CADERNO FORMATIVO

GESTÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DIÁLOGOS NOS TERRITÓRIOS



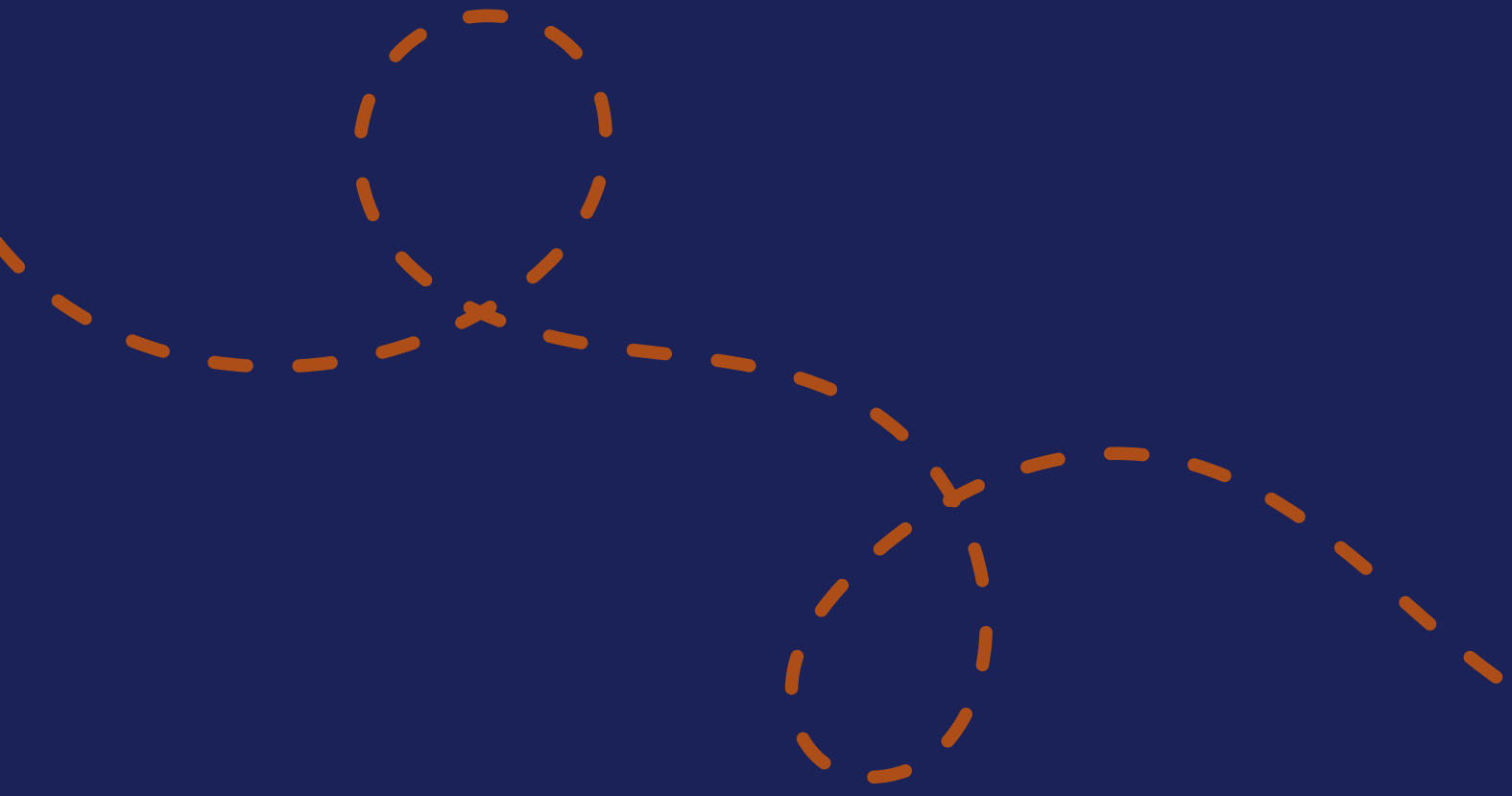
DIÁLOGOS NOS TERRITÓRIOS:
GESTÃO DO CUIDADO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Caderno Formativo

