

Histórias de gestação e maternidade de mulheres com deficiência física

Pregnancy and motherhood narratives of women with physical disabilities

Historias de embarazo y maternidad de mujeres con discapacidad física

Amanda Nicácio Vieira¹ ; Maria Itayra Padilha¹ ; Roberta Costa¹ ; Laís Antunes Wilhelm¹ 
Manuela Beatriz Velho¹ ; Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar a história de vida de mulheres com deficiência física que vivenciaram a gestação e a maternidade. **Método:** estudo qualitativo com abordagem histórico-social, realizado pela técnica de história oral de vida. Foram entrevistadas 15 mulheres com deficiência física. Realizada a análise de conteúdo temática com auxílio do software Atlas.ti®, à luz do marco conceitual da vulnerabilidade. **Resultados:** a deficiência de cada mulher, possibilita compreender os obstáculos enfrentados pela acessibilidade, pela imagem e identidade, pela vulnerabilidade no período gravídico-puerperal. Isto reforça a importância da atenção à saúde, valorizando o direito de exercer a gestação e maternidade com segurança e inclusão. **Conclusão:** a vulnerabilidade foi retratada em diferentes momentos da vida das mulheres com deficiência física, sendo semelhantes entre elas e ao mesmo tempo muito particulares para cada uma. A história de vida dessas mulheres reflete seu modo de enfrentar os obstáculos impostos pela sociedade e pela condição física.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Maternidade; Vulnerabilidade em Saúde; Pessoa com Deficiência.

ABSTRACT

Objective: to analyze the life trajectories of women with physical disabilities who experienced gestation and motherhood. **Method:** qualitative study with a historical-social approach, conducted by means of the life oral history technique. Fifteen women with physical disabilities were interviewed. Thematic content analysis was carried out with Atlas.ti® software, in light of the conceptual framework of vulnerability. **Results:** each woman's disability allows understanding of the obstacles faced regarding accessibility, image and identity, and vulnerability throughout the gestational and puerperal period. This emphasizes the significance of health care, valuing the right to experience gestation and motherhood with safety and inclusion. **Conclusion:** vulnerability was portrayed at different moments in the lives of women with physical disabilities, being similar among them yet distinctly unique for each one. These women's life trajectories reflect their way of confronting the barriers imposed by society and physical condition.

Descriptors: Nursing; Women's Health; Parenting; Health Vulnerability; Persons with Disabilities.

RESUMEN

Objetivo: este estudio analizó las historias de vida de mujeres con discapacidad física que experimentaron el embarazo y la maternidad. **Método:** se realizó un estudio cualitativo con enfoque histórico-social, utilizando la técnica de historia oral. Se entrevistó a quince mujeres con discapacidad física. El análisis temático de contenido se llevó a cabo con el software Atlas.ti®, desde la perspectiva del marco conceptual de la vulnerabilidad. **Resultados:** la discapacidad de cada mujer permite comprender los obstáculos que enfrentan en lo que respecta a la accesibilidad, imagen e identidad, y vulnerabilidad durante el embarazo y el posparto. Esto refuerza la importancia de la atención para la salud, valorando el derecho a vivir el embarazo y la maternidad de forma segura e inclusiva. **Conclusión:** la vulnerabilidad se manifestó en diferentes momentos de la vida de las mujeres con discapacidad física, fue similar entre ellas y, a su vez, muy particular para cada una. Las historias de vida de estas mujeres reflejan su manera de afrontar los obstáculos que les imponen la sociedad y su condición física.

Descriptores: Enfermería; Salud de la Mujer; Responsabilidad Parental; Vulnerabilidad en Salud; Personas con Discapacidad.

INTRODUÇÃO

Historicamente, a deficiência é vista pela sociedade como uma situação de desvantagem. Refere-se à condição de uma situação de desequilíbrio, quando comparada ao grupo de pessoas com deficiência e aquelas que não tem. Diante disso, podemos afirmar que as interações e relações de poder presente entre as pessoas, influenciam a forma como o sujeito com deficiência constitui-se como pessoa no mundo, porém sua condição clínica também exige acompanhamento^{1,2}.

Desta forma, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, acredita-se que o melhor modelo para classificar a deficiência é o modelo biopsicossocial. Este modelo sintetiza o que há de verdadeiro nos modelos médico e social. Sendo respectivamente a deficiência como uma característica da pessoa, sendo causada diretamente por uma doença (modelo médico) necessitando de tratamento médico, mas também é vista como um problema criado pela sociedade devido à falta de inclusão e políticas sociais (modelo social). Este modelo de integração entre médico e social aborda diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social³.

O presente estudo foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil (CNPq).

Autora correspondente: Isadora Ferrante Boscoli de Oliveira Alves. E-mail: isa.fboa@gmail.com

Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Científica: Juliana Amaral Prata

Recebido em: 17/03/2025 – Aprovado em: 27/10/2025

Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2025; 33:e90592

p.1



Outro conceito discutido pela Organização Pan-Americana de Saúde define as pessoas com deficiência como grupo de risco, tendo maiores chances de serem infectadas por diversos motivos. Dentre eles estão as dificuldades de acesso a saúde pública, implementação de medidas básicas de higiene e dificuldade em manter isolamento social, devido à necessidade de uma rede de apoio⁴. Para as mulheres, a deficiência física muitas vezes significa a exclusão de uma vida de feminilidade, sexualidade ativa e negação de oportunidades de maternidade⁵⁻⁷. Além disso, muitas vezes são caracterizadas pelas suas deficiências funcionais de extremidades que limitam sua mobilidade. Dessa forma, muitas delas sentem vergonha, baixa autoestima e insegurança⁸.

A maternidade é experienciada pelas mulheres com deficiência física com limitações de serviços acessíveis e apoio reprodutivo inadequado. O acesso aos serviços de saúde é limitado devido a instalações fisicamente inacessíveis, insensibilidade dos profissionais de saúde e conhecimento limitado sobre deficiência^{5,6}.

Estudo realizado na Austrália com mulheres com deficiência motora ou sensorial, revelou que durante o processo gravídico puerperal elas perceberam um ambiente discriminatório e falta de confiança na sua capacidade de exercer o papel de mãe. Além disso, relataram violações verbais e emocionais, o qual refletia a insegurança dos profissionais para lidar com suas particularidades⁷.

