Eds.), *Critical disability theory: Essays in philosophy, politics, policy and law* (pp. 47–69). UBC Press.
- Schildberger, B., Zenzmaier, C., & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of women with physical or sensory disabilities regarding pregnancy, childbirth and early motherhood: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), Artigo 258. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1445-4>
- Shakespeare, T., & Watson, N. (2001). The social model of disability: An outdated ideology? *Research in Social Science and Disability*, 2, 9–28.
[https://doi.org/10.1016/S1479-3547\(01\)80018-X](https://doi.org/10.1016/S1479-3547(01)80018-X)
- Smeltzer, S. C. (2007). Pregnancy in women with physical disabilities. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(1), 88–96.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00121.x>
- Tarasoff, L. A. (2015). Experiences of women with physical disabilities during the perinatal period: A review of the literature and recommendations for improving care. *Women & Health*, 55(1), 45–67.
<https://doi.org/10.1080/03630242.2014.979970>
- UPIAS. (1976). *Fundamental principles of disability*. Union of the Physically Impaired Against Segregation.
- Waxman, B. F. (1994). Up against eugenics: Disabled women's resistance. *Journal of Progressive Human Services*, 5(1), 107–114.
https://doi.org/10.1300/J059v05n01_07
- Welner, S. L. (1997). Reproductive financial and health care for women with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78(12), S10–S15. [https://doi.org/10.1016/S0003-9993\(97\)90217-0](https://doi.org/10.1016/S0003-9993(97)90217-0)

7. Anexos

Anexo A. Parecer da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER (Ref.ª 2025-11-14b)

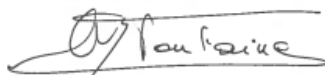
A Comissão de Ética (CdE) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, tendo reapreciado os documentos do projeto de investigação denominado “Desafios no acesso a cuidados de saúde na gravidez para mulheres com deficiência física”, submetidos para apreciação ética por **Eduarda de Oliveira Marques** e com orientação da **Profª Doutora Conceição Nogueira e da Doutra Ana Pinho**, emitiu um **Parecer Favorável** à realização da pesquisa.

Parecer favorável

A CdE é favorável à realização do projeto tal como apresentado.

FPCEUP, 14 de janeiro de 2026

Pel’o Presidente da CdE,



Prof. Doutor Rui Alexandre Alves

Anexo B. Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, _____, aceito participar na entrevista conduzida por Eduarda Marques, no âmbito da dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Psicologia, área da Justiça e da Desviância, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora Conceição Nogueira e pela Doutora Ana Pinho.

Declaro que fui informada relativamente aos objetivos da dissertação intitulada "Como experienciam as mulheres com deficiência física os desafios no acesso ao aconselhamento médico e aos cuidados de saúde durante a gravidez? Fui informada de que a entrevista será gravada em áudio para registo e análise, garantindo-se total confidencialidade e anonimato dos meus dados pessoais.

Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso interromper a entrevista a qualquer momento.

Fui informada que os dados poderão ser publicados e apresentados mas, sem qualquer informação que permita a minha identificação.

Caso a participação nesta entrevista a leve a sentir desconforto emocional durante ou após a mesma e/ou sinta que necessita de apoio por parte de um profissional de saúde mental, pode contactar:

Serviços à distância gratuitos Serviço de aconselhamento psicológico no SNS 24 – serviço confidencial de apoio às preocupações e desafios psicológicos realizado por psicólogos/as clínicos/as. Contacto: 808 24 24 24 e depois seleccionar opção 4 (aconselhamento psicológico) Sexualidade em Linha – serviço técnico anónimo e confidencial de aconselhamento e informação na área da saúde sexual e reprodutiva Contacto: 800 22 20 03

Serviço presencial pago Serviço de Consulta Psicológica – serviço de intervenção psicológica especializada à comunidade, com atendimento presencial na Rua Alfredo Allen, Porto

Contacto: 220 40 06 00 | 220 42 89 22

Declaro que fui informada e que compreendo todas as informações descritas acima e que concordo em participar nesta investigação.

Local e data: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Anexo C. Guião da Entrevista Semiestruturada

Enquadramento da Gravidez e Deficiência

- 1) Pode falar-me um pouco sobre si e sobre a sua experiência de gravidez?
- 2) Que tipo de deficiência física possui?
- 3) Como acha que a sua deficiência física influenciou (ou não) a sua vivência da gravidez?

Interação com as Equipas de Saúde

- 4) Como descreveria a sua experiência com profissionais de saúde durante a gravidez?
- 5) Como foi o acompanhamento durante toda a gravidez? Teve acompanhamento contínuo por algum profissional? Como descreve essa relação?

Aconselhamento e Autonomia Reprodutiva

- 6) Que tipo de aconselhamento e informações recebeu durante a gravidez? De que forma sentiu que foi adaptado à sua realidade e preferências?
- 7) Como se sentiu em relação à sua autonomia nas decisões (parto, amamentação, contraceção pós-parto)?
- 8) Durante o aconselhamento, em que medida foram abordados temas como sexualidade, planeamento familiar ou riscos específicos da gravidez com deficiência?

Barreiras, Impacto Emocional e Facilitadores

- 9) Quais os fatores que dificultaram o seu acesso aos cuidados de saúde durante a gravidez?
- 10) Quais os fatores que facilitaram o seu acesso aos cuidados de saúde durante a gravidez?
- 11) Que impacto emocional tiveram as suas experiências com os serviços de saúde na gravidez?
- 12) Como foi o apoio que recebeu após o parto?

Avaliação das Políticas Públicas e Recomendações

- 13) Que mudanças considera importantes para melhorar o tratamento e apoio às mulheres com deficiência grávidas?

- 14) Como é que as políticas e leis existentes protegem os direitos reprodutivos das mulheres com deficiência?
- 15) O que acha da formação ou sensibilização entre profissionais sobre deficiência e maternidade?
- 16) Se pudesse mudar algo na forma como o sistema de saúde lida com a maternidade na deficiência, o que seria?
- 17) Que mudanças considera necessárias nas políticas públicas e nas práticas de saúde para promover uma maternidade mais inclusiva e respeitosa?
- 18) Olhando para trás, o que considera mais marcante na experiência de gravidez?

Encerramento e Reflexividade

- 19) Há algo mais que gostaria de partilhar e que ainda não tenha sido abordado?
- 20) Como foi para si fazer esta entrevista?

Anexo D. Categorias em Análise

Figura 3. Sistema de Categorias e Subcategorias da Análise Temática Reflexiva

Tema	Subtema
Tema 1: Discursos de Patologização da Mulher com Deficiência no Contexto Clínico	A Dessexualização e Negação da Identidade Adulta
	O Foco Clínico no Risco e na Incapacidade
	O Escrutínio Clínico do Desejo Reprodutivo
Tema 2: Dinâmicas de Vigilância e Regulação da Parentalidade	Percepções sobre a Intervenção do Serviço Social: Suporte e Vigilância
	A Pressão para a Esterilização no Contexto Hospitalar
Tema 3: As Barreiras Estruturais e Protocolares no Acesso aos Cuidados Hospitalares	A Dimensão Física do Hospital
	A Aplicação dos Protocolos Clínicos
	A Organização Protocolar do Hospital
Tema 4: O Trauma Iatrogénico e o Impacto no Futuro Reprodutivo	O Impacto Emocional no Puerpério
	As Decisões Reprodutivas Futuras
	A Internalização da Norma
Tema 5: Reivindicação da Identidade	Estratégias Proativas de Autoproteção
	Reivindicação da Autonomia