Naira Rodrigues Gaspar
Karla Garcia Luiz

Instituto Cáue

2026



Título:
Diálogos nos Territórios:
Gestão do Cuidado das Pessoas com Deficiência
Caderno Formativo

Autoria:
Naira Rodrigues Gaspar
Karla Garcia Luiz

Pesquisa e redação:
Naira Rodrigues Gaspar
Karla Garcia Luiz

Coordenação editorial:
Erika Pisaneschi
Mariana Rosa

Revisão de conteúdo:
Erika Pisaneschi
Mariana Rosa

Revisão textual:
Mariana Rosa

Edição:
1ª edição, 2026
Local de publicação: São Paulo
ISBN: 978-65-970039-0-7
© 2026 Instituto Cáue – Redes de Inclusão.
Todos os direitos reservados.

Identidade Visual:
Thais Trindade

Projeto gráfico e diagramação:
Estúdio Gentil

Realização:
Instituto Cáue – Redes de Inclusão

Equipe e colaboradores:
Erika Pisaneschi
Karla Garcia Luiz
Marcio Machado
Maria Cristina Prince Berger Abreu
Maria da Conceição dos Santos
Mariana Lucia Agnese Costa Rosa
Michelle Catarine Machado
Naira Rodrigues Gaspar
Victor Hugo Rodrigues Medeiros

Parceria:
Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

Este material foi realizado por meio de emenda parlamentar de nº 41300003, de autoria da deputada federal Sâmia Bomfim.

Apoio:
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Universidade Santa Cecília (UNISANTA)
Escola Municipal de Saúde Pública de Santos

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Gaspar, Naira Rodrigues
Gestão do cuidado das pessoas com deficiência : dialogos nos territorios / Naira Rodrigues Gaspar, Karla Garcia Luiz ; [coordenação Erika Pisaneschi].
-- São Paulo : Instituto Caue, 2026.

Bibliografia
ISBN 978-65-970039-0-7

1. Acessibilidade 2. Direitos humanos 3. Pessoas com deficiência 4. Pessoas com deficiência - Cuidados e tratamento 5. Pessoas com deficiência - Saúde 6. Políticas públicas
I. Luiz, Karla Garcia. II. Pisaneschi, Erika. III. Título.

26-412894.0 CDD-324

Índices para catálogo sistemático:

1. Pessoas com deficiências : Acessibilidade e participação social na eleições : Ciências políticas 324

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

INSTITUTO CÁUE – REDES DE INCLUSÃO

Organização social, sem fins lucrativos, de incidência política e articulação de ações coletivas em defesa dos direitos das pessoas com deficiência, a partir de uma perspectiva interseccional.

Site: www.institutocaue.org

E-mail: contato@institutocaue.org

Redes sociais: @instituto.caue

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 6

A GENTE AGRADECE 9

INTRODUÇÃO 10

ORGANIZAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DO CUIDADO 12

EIXO I:
PERSPECTIVA SOCIAL E DE DIREITOS HUMANOS
DA DEFICIÊNCIA 14

EIXO II:
ÉTICA DO CUIDADO: DISPUTAS ENTRE EMANCIPAÇÃO,
FAMILIZAÇÃO E ASSISTENCIALISMO 18

EIXO III:
INTERSETORIALIDADE E INTEGRALIDADE
DO CUIDADO NOS TERRITÓRIOS 26

EIXO IV:
ACESSIBILIDADE E AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL
PARA EFETIVAÇÃO DE DIREITOS 31

EIXO V:
ANTICAPACITISMO E INTERSECCIONALIDADE 36

CONSIDERAÇÕES FINAIS 41

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 43

APRESENTAÇÃO

É entre nós, coletivamente, que o conhecimento ganha corpo, presença e possibilidade de construção e circulação. Este caderno nasce dessa crença. Apostamos na confluência entre pessoas, experiências, estudos, saberes, pesquisas, práticas profissionais, lutas e diferentes formas de produzir conhecimento sobre Deficiência, Cuidado e Políticas Públicas. Nos territórios, esses saberes se encontraram, conversaram, produziram perguntas, questionaram certezas e abriram caminhos para pensar e fazer política pública.