As pessoas com deficiência enfrentam dificuldades de gênero, maior índice de pobreza ou desigualdade, estigma e discriminação. Esses e outros fatores externos moldam experiências de vergonha, assexualidade ou hipersexualização e falta de confiança. As mulheres com deficiência possuem maior chance de estupro e molestamento e violações dos direitos humanos reprodutivos. Isto caracteriza esse público como um grupo vulnerável⁶⁻¹⁰.

No Brasil, o sistema de saúde voltado as pessoas com deficiência ainda se caracteriza, de modo geral, pela fragmentação e descontinuidade assistencial, decorrentes de fragilidades na articulação entre gestores e as equipes profissionais que atuam na ponta¹¹. Além disso, os profissionais de saúde possuem dificuldades em olhar as necessidades da pessoa com deficiência além da sua limitação física^{11,12}. No final da década de 1980 com a Constituição Federal de Saúde do Brasil, a pessoa com deficiência foi mencionada e contemplada nas três esferas de governo: cuidado e assistência pública à saúde, proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências¹³. Posteriormente, outras legislações foram regulamentadas a fim de adequar a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade, como a Lei nº 7.853 de 1989, a qual garante o acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade; a Lei nº 10.098 a qual estabelece as normas gerais e os critérios básicos para a promoção da acessibilidade de pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida; e a Lei nº 10.048, que estabelece grupos prioritários para atendimento, como idosos, gestantes e pessoa com deficiência, inclusive para garantir assentos específicos nos transportes públicos para esses grupos^{14,15}.

Cabe mencionar que a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência brasileira, busca reverter o quadro de fragmentação e descontinuidade do cuidado, afirmando que a assistência a essas pessoas baseia-se no pressuposto de que, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição¹³. Esses indivíduos também podem ser acometidos por doenças e agravos comuns, necessitando de outros tipos de serviços de saúde além daqueles estritamente ligados à sua deficiência, como por exemplo, as mulheres que vivenciam o ciclo gravídico puerperal¹⁴.

As políticas de saúde para inclusão e qualidade de vida das mulheres com deficiência física que passaram pelo período gravídico puerperal, o avanço em termos de legislação para alcance da igualdade de oportunidades e bom convívio em sociedade são fundamentais. Porém, entende-se que a rede de apoio possui um papel essencial para enfrentar esse processo. Seu papel tem como objetivo apoiar e acolher a mulher com deficiência física, para que ela se sinta empoderada para superar os seus limites e vulnerabilidades devido a sua limitação física e as condições relacionadas à gestação e maternidade^{5,16}. A vulnerabilidade associada à falta de informação, apoio e descrença sobre a capacidade de gestar, parir e cuidar de um filho, mostra a fragilidade da mulher com deficiência. Para algumas delas, experienciar a maternidade possibilita a recaptação da identidade feminina perdida perante a sociedade. Além disso, apresentam dificuldades sociais como o acesso aos serviços de saúde, qualidade e especialização de assistência, rede integrada e referenciada dos atendimentos. Desta forma, optou-se por utilizar o marco conceitual da vulnerabilidade para refletir sobre este tema¹⁷.

Partindo do pressuposto de que as mulheres com deficiência física enfrentam dificuldades relacionadas ao reconhecimento social perante sua figura como mulher e mãe, falta de acessibilidade e de informação, pode-se afirmar que elas possuem diversas vulnerabilidades social.

Diante disso, teve-se como o objetivo analisar a história de vida de mulheres com deficiência física que vivenciaram a gestação e a maternidade.

MÉTODO

Pesquisa histórica com abordagem qualitativa, a qual compreende os grupos humanos no seu espaço temporal discutindo variados aspectos sociais^{18,19}. Para garantir a exatidão e o rigor, o instrumento *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) foi seguido em todas as etapas de relato do trabalho. O contexto do estudo para captação inicial das fontes orais foi uma Maternidade Pública Estadual do Sul do Brasil, referência em pré-natal de alto risco.

Para seleção das participantes, foram definidos como critérios de elegibilidade: mulheres com qualquer tipo de deficiência física com idade igual ou superior a 18 anos, que engravidaram pelo menos uma vez e que apresentassem deficiência física há pelo menos um ano antes de engravidar. Foram excluídas do estudo aquelas que apresentassem algum tipo de deficiência cognitiva ou sensorial que dificultasse a comunicação entre o pesquisador e a participante.

Inicialmente, foram selecionadas 25 participantes, sendo que uma delas ainda estava grávida, não se encaixando nos critérios de inclusão e no período de coleta de dados. Das 24 participantes, duas não possuíam contato atualizado, quatro não responderam e três desistiram²⁰.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal no período de julho a dezembro de 2020, utilizando um roteiro de entrevista com questões relativas à infância, adolescência, gestação, além de questões sobre a percepção de si, acesso à assistência à saúde, papel familiar, bem como as limitações e potencialidades autoavaliadas pelas mulheres com deficiência física. Este tem o intuito de traçar uma linha do tempo para o encadeamento dos fatos relatados. Na época, a pesquisadora principal atuava como enfermeira assistencial na instituição do estudo, facilitando o acesso ao ambulatório no qual as gestantes realizavam o seu pré-natal.

O recrutamento das participantes se deu inicialmente pela consulta aos registros de atendimento ambulatorial disponibilizados pelo serviço, buscando as mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, após a autorização do comitê de ética da instituição para consulta destas informações. Em seguida, foram iniciados os contatos via telefone para convite para apresentação da pesquisadora e explicação do objetivo, etapas do estudo e interesse em participar da pesquisa. A partir daí utilizou-se a técnica de *snowball*²¹. Somente após esta etapa que a coleta de dados da pesquisa foi iniciada.

As entrevistas foram realizadas através de ambiente virtual, devido às restrições sociais da pandemia Covid-19, e agendadas conforme a disponibilidade das entrevistadas. Cada entrevista teve duração média de 40 a 100 minutos, e foram gravadas, transcritas e passadas pelo procedimento de *copidesque*, transformando a linguagem coloquial para formal.

As entrevistas transcritas foram revisadas detalhadamente, para permitir a análise dos dados, utilizando a análise qualitativa de conteúdo temática²². Esta etapa foi realizada pela autora principal e revisada pelas demais autoras. Para a organização e sistematização dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti 9® (*Qualitative Research and Solutions*). Após a transcrição das entrevistas, estas foram devolvidas para as participantes, a fim de obter a validação das informações e autorização do uso do conteúdo na pesquisa.

As transcrições foram inseridas no *software* ATLAS.ti® na forma de documento primário, sendo realizada a criação de códigos de forma sequencial em seguida foram realizadas associações, divisões ou mudanças de códigos. Os códigos foram sinalizados a partir de uma fala, parágrafo, palavra conforme o seu significado e tema em questão. Para cada código foi elaborado uma descrição, facilitando o processo de agrupamento. Durante este processo também foram criados memos no ATLAS.ti® para registrar as reflexões das pesquisadoras para auxiliar no processo de discussão dos dados.

O protocolo de pesquisa foi aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa com os Seres Humanos da Universidade pesquisada, via Plataforma Brasil, em maio de 2020. Todas as participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido digitalizado e declararam seu consentimento para participar do estudo de forma verbal e/ou por escrito antes do início da coleta. As participantes aparecem nas falas com identificação de E (entrevista) e o número sequencial das entrevistas e assim sucessivamente, a fim de garantir o seu anonimato.

RESULTADOS

Participaram do estudo 15 mulheres identificadas com informações sociodemográficas relevantes para o desenvolvimento e compreensão da sua história de vida no estudo, o que facilita o entendimento sobre os resultados finais do estudo juntamente com os objetivos. Os dados são apresentados na Figura 1.

ID	Idade	Escolaridade	Município de residência	Tipo de deficiência física	Classificação	NV	Tipo de parto (n)	EC	Ocup
E 1	39	Médio completo	Florianópolis	Sequela de paralisia cerebral (prematuridade)	Congênita	3	cesáreas (3)	Casada	A
E 2	30	Fundamental incompleto	Paulo Lopes	Displasia diastrófica (nanismo)	Congênita	1	Cesárea (1)	Solteira	L
E 3	52	Médio completo	Florianópolis	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	1	Cesárea (1)	Solteira	A
E 4	48	Médio completo	Florianópolis	Lesão medular – tetraplegia (acidente automobilístico)	Adquirida	2	Cesárea gemelar (1)	Casada	A
E 5	50	Médio completo	Florianópolis	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	1	Cesárea (1)	Casada	L
E 6	29	Médio completo	Florianópolis	Sequela de paralisia cerebral (prematuridade)	Congênita	2	Cesáreas (2)	Solteira	T ^{+,+I}
E 7	25	Médio incompleto	Florianópolis	Lesão medular – paraplegia (acidente automobilístico)	Adquirida	1	Cesárea (1)	Casada	L
E 8	50	Médio completo	Curitiba	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	3	Cesáreas (2)	Divorciada	A ⁺⁺
E 9	50	Fundamental completo	Curitiba	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	2	Cesáreas (2)	Casada	A
E 10	61	Fundamental incompleto	Florianópolis	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	2	Cesáreas (2)	Viúva	A
E 11	30	Médio completo	Gov. Celso Ramos	Ataxia de friedreich	Adquirida	1	Parto vaginal (1)	Casada	L
E 12	42	Pós-Graduação	Florianópolis	Lesão medular - paraplegia (acidente automobilístico)	Adquirida	2	Cesáreas (2)	Casada	L
E 13	24	Graduação	São José	Lesão medular – paraplegia (acidente automobilístico)	Adquirida	1	Cesárea (1)	Casada	E
E 14	38	Graduação	Juazeiro Norte	Displasia diastrófica (nanismo)	Congênita	1	Cesárea (1)	Casada	T ^{++III}
E 15	43	Fundamental incompleto	Florianópolis	Sequela de paralisia infantil	Adquirida	1	Cesárea (1)	Solteira	L

Legenda: ID – Identificação; NV – Nascidos vivos; EC – Estado Civil; Ocup – Ocupação atual; A – Aposentada; L – Do lar; T – trabalhando; E – Estudante; *Recepcionista; ⁺Escriturária; ⁺⁺Atleta; ⁺⁺⁺Bancária

Figura 1: Perfil sociodemográficas e pessoais das participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Os resultados deste estudo foram divididos em duas categorias temáticas a fim de facilitar o aprofundamento de cada ponto para construção do conhecimento científico proposto: *“Ninguém vai ficar comigo porque eu tenho uma deficiência”*: identidade e autoimagem das mulheres que definem suas atitudes diante da sociedade, e *“Eu acho que eles pensam que cadeirante, deficiente, não pode ser mãe”*: o desconhecimento dos profissionais de saúde e falta de acessibilidade institucional como fatores limitantes.

“Ninguém vai ficar comigo porque eu tenho uma deficiência”: identidade e autoimagem das mulheres que definem suas atitudes diante da sociedade

Esta categoria aborda aspectos sobre a imagem da mulher com deficiência física, como ela se enxerga e como é vista pela sociedade. Muitas não se aceitavam devido a suas diferenças, limitações e medo do que o outro possa pensar de si.

A adolescência foi difícil, porque eu não me aceitava. Eu pensava que ninguém ia ficar comigo, porque eu tenho uma deficiência. (E1)

Com 18 anos, eu comecei a ter uma vida mais de sair, de paquerar [...] eu tinha um preconceito de mim, vergonha. Eu achava que ninguém ia querer namorar comigo por ser cadeirante, por ser deficiente. (E8)

Eu achava que eu nunca ia ter filhos, que eu nunca ia namorar, casar. Desde então, eu sempre tive depressão [...]. Eu não aceitava, eu chorava, entrava em desespero. (E11)

Algumas mulheres abordam que a insegurança e a falta de aceitação vêm de anos e devido a isso, muitas acharam que não seriam mães ou que o parceiro não as aceitaria. As falas destacam como as mulheres se sentem diferentes de outras mulheres e a dificuldade em se aceitar, em responder alguma explicação sobre a sua deficiência e até mesmo acreditar que as pessoas vão despertar interesse nelas.

Ele foi muito paciente comigo na questão de que eu era virgem antes da gente namorar, ele também era. Tem toda essa questão de bexiga e intestino neurogênico, que funciona quando não é para funcionar. [...] e já aconteceu várias vezes de evacuar durante a relação, que é normal. As pessoas que tem vontade, conseguem parar e segurar, mas na minha situação não. Fui conhecendo, fui me descobrindo e de boa. (E13)

Aparece uma mistura de sentimentos das mulheres nas falas correspondendo a autoaceitação, sensação de incapacidade, desconhecimento e (re)descoberta da sexualidade após adquirir uma deficiência física.