Para nós, registrar esse percurso é, em si, uma forma de Cuidado. É dar permanência ao que foi vivido e pensado coletivamente, fazendo com que aquilo que ganhou forma no encontro tenha consequência a partir do compromisso ético que nos une. Quando uma experiência compartilhada se transforma em publicação, ela pode alcançar outras pessoas, outros territórios e outros espaços de decisão.

É nesse movimento que entendemos o Cuidado em ato: aquilo que nasce entre nós, ganha corpo no encontro, transforma-se em conhecimento construído e compartilhado e retorna às pessoas, fortalecendo a participação e a possibilidade de incidir sobre as políticas públicas que dizem respeito às suas vidas.

Este Caderno Formativo integra esse movimento, e reflete os resultados de um projeto mais amplo de formação, pesquisa, mobilização e produção coletiva de conhecimento sobre a gestão do Cuidado da pessoa com deficiência - o projeto “Gestão do Cuidado de Pessoas com Deficiência: encontros formativos, materiais didáticos e conteúdos digitais”. O material reúne, organiza e registra uma parte desse processo, sobretudo a partir dos debates produzidos no encontro “Diálogos nos Territórios”, realizado pelo Instituto Cáue – Redes de Inclusão, em 16 de julho

de 2026, em Santos (SP), e os mantém em circulação, propondo continuidades e ampliações. Cerca de 100 pessoas de diferentes regiões do estado de São Paulo estiveram presentes: pessoas com deficiência, integrantes de movimentos sociais, trabalhadoras e trabalhadores do Cuidado, estudantes universitários, profissionais de diferentes políticas públicas e gestoras e gestores públicos.

O que está registrado nas páginas a seguir carrega a marca desse encontro. As discussões realizadas se deram a partir de cinco eixos, os quais também estruturam este caderno: a compreensão social e de direitos humanos da deficiência; a ética do Cuidado e a organização social das responsabilidades pelo Cuidado; a intersetorialidade e a construção de redes públicas de apoio nos territórios; a acessibilidade e a avaliação biopsicossocial; e o enfrentamento do capacitismo a partir da interseccionalidade, da participação e do protagonismo das pessoas com deficiência.

Mais do que organizar conteúdos sobre esses temas, buscamos registrar como eles aparecem quando colocados em diálogo com as experiências concretas de quem vive, trabalha e formula políticas nos territórios. As oficinas permitiram explicitar dificuldades, contradições, possibilidades e caminhos que nem sempre aparecem nos documentos normativos ou nas formulações mais gerais sobre as políticas públicas. Por isso, as contribuições dos participantes fundam a discussão que aqui se apresenta e sustentam a vinculação dessa elaboração com o território.

Para o Instituto Cáue, esse registro não é um ponto de chegada. Ao contrário, é parte de um movimento de circulação do conhecimento e, a partir de agora, ganha novo impulso. Aquilo que foi produzido no encontro retorna aos territórios na forma de uma publicação que pode ser lida, discutida e apropriada por pessoas com deficiência, movimentos sociais, profissionais, gestoras e gestores públicos e demais sujeitos comprometidos com a construção de políticas públicas orientadas pelos direitos humanos e pela justiça social. É o Cuidado em ato.

É nesse sentido que o Instituto Cáue – Redes de Inclusão se coloca como parte desse processo e reconhece que a construção de políticas públicas de Cuidado exige a atuação articulada de diferentes sujeitos e instituições. A parceria com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, por meio da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, foi fundamental para a realização deste projeto, assim como o apoio da Deputada Federal Sâmia Bomfim. Essa articulação expressa uma dimensão essencial do próprio debate proposto pelo projeto: o Cuidado é uma responsabilidade compartilhada e sua