“Eu acho que eles pensam que cadeirante, deficiente, não pode ser mãe”: o desconhecimento dos profissionais de saúde e falta de acessibilidade institucional como fatores limitantes

Essa categoria aborda sobre a descoberta da maternidade para a mulher com deficiência, assim como sua gestação, parto e puerpério. As falas mostram um universo novo, algo às vezes “incomum” aos olhos da sociedade, a falta de acessibilidade nas instituições de saúde e de profissionais de saúde capacitados para lidar com mães com deficiência física.

Essa foi uma gravidez mais complicada. Eu estava consultando com outra médica. Acabei tendo uma gravidez de risco, porque a minha placenta descolou, tive que parar a faculdade, tive que ficar em casa de repouso, foi bem mais cansativa. Eu não conseguia fazer nada sozinha. Eu estava muito mais pesada, eu estava muito mais cansada e precisava de ajuda para tudo, assim. Chegou aos 8 meses, eu já não conseguia tomar banho sozinha, eu não conseguia me transferir, eu não conseguia ir para cama sozinha. Eu estava bem dependente (E12).

Procurei o melhor ginecologista da minha cidade. Ela me acompanhava de quinze em quinze dias e no final da gestação me acompanhava semanalmente. Ela me indicou uma dieta, para eu não engordar e nem o bebê. Como eu tenho nanismo, meu tronco é menor e como o bebê era normal, a barriga ia crescer muito, quanto mais gordinho mais dificuldade ia ter. Eu fui a primeira gestante com nanismo que ela atendeu. (E14)

A gravidez para a maioria das mulheres com deficiência foi classificada como gestação de alto risco e foram acompanhadas por médicos especialistas - ginecologistas e obstetras. No entanto, algumas delas dizem que a gestação era de alto risco, mas não necessariamente era por causa da deficiência, e sim por conta de outros fatores como infecção urinária de repetição, pressão alta ou gravidez gemelar.

Todo mundo ficou assim, surpreso e feliz, porque na época ninguém de cadeira de rodas tinha filhos, eu mesma acho que não conhecia ninguém na cadeira de rodas, imagina gêmeos ainda. Hoje em dia é bem comum, já conheci várias pessoas que tiveram filhos na cadeira, mas na época não, então todo mundo ficou surpreso. (E4)

Quando eu descobri foi terrível (risada), porque eu estava com um mês de namoro e meu pai estava preso. Minha mãe ficou louca queria que eu abortasse porque ela não teria como cuidar, que ia sobrar tudo para ela. Quando eu ia tomar aquele remédio abortivo, meu pai saiu da cadeia e falou que não ia tomar isso, só ia tirar com um médico autorizando. Então eu não abortei. (E6)

A descoberta da gestação foi uma surpresa para as mulheres, suas famílias e a sociedade em geral. Muitas pessoas duvidavam da capacidade da mulher com deficiência física gestar, parir e cuidar, inclusive elas mesmas. O aborto foi mencionado em uma das falas, com o discurso que a responsabilidade ia cair sobre a família, já que a mãe tinha deficiência física. No entanto, o ato não foi realizado pois não tinha indicação e orientação médica.

Depois que eu descobri que estava grávida, fazia acompanhamentos, então já dava para saber que ele não tinha nada. Quando ele nasceu, fizeram exames e o médico disse que ele era super normal. (E9)

A cesárea foi minha única opção, porque não poderia arriscar, seria um risco para mim e para o meu filho. Então não teria aqui [...] nenhuma outra opção de médico que tivesse alguma experiência na gestação de pessoa com deficiência. Então eu acabei optando e aceitando. O médico me passou confiança pelo histórico dele e por toda indicação que eu tive, eu aceitei o que ele falou. (E12)

A cesariana predominou como forma de nascimento, pois devido a individualidade e limitação física de cada mulher, esta foi a opção mais segura segundo a orientação médica. Destaca-se o fato de a laqueadura ter sido realizada em oito mulheres, fazendo com que elas não possam mais engravidar devido ao risco gestacional.

O quarto era o que estivesse livre. Mas tinha aquela coisa de ter um quarto só para mim por conta da minha privacidade para sondagem e tal. Isso eles fizeram também, nunca tinham feito, foi um pedido meu, e eles fizeram um novo no Hospital. (E13)

Ela estava perdendo peso. A médica programou o parto para uma semana depois, para ela não nascer com 34 semanas e ir para incubadora e também ela poder amadurecer o pulmão. (E14)

Eu tive diabetes gestacional, pressão alta.... Ele nasceu com 7 meses, tiveram que tirar ele com 32 semanas. Eu fiquei no hospital dos 5 meses até os 7 meses de gestação. Ele nasceu com 1, 230 kg e 38 centímetros. (E15)

O puerpério é marcado por fases, desde a maternidade no pós-parto quando as orientações dos profissionais de saúde são fundamentais na busca da autonomia e autoconfiança até a parte do dia-a-dia em casa. A amamentação a partir das falas, foi um desafio, pois além da dificuldade física, para algumas mulheres a falta ou a insuficiência de rede de apoio, prejudicou esse processo ainda mais.

Fazia assim; pegava eles, botava eles no berço e arrumava todo o banho primeiro, dava banho em cima de uma cama. Tudo com muito cuidado. (E1)

Trocar eu conseguia, mas tinha medo, porque eu não tenho muita força nos braços, aí podia derrubar. (E9)

No começo eu dormia com ela no berço, porque como eu não podia me levantar para acalmar ela, para [o pai do bebê] não ficar acordando direto, eu dormia no berço, porque eu cabia no berço. (E14)

De acordo com a descrição das mulheres com deficiência física, elas desenvolviam estratégias próprias para poderem prestar os cuidados aos seus filhos. Devido a suas limitações, buscavam fazer os cuidados básicos como amamentação e banho, de uma forma mais confortável e segura para mãe e filho.