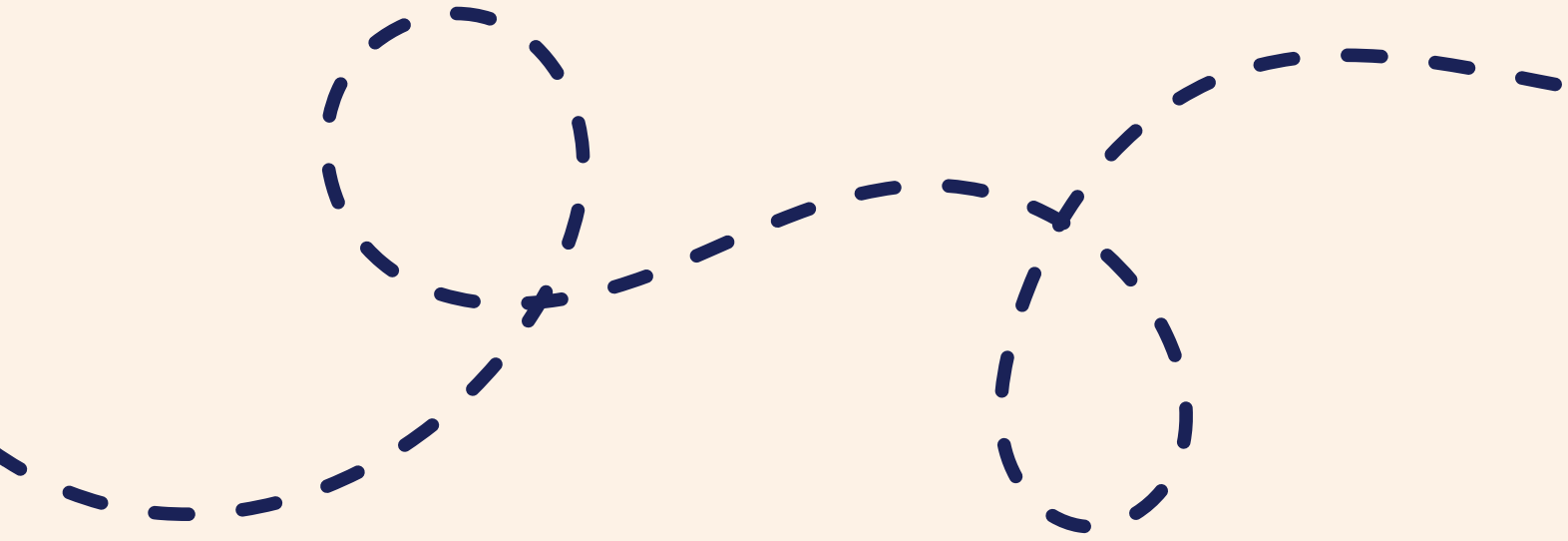
efetivação como direito depende da ação pública, da participação social e da construção de redes nos territórios.

A participação, o protagonismo, a agência e a emancipação das pessoas com deficiência são as bases do nosso compromisso ético. Reconhecê-las como sujeitos de direitos e produtoras de conhecimento implica criar condições concretas para sua presença, comunicação, escuta e participação nos processos que dizem respeito às suas próprias vidas. Implica também reconhecer que políticas públicas comprometidas com a equidade são construídas no encontro entre diferentes experiências, saberes e responsabilidades.

Este caderno é, assim, registro e continuidade. O material, que só foi possível pelos encontros, debates e aberturas que o antecederam, agora carrega novas possibilidades ao ser compartilhado, debatido e apropriado por outras pessoas e instituições. Esperamos que as páginas a seguir possam alimentar processos formativos, provocar novas perguntas, fortalecer práticas e contribuir para a construção de políticas de Cuidado capazes de sustentar a vida, ampliar a autonomia e assegurar a participação das pessoas com deficiência.

Erika Pisaneschi, Mariana Rosa e Viviane Farias

Fundadoras do Instituto Cáue – Redes de Inclusão





A GENTE AGRADECE

Às pessoas com deficiência, integrantes de movimentos sociais, trabalhadoras e trabalhadores do Cuidado, profissionais das diferentes políticas públicas, gestoras e gestores públicos, estudantes universitários e equipe do projeto Gestão do Cuidado de Pessoas com Deficiência, que participaram do Diálogos nos Territórios. Cada presença e cada contribuição compõem este material e dão sentido ao compromisso que o sustenta.

Ao Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), ao Ministério Público Federal (MPF), por meio da Procuradoria Regional da República da 3ª Região (PRR3), à Universidade Santa Cecília, à Escola Municipal de Saúde Pública de Santos , à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e ao mandato da deputada federal Sâmia Bonfim, pelas parcerias e pelo apoio que contribuíram para a realização deste projeto.

Este caderno é fruto de muitas presenças e de um trabalho compartilhado. A todas e todos que fizeram parte desse percurso, nosso reconhecimento e nosso agradecimento.