Na maternidade era tudo mal arrumado. Tinha um box e um banheiro e não tinha uma cadeira de rodas que cabia no box para eu tomar banho, eu tomava banho no chão sentada em cima daqueles plásticos duro, tipo uma lona. Depois eles viram que a minha cesárea tinha aberto, ficou um buraco enorme e saía líquido da minha barriga. Quando a enfermeira foi lá ver a minha cesárea, a minha barriga estava quase podre [...] Ai eles tiraram o box do banheiro, depois da história toda, eles acharam uma cadeira de rodas para mim. Diziam que eu brigava demais, mas eu só queria os meus direitos. Os direitos de ir e vir, só porque eu sou cadeirante que eu não tinha um lugar, parecia um ET lá na maternidade. Foi um momento muito sacrificante da minha vida porque eu andei a trancos e barrancos, meu Deus como eu sofri. (E15)

A mulher com deficiência física foi muitas vezes julgada e subestimada sobre a possibilidade de conseguir passar por uma gestação, ser mãe e amamentar seu filho. Isto gerou estranheza aos olhos da sociedade e dos profissionais de saúde. Destacando ainda, que muitas desse pensamentos vieram de pessoas próximas ou profissionais de saúde.

DISCUSSÃO

Vulnerabilidade e ser vulnerável, na área da enfermagem, encontram-se relacionados à fragilidade de pessoas em grupos, comunidades, regiões e a doenças ou danos por desastres naturais. Essa condição pode estar relacionada a ciclos de vida, situações sociais preexistentes, variando de acordo com a percepção individual do processo saúde-doença e sua capacidade de poder de escolha de decisão²³.

As pessoas com deficiência também fazem parte do grupo de pessoas consideradas vulneráveis. A história da deficiência é marcada por isolamento, incapacidade, institucionalização, inferioridade e exclusão social. Embora o Brasil tenha formulado políticas e programas de inclusão social, sua prática ainda é ineficiente e a sociedade não acolhe e inclui a pessoa com deficiência de forma igualitária. A vulnerabilidade da pessoa com deficiência ocorre no contexto socioeconômico em que vivem, o qual pode resultar em vulnerabilidade de várias maneiras, pelo modo injusto de inclusão na sociedade²⁴.

No estudo em tela, foram identificadas algumas barreiras sociais que dificultam e resultam da vulnerabilidade das pessoas com deficiência, sobretudo das mulheres. Entendemos que a baixa escolaridade por abandono do estudo devido à falta de acessibilidade, tanto dentro da escola como no transporte coletivo, pode resultar em um déficit de conhecimento sobre o acesso à saúde e seus direitos como cidadã²². Além disso, é retratada também a questão da vulnerabilidade, tornando as mulheres mais frágeis e suscetíveis a sofrerem maus tratos e humilhações em determinados relacionamentos.

Visto às definições e ao contexto geral da vulnerabilidade, sua influência no sexo feminino e na pessoa com deficiência, ainda que nos dias atuais, entende-se que existe uma duplicidade da vulnerabilidade na mulher com deficiência. As situações vivenciadas pelas mulheres com deficiência são invisíveis aos serviços de saúde pela dificuldade de abordagem pelos profissionais e pela falta de reconhecimento da identidade feminina²⁵.

Essa dupla vulnerabilidade trouxe às mulheres com deficiência uma superproteção familiar ou a rejeição, seja pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde e reabilitação, como de recursos materiais que estimulam sua autonomia. A falta de autonomia foi caracterizada pela falta de incentivo e investimento na sua educação e habilitação profissional, bem como ambientes que desqualificam mulheres e pessoas com deficiência.

No Brasil, as instituições de saúde, onde as mulheres com deficiência física foram atendidas e tiveram sua experiência durante o período gestacional e puerpério, confirmam o que foi apontado acima, pois em geral foram insatisfatórias e inacessíveis para atender as diferentes particularidades de cada uma. Isso também se deve ao fato de serem vistas com estranheza quando vivenciam a gravidez e pela falta de reconhecimento como mulher e mãe devido a sua aparência física e beleza idealizada.

Estudo realizado no Camboja identificou que as mulheres com deficiência física não se consideravam bonitas devido as normas sociais negativas específicas do gênero e da deficiência, e que os homens não as viam como atraentes e/ou desejáveis, nem como capazes de ter saúde reprodutiva e exercer a maternidade²⁶. Para as mulheres, o ideal estético é, muitas vezes, construído através da publicidade e da superexposição de um corpo belo e fértil. Esses pensamentos estereotipados estão presentes em diversos espaços cotidianos, até mesmo na família, e exercem perspectiva diferente para a sexualidade feminina e masculina²⁷.

A vulnerabilidade associada à falta de informação, apoio e descrença sobre a capacidade de se relacionar, ser atraente e experienciar a maternidade faz com que a identidade feminina da mulher com deficiência física seja desvalorizada. Elas também possuem mais chances de serem abusadas sexualmente, ofendidas e agredidas^{8,10,26}. Estudos apontam que investir em educação sexual e deixar explícitos os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres com deficiência física iria beneficiar esse grupo social e os serviços de saúde, que estariam preparados e desmistificados quanto a essa realidade^{26,28-30}.

Além disso, muitas mulheres com deficiência física têm baixo nível socioeconômico, dependendo do serviço público para ter acesso à saúde^{1,2,6,16}. A maioria das mulheres deste estudo relatou que utilizam o serviço público de saúde, seja para reabilitação, atenção primária à saúde ou maternidade. Sendo aquelas que optaram ou podem utilizar o serviço de saúde privado, possuem um grau de escolaridade maior.

A vulnerabilidade também é atrelada a diferentes grupos sociais com suas variadas condições e é discutida em termo de minorias, sendo vista como um grupo de menor dominância social, o que influencia fortemente no modo como se relacionam com os serviços de saúde e vice-versa³¹.

No Brasil, apesar da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência constituir-se como política pública instituída desde o ano de 2012, ainda há dificuldades na integração entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção, revelando, assim, que a política ainda carece de atenção e investimentos, tanto da parte estrutural, no sentido de melhores tecnologias para o atendimento adequado a essa população, quanto na instrumentalização dos profissionais de saúde no sentido de oferecer capacitações e conhecimentos acerca dessas limitações^{11,12}.

Além disso, o pensamento social de que as mulheres com deficiência são seres assexuadas ou sexualmente incompetentes, incapazes de cuidar de si mesmo ou do outro, é uma confirmação de que elas não podem ser mãe^{2,10,28}. Por outro lado, para elas ao se casar e ter filhos, cumprem uma norma sociocultural como esposas e mães^{5,26}.