INTRODUÇÃO

A compreensão da deficiência tem sido marcada por importantes transformações conceituais, políticas e sociais ao longo da história. Durante muito tempo, prevaleceram os modelos religioso, caritativo e médico, que, embora distintos, se complementaram na produção de práticas de exclusão e tutela. O modelo religioso associava a deficiência a punições divinas, pecados ou provações espirituais, enquanto o modelo caritativo compreendia as pessoas com deficiência como destinatárias de compaixão e assistência, condicionando o atendimento às suas necessidades à benevolência de terceiros. Já o modelo médico entendia a deficiência como um problema individual decorrente de impedimentos físicos, sensoriais, intelectuais ou psicossociais, cuja resposta estaria centrada no tratamento, na reabilitação ou na cura (Diniz, 2007). Embora essas concepções ainda persistam em muitos contextos sociais, os movimentos sociais de pessoas com deficiência e os avanços dos direitos humanos impulsionaram a construção de uma nova perspectiva: o modelo social e de direitos humanos da deficiência.

A contemporaneidade nos aponta para o desafio de compreender a deficiência como um fenômeno dinâmico, em que a interação entre um corpo e as barreiras experienciadas na sociedade produz a deficiência e seus desdobramentos na vida das pessoas.

O Cuidado, com “C” maiúsculo, por sua vez, expressa uma estrutura ontológica da existência humana, um modo de ser que antecede qualquer ação técnica ou moral. Para Leonardo Boff (1999), o Cuidado é aquilo que funda a própria vida: uma atitude originária de desvelo, responsabilidade e vínculo que nos constitui como seres que só existem porque cuidam e são cuidados. Já Rivera Maturano (2023) aprofunda essa dimensão ao compreender o Cuidado como um modo de ser no mundo, relacionado à responsabilidade como resposta à presença do outro e ao reconhecimento da vulnerabilidade e da fragilidade constitutivas da exis-

tência humana. Para o autor, o Cuidado não se reduz a uma prática ou atividade, mas expressa uma dimensão constitutiva da subjetividade e da relacionalidade humana, vinculada ao nosso ser-para-o-outro. Assim, o Cuidado não é apenas uma prática, mas uma dimensão ontológica da existência, articulada à nossa fragilidade, à interdependência e à responsabilidade pelo outro.

A compreensão articulada dos conceitos contemporâneos da deficiência e do Cuidado tem sido um desafio para o campo dos Estudos da Deficiência, para movimentos sociais e, sobretudo, para formuladores de políticas públicas, uma vez que o tema trata da própria forma de ser e estar no mundo e propõe uma ruptura com modelos apoiados em premissas biomédicas, assistencialistas e/ou tutelares.

Neste projeto, compreendemos o Cuidado como “um conjunto de práticas de relações humanas para a manutenção da vida individual e social/coletiva que envolve o apoio das necessidades mais básicas até a promoção da plena participação das pessoas no exercício de sua cidadania. Desse modo, o Cuidado é uma condição inerente a todos os seres humanos – não apenas de pessoas com deficiência (ou idosas, ou crianças com ou sem deficiência) –, a depender da circunstância ou momento do ciclo de vida.” (Luiz, 2023, p. 18).

ORGANIZAÇÃO SOCIAL E POLÍTICA DO CUIDADO



Segundo o IBGE (2023), a PNAD Contínua 2022 estimou em 18,6 milhões o número de pessoas com deficiência de 2 anos ou mais de idade no Brasil, correspondendo a 8,9% da população nessa faixa etária. Se aprofundarmos a análise dos dados estatísticos, encontraremos grande parte desse segmento nas camadas mais empobrecidas da população. Portanto, é urgente a necessidade de políticas públicas que eliminem as barreiras ambientais e atitudinais que obstruem a plena e efetiva participação dessas pessoas em igualdade de condições com as demais.

Nesse sentido, a Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024, que institui a Política Nacional de Cuidados, construída por representantes de 20 Ministérios, entre eles o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania, instituições de pesquisa, organizações sociais e ampla participação social, contribui de maneira importante para o debate aqui proposto.