O estudo abordou vários aspectos da maternidade exercida pela mulher com deficiência física, algo que é visivelmente “estranho” aos olhos da sociedade e até mesmo dos profissionais de saúde, porém deve ser normalizado e respeitado. Essa percepção de que as mulheres com deficiência não possuem vida sexual ativa, muitas vezes é reflexo do acesso limitado aos serviços de saúde sexual e reprodutiva³²⁻³⁴. Legalmente, o direito de acessar os serviços de saúde com a mesma qualidade e facilidade é destinado às pessoas com deficiência, no entanto ainda existem barreiras ambientais, atitudes sociais negativas e serviços que resultam na marginalização e exclusão social^{16,29,32}.

O acesso aos serviços para pessoas com deficiência física é dificultado por instalações inacessíveis, profissionais de saúde com conhecimento restrito sobre deficiência e limitações de adaptação conforme as necessidades de saúde de cada um^{29,35-37}. Essas características foram identificadas nos resultados do estudo, dificultando ainda mais o processo de gestar e parir, provocando insegurança, falta de autonomia e constrangimento no ambiente de saúde.

A gestação é um processo que provoca diversas mudanças fisiológicas e psicológicas na mulher que necessita de uma rede de apoio e deve ser acompanhada por um profissional de saúde. Para as mulheres com deficiência física, essa gestação necessita de um pouco mais de atenção, mesmo que estas tenham se adaptado bem as exigências da maternidade e deram à luz a bebês saudáveis. Entretanto, apresentam altas taxas de aborto e de cesariana e baixo uso de anticoncepcionais. O aumento do risco gestacional e de resultados adversos da gravidez também são observados, principalmente bebês de baixo peso ao nascer, geralmente por parto prematuro, ou o desenvolvimento de comorbidades como pré-eclâmpsia ou risco aumentado de trombose, devido a pouca mobilidade^{6,9}. Frente a isso, é

importante que os profissionais de saúde sejam qualificados para lidar com os mais diversos tipos de situações e condições clínicas, com preparo técnico e livre de estigmas e discriminações.

Corroborando com este resultado, um estudo realizado no Vietnã sobre o acesso aos serviços de saúde por mulheres com deficiência física, conclui que as informações especializadas sobre gravidez e parto para este grupo, eram limitadas. Além disso, as mulheres relataram que foram influenciadas por atitudes da equipe de saúde por não ter experiências com este tipo de condição clínica. Ainda relatam que algumas condutas eram confusas e as instalações das instituições de saúde não eram adequadas para deficientes³⁸.

As condutas dos profissionais de saúde desde o pré-natal até a maternidade, afetam diretamente o bem-estar e a segurança dos pacientes, sejam eles prestados por médicos, enfermeiros, parteiros ou qualquer outro profissional³⁹. A falta de preparo e experiência é uma barreira generalizada para um atendimento de qualidade, no entanto é relatada pelos profissionais de saúde como precária em qualquer nível de educação, seja graduação, residência ou pós-graduação. Médicos e enfermeiras obstetras afirmam que muitas vezes prestaram assistência a mulher com deficiência física por solicitação de outros colegas sem terem qualquer tipo de orientação técnica específica. No entanto, afirmam que essas experiências são muito gratificantes e enriquecedoras, devendo eles escutarem os desejos e limitações de cada mulher, tornando-a protagonista de sua vida^{33,40,37,41}.

O medo sobre o trabalho de parto e o parto também se mantinha presente, e com maior proporção quando não conheciam as informações necessárias, deixando as mulheres com mais inseguranças sobre esse momento. A maioria das mulheres com deficiência física tinham consciência que sua opção de parto seria cesárea, porém não se sentiram parte do planejamento e da tomada de decisão, aceitando apenas o que lhe foi imposto devido ao medo do risco gestacional. Isso foi identificado na fala das mulheres, as quais relataram que seus obstetras indicaram a cesárea e realizaram a laqueadura para impedir uma nova gestação. Além disso, também criticaram o tipo de anestesia, falta de diálogo e comunicação, onde muitas delas “apagaram” e não viram seus filhos nascerem^{8,34}.

As experiências do pós-parto para as mulheres com deficiência física, foram caracterizadas principalmente pela dificuldade de acessibilidade na instituição de saúde e pelo fato de colocar o bebê no peito para amamentar. A presença da rede de apoio também foi importante nesse período, seja dentro da instituição de saúde ou no ambiente de casa. Os primeiros cuidados com o bebê, muitas vezes, foram realizados por uma terceira pessoa, devido a insegurança, condição clínica após o parto ou alguma intervenção mais significativa no recém-nascido^{38,39}. Essa ideia vai ao encontro às falas das mulheres com deficiência física, as quais ainda destacam que, por conta de alguma complicação puerperal ou por conta da saúde do recém-nascido, permaneceram por longos dias na maternidade, sendo um sofrimento e sacrifício ainda maior devido à falta de acessibilidade e inclusão^{40,41}.

Pode-se perceber a vulnerabilidade dessas mulheres com deficiência, a partir dos seus relatos de vida, experiências por superproteção ou rejeição de familiares e falta de acesso aos serviços de saúde. Além disso, a falta de investimento e acesso na sua educação e a convivência muitas vezes em um ambiente familiar hostil, faz com que elas sejam privadas de recursos materiais para aquisição de equipamentos e tratamentos, prejudicando sua autonomia^{5,42}. Entretanto, com o passar do tempo elas passam a advogar por si mesmas, conhecendo e defendendo as próprias necessidades. Esse fortalecimento e superação, é muitas vezes associado a sua rede de apoio que contribuem para a diminuição dos estressores no viver com deficiência⁴⁰⁻⁴².

As contribuições deste estudo para a prática de enfermagem são o conhecimento da trajetória das mulheres com deficiência física durante o período gravídico-puerperal, alertando sobre os pontos positivos e negativos da prática clínica. Estes servem para aprimorar o cuidado, refletir sobre a realidade atual, adaptar as acomodações nos serviços de saúde de modo a incluir as mulheres com deficiência física.

Além disso, faz-se necessário conhecer e implementar as políticas de saúde sexuais e reprodutivas e realizar educação em saúde atuando no planejamento familiar e contracepção desde os cursos de graduação em enfermagem, e posteriormente por meio da educação continuada nos serviços de saúde. Com isso, limitam-se as condições de vulnerabilidade e passa-se a oferecer um cuidado integral, inclusivo e digno para estas mulheres.

Limitações do estudo

Como limitações do estudo, considera-se a vivência da maternidade em épocas diferentes tendo diferentes políticas de saúde e de inclusão social. Considera-se uma limitação também, os diversos tipos de deficiência física encontrados, pois apesar de algumas possuírem o mesmo diagnóstico, sua condição de saúde, risco gestacional e rede de apoio são individuais. E por final, a coleta de dados ter sido realizada de forma virtual pode ter causado um distanciamento maior entre pesquisadora e participante, dificultando a criação do vínculo e possivelmente, a troca de informações.

CONCLUSÃO

Ao discorrer sobre a história de vida das mulheres com deficiência física, percorremos uma trajetória marcada por estigmas, julgamentos e superação. A vulnerabilidade foi retratada em diferentes momentos da vida e possui influências sociais, biológicas e individuais, sendo muito parecidas entre elas e ao mesmo tempo muito particulares para cada uma.

O estudo ainda revela que as instituições de saúde, não realizam práticas inclusivas e não estão preparadas para receber todos os tipos de público e suas particularidades. A falta de preparo dos profissionais de saúde para o atendimento destas mulheres, aponta a necessidade de abordagem desta temática desde a graduação e aprofundamento nas especializações da área de obstetrícia e ginecologia e outras áreas da saúde.

Este estudo apresenta visões ampliadas e reflexivas sobre a organização dos serviços de saúde e fluxos de atendimento no Brasil, deixando lacunas e abrindo novos olhares para inclusão e atendimento individualizado de cada mulher com deficiência física. A porta de entrada da assistência à saúde deve acolher essas mulheres e suas famílias, ofertando assistência adequada, inclusão na comunidade, educação em saúde sexual e reprodutiva e orientação dos direitos sociais. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para assegurar melhoria no acesso a saúde de forma integral com abordagem interdisciplinar. Sendo assim, essenciais ao processo inclusão social dessas pessoas para além da sua deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Mello AG, Aydos V, Schuch P. Alejar as antropologias a partir das mediações da deficiência. *Horiz. Antropol.* 2022 [cited 2020 Sep 20]; 28(64):7-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832022000300001>.
2. Clímaco JC. Constructions of motherhood in feminist and disability studies. *Rev Estud Fem.* 2020 [cited 2020 Sep 13]; 28(1):e54235. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n154235>.
3. World Health Organization (WHO). Global report on health equity for persons with disabilities. Genebra: WHO; 2022 [cited 2024 July 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>.
4. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto de COVID-19. Brasília (DF): OPAS; 2020 [cited 2025 Jan 31]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52063/OPASBRACOV1920017_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y.
5. Vieira AN, Padilha MI, Costa RA. (Im)Possibilidade de ser Mulher e Mãe com Deficiência: uma Revisão Integrativa. *Rev. baiana enferm.* 2023 [cited 2020 Aug 12]; 37:53366. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.53366>.
6. Nguye TV, King J, Edwards N, Dunne MP. "Under great anxiety": Pregnancy experiences of Vietnamese women with physical disabilities seen through an intersectional lens. *Soc Scien Medicine.* 2021 [cited 2020 Feb 15]; 284:114231. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114231>.
7. Addlakha R, Price J, Heidari S. Disability and sexuality: claiming sexual and reproductive rights. *Reprod Health Matters.* 2017 [cited 2020 Sep 18]; 25(50):4-9. DOI: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1336375>.
8. Araújo GO, Araújo LA. Esterilização compulsória de mulheres com deficiência: uma perspectiva feminista interseccional. *TeC.* 2021 [cited 2020 Aug 05]; 16(1):32-53. DOI: <https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.30405>.
9. Acheampong AK, Aziato L, Marfo M, Amovor P. Breastfeeding and caring for children: a qualitative exploration of the experiences of mothers with physical impairments in Ghana. *Pregnancy Childbirth.* 2020 [cited 2020 Dec 06]; 20(1):331. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03028-1>.
10. Passos RL, Talles FSP, Oliveira MHB. Sexual violence and other offenses against woman with disabilities. *Saúde debate.* 2019 [cited 2020 Aug 11]; 43(spe4):154-64. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S413>.
11. Pereira RSS, Cruz VV, Lourenço MCG, Machado WCA, Schoeller SD, Martins MM. People acquired physical disabilities: from activities of living to rehabilitation nursing care. *Texto Contexto – enferm.* 2024 [cited 2020 Aug 05]; 33:e20230362. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0362en>.
12. Vieira AN, Padilha MI, Costa R. "Vou ser mãe, e agora?": mulheres com deficiência física e suas vulnerabilidades durante a gestação. *Ciência, Ciênc. cuid. saúde.* 2023 [cited 2020 Aug 13]; 220:66112. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66112>.
13. Brasil. Ministério da Infraestrutura. Passe Livre. Legislação. Brasília (DF): Ministério da Infraestrutura; 2017 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <http://portal.infraestrutura.gov.br/passelivre/legislacao-passe-livre>.
14. Brasil. Lei nº 10048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil; 2000 [cited 2019 Sep 2]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L10048.htm.
15. Brasil. Lei nº 10098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília (DF): Casa Civil; 2000 [cited 2024 Sep 2]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lei10098.pdf>.
16. Carvalho CFS, Leal LP, Amorim RPBPLV, Pontes CM. Experiences of women with physical disabilities in labor and delivery assistance. *Rev Bras Enferm.* 2024 [cited 2020 Sep 20]; 77:e20230290. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0290>.
17. Temane AM, Magagula FN, Nolte AGW. Midwives' lived experiences of caring for women with mobility disabilities during pregnancy, labor and puerperium in Eswatini: a qualitative study. *BMC Women's Health.* 2024 [cited 2022 Feb 20]; 24:207. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03032-z>.
18. Padilha MI, Bellaguarda MLR, Nelson S, Maia AR.C., Costa R. O uso das fontes na condução da pesquisa histórica. *Texto Contexto Enferm.* 2017 [cited 2021 Jan 12]; 26(4):e2760017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>.