Vale ressaltar que, entre os princípios da referida Lei, estão o enfrentamento ao capacitismo e ao racismo, reafirmando o compromisso com a ampliação da perspectiva do Cuidado e com a superação de sua histórica organização familista

e baseada na precarização do trabalho de Cuidado, atribuído majoritariamente às mulheres, sobretudo negras, de baixa escolaridade e em situação de pobreza.

O capacitismo — tradução de *ableism* (Campbell, 2009) — também estrutura as relações de Cuidado das pessoas com deficiência (Mello, 2016), em articulação com as desigualdades de gênero e com a divisão social do trabalho. O Cuidado tem sido atribuído, sobretudo, às mulheres, muitas vezes como trabalho não remunerado, produzindo uma sobrecarga que não pode ser compreendida apenas como responsabilidade individual ou familiar. Nesse contexto, a redistribuição das responsabilidades pelo Cuidado entre famílias, Estado e comunidade, por meio de políticas públicas territorializadas, precisa constituir objeto de amplo debate e de construção coletiva.

Pensar o Cuidado a partir dessas tensões implica reconhecê-lo como uma questão social e política, atravessada por relações de poder, desigualdades e formas distintas de participação e responsabilidade. É nesse horizonte que se organizam **os cinco eixos deste caderno, construídos a partir dos pressupostos teórico-conceituais que orientaram as oficinas realizadas no encontro "Diálogos nos Territórios", em 16 de julho de 2026, no município de Santos (SP).** Na ocasião, reunimos cerca de 100 participantes de diferentes regiões do estado de São Paulo — da Baixada Santista, do Vale do Ribeira, do Grande ABC e da capital —, entre pessoas com deficiência ativistas de direitos e integrantes de movimentos sociais, trabalhadoras não remuneradas do Cuidado, trabalhadoras e trabalhadores remunerados de diferentes políticas públicas e gestoras e gestores públicos.

EIXO I: PERSPECTIVA SOCIAL E DE DIREITOS HUMANOS DA DEFICIÊNCIA

No modelo social, a deficiência não é atribuída exclusivamente às características corporais ou funcionais da pessoa, mas resulta da interação entre impedimentos de longo prazo e as múltiplas barreiras impostas pelo ambiente social. Tais barreiras podem se manifestar de diferentes formas, incluindo obstáculos arquitetônicos, comunicacionais, tecnológicos, atitudinais, pedagógicos, culturais e institucionais, que restringem a participação plena e efetiva das pessoas com deficiência em igualdade de condições com as demais (França, 2013; Shakespeare, 2014). Nesse sentido, o foco das políticas públicas e das ações sociais desloca-se da tentativa de adequar o indivíduo para a transformação da sociedade, tornando-a acessível, inclusiva e acolhedora à diversidade humana.

Essa mudança significativa ganhou reconhecimento internacional com a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pela Organização das Nações Unidas, em 2006, posteriormente incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro com status constitucional em 2009 (Decreto 6949/2009). A Convenção estabelece que as pessoas com deficiência devem ser reconhecidas como

sujeitos plenos de direitos, rompendo com perspectivas assistencialistas e caritativas historicamente predominantes. Além disso, reafirma princípios fundamentais como a dignidade da pessoa humana, a autonomia individual, a igualdade de oportunidades, a acessibilidade, a participação social e a não discriminação (ONU, 2006).

Na perspectiva dos direitos humanos, a deficiência é compreendida como uma questão de cidadania, justiça social e garantia de direitos fundamentais. Assim, cabe ao Estado e à sociedade promover condições que assegurem o exercício pleno dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais pelas pessoas com deficiência. Isso envolve a garantia de acesso à educação inclusiva, ao trabalho digno, à saúde, à moradia, ao transporte, à cultura, ao lazer, à participação política e aos recursos de tecnologia assistiva que favoreçam a autonomia e a participação social.

Outro elemento central dessa abordagem é o enfrentamento do capacitismo, conceito que se refere ao conjunto de práticas, valores e preconceitos que hierarquizam os indivíduos a partir de padrões considerados normais ou desejáveis de funcionamento corporal, sensorial e cognitivo, produzindo exclusão e discriminação contra pessoas com deficiência (Mello, 2016). Vale pensar aqui de que maneira estes conceitos atravessam nossas vidas cotidianas, quais caminhos tomar para que o modelo social da deficiência esteja representado, de fato, em nosso modo de perceber a vida.