19. Creswell JW, Creswell JD, Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approach, 5th ed. California: Sage; 2018.
20. Sandelowski M. A matter of taste: evaluating the quality of qualitative research. *Nurs Inq*. 2015 [cited 2022 Oct 20]; 22(2):86-94. DOI: <https://doi.org/10.1111/nin.12080>.
21. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Tematicas*, Campinas-SP. 2014 [cited 2020 Sep 03]; 22(44):203–20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>.
22. Botelho LC. Panorama de indicadores sobre as mulheres com deficiência no mercado de trabalho. *Syn)thesis*. 2022 [cited 2020 Aug 06]; 15(1):45-57. DOI: <https://doi.org/10.12957/synthesis.2022.69286>.
23. Nichiata KYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. The use of the “vulnerability” Concept in the nursing area. *Rev Latino-am Enferm*. 2008 [Cited 2025 Sep 20]; 16(5):923-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>.
24. Mello AG. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 [cited 2025 Sep 20]; 21(10):3265-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>.
25. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JR. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2013 [cited 2025 Sep 20]; 18(3):863-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300032>.
26. Gartrell A, Baesel K, Becker C. “We do not dare to love”: women with disabilities' sexual and reproductive health and rights in rural Cambodia. *Reprod Health Matters*. 2017 [cited 2020 May 17]; 25(50):31-42. DOI: <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1332447>.
27. Berri B, Bousfield ABS, Silva JP, Giacomozzi AI. Social representations of the body for people with physical disabilities. *Ciênc Psicol*. 2020 [cited 2020 May 17]; 14(2):e2322. DOI: <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2322>.
28. Di Santo SG, Colombo M, Silvaggi M, Gammino GR, Fava V, Malandrino C, et al. The sexual and parenting rights of people with physical and psychical disabilities: attitudes of italians and socio-demographic factors involved in recognition and denial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 [cited 2020 May 18]; 19(3):1017. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19021017>.
29. Ganle JK, Baatiema L, Quansah R, Danso-Appiah A. Barriers facing persons with disability in accessing sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *PLoS One*. 2020 [cited 2020 Sep 20]; 15(10):e0238585. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238585>.
30. Deckota HR, Kett M, Groce N. Societal attitude and behaviours towards women with disabilities in rural Nepal: pregnancy, childbirth and motherhood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 [cited 2020 Oct 19]; 19(1):20. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2171-4>.
31. Scott JB, Prola CA, Siqueira AC, Pereira CR. The concept of social vulnerability in the realm of psychology in Brazil: a systematic review of the literature. *Psicol Rev (Belo Horizonte)*. 2018 [Cited 2025 Sep 20]; 24(2):600-15. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>.
32. Sharma S, Sivakami M. Sexual and reproductive health concerns of persons with disability in India: an issue of deep-rooted silence. *J Biosoc Sci*. 2019 [cited 2020 Sep 20]; 51(2):225-43. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0021932018000081>.
33. Blair A, Cao J, Wilson A, Homer C. Access to, and experiences of, maternity care for women with physical disabilities: a scoping review. *Midwifery*. 2022 [cited 2020 Oct 18]; 107:103273. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103273>.
34. Cox A, Parsons T, Watkin S, Gallagher A. Supporting the delivery of good maternity care for parents with learning disabilities. *Midwifery*. 2021 [cited 2020 Aug 05]; 102:103073. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103073>;
35. Mac-Seig M, Zinszer K, Eryong B, Ajok E, Ferlatte O, Zarowsky C. The intersectional jeopardy of disability, gender and sexual and reproductive health: experiences and recommendations of women and men with disabilities in Northern Uganda. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 [cited 2021 Nov 06]; 28(2):1772654. DOI: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1772654>.
36. Casebolt MT. Barriers to reproductive health services for women with disability in low- and middle-income countries: a review of the literature. *Sex Reprod Helthcare*. 2020 [cited 2021 May 06]; 24:100485. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100485>.
37. O'Connor-Terry C, Harris J. Pregnancy decision-making in women with physical disabilities. *Disabil Health J*. 2022 [cited 2023 Oct 15]; 15(1):101176. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101176>.
38. Nguyen TV, King J, Edwards N, Dunne MP. “Nothing suitable for us”: experiences of women with physical disabilities in accessing maternal healthcare services in northern vietnam. *Disabil. Rehabil*. 2022 [cited 2023 Oct 05]; 44(4):573-81. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1773548>.
39. Heideveld-Gerritsen M, Vulpen M, Hollander M, Maatman SO, Ockuijsen H, Hoogen A. Maternity care experiences of women with physical disabilities: a systematic review. *Midwifery*. 2021 [cited 2022 May 20]; 96:e102938. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102938>.
40. Kazembe A, Simwaka A, Dougherty K, Petross C, Kafulafula U, Chakhame B, et al. Experiences of women with physical disabilities accessing prenatal care in low- and middle-income countries. *Public Health Nurs*. 2022 [cited 2023 Jun 22]; 39(5):1156-66. DOI: <https://doi.org/10.1111/phn.13087>.
41. Smeltzer SC, Mitra M, Long-Bellil L, Smith LD. Obstetric clinicians' experiences and educational preparation for caring for pregnant women with physical disabilities: a qualitative study. *Disabil Health J*. 2018 [cited 2020 Sep 26]; 11(1):8-13. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.07.004>.
42. Carvalho ANL, Silva JP. Sexuality of people with disabilities: a systematic review. *Arq bras psicol*. 2018 [cited 2022 Jan 28]; 70(3):289-304. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v70n3/20.pdf>.

Contribuições dos autores:

Concepção, A.N.V., M.I.P. e R.C.; metodologia, A.N.V. e M.I.P.; software, A.N.V.; validação, A.N.V. e M.I.P.; análise formal, A.N.V., M.I.P. e



R.C.; investigação, A.N.V. e M.I.P.; Recursos, A.N.V. e M.I.P.; curadoria de dados, A.N.P., M.I.P., R.C., L.A.W., M.B.V. e I.F.B.O.A.; redação, A.N.P., M.I.P., R.C., L.A.W., M.B.V. e I.F.B.O.A.; revisão e edição, A.N.P., M.I.P., R.C., L.A.W., M.B.V. e I.F.B.O.A.; visualização, A.N.P., M.I.P., R.C., L.A.W., M.B.V. e I.F.B.O.A.; supervisão, M.I.P.; administração do projeto, A.N.V. e M.I.P.; aquisição de financiamento, I.F.B.O.A.

Uso de ferramentas de inteligência artificial

As autoras declaram que não foram utilizadas ferramentas de inteligência artificial na composição do manuscrito “*Histórias de gestação e maternidade de mulheres com deficiência física*”.