Uma possibilidade é observarmos como, historicamente, pessoas com deficiência e suas famílias são submetidas a diferentes mecanismos de opressão social. Isso se evidencia, por exemplo, quando uma mãe é pressionada pela escola a buscar um diagnóstico para seu filho sob o argumento de que somente a partir dele será possível acessar as estratégias e os apoios pedagógicos necessários à sua aprendizagem. Essa lógica reduz a experiência da deficiência aos eventuais impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, como se neles estivessem inscritas, de antemão, as possibilidades de existência, participação e aprendizagem de uma pessoa. No entanto, um impedimento não determina, por si só, a maneira como uma pessoa vivencia a deficiência, participa da vida social ou aprende. Tampouco o diagnóstico é determinante para indicar suas possibilidades de participação na escola e os apoios de que necessita.

Embora o Estado brasileiro tenha incorporado a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em seu arcabouço legal, e avançado na implementação de políticas públicas inclusivas, os sistemas de opressão seguem atravessando as trajetórias das pessoas com deficiência ao largo de todo o curso de vida. Por

exemplo, se a inclusão de crianças nos contextos educacionais gerais é um desafio, posteriormente, a profissionalização de jovens com deficiência, a entrada, permanência e mobilidade social a partir do mundo do trabalho ainda está distante do alcance dos adultos com deficiência.

Já no caso das pessoas idosas com deficiência, o envelhecimento pode intensificar barreiras que acompanham suas trajetórias ao longo da vida. A associação entre velhice, perda de capacidades e necessidade de cuidado pode reforçar a compreensão da pessoa idosa como objeto de proteção e assistência, restringindo sua autonomia e participação social. Nesse contexto, o Cuidado tende a ser reduzido às necessidades relacionadas à saúde e à manutenção da vida cotidiana, enquanto outras dimensões, como a convivência, a autonomia, a participação social e o acesso a demais direitos, permanecem em segundo plano.

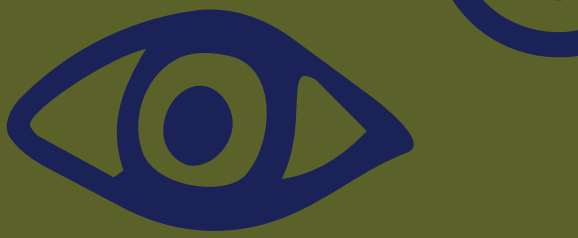
Por outro lado, as políticas públicas orientadas por ações afirmativas têm se constituído como importantes mecanismos de enfrentamento das desigualdades e de ampliação da participação social das pessoas com deficiência no Brasil. Entretanto, essas políticas permanecem em disputa, tanto em relação às concepções que as orientam quanto às condições necessárias para sua efetivação e consolidação. Sua existência e continuidade demandam participação social, acompanhamento e defesa permanente. Nesse contexto, relações sociais estruturadas pela crença capacitista na menor valia das pessoas com deficiência contribuem para reproduzir desigualdades e restringir suas possibilidades de participação econômica e social. Em uma sociedade organizada pela lógica produtiva, essas relações também podem contribuir para a desvalorização das pessoas que não correspondem aos padrões de produtividade socialmente estabelecidos. Combater o capacitismo, portanto, implica promover transformações culturais e estruturais que reconheçam a diversidade humana e assegurem às pessoas com deficiência condições para exercer autonomia, participação e protagonismo em suas próprias trajetórias e decisões.

No Brasil, os princípios do modelo social da deficiência e da perspectiva de direitos humanos influenciaram de maneira significativa a formulação de políticas públicas e de marcos legais voltados à inclusão. Entre eles, destaca-se a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015), que reconhece a acessibilidade, a participação social e a inclusão como dimensões fundamentais do exercício da cidadania. A legislação também estabelece responsabilidades para o poder público e para a sociedade na eliminação de barreiras e na garantia de adaptações razoáveis necessárias à participação das pessoas com deficiência em igualdade de condições. Essa transformação exige enfrentar os sistemas de opres-

são que sustentam a marginalização das pessoas com deficiência e produzem, no cotidiano, diferentes formas de restrição à sua participação social.

Para que os avanços inscritos na legislação brasileira se traduzam em mudanças concretas, é necessário que seus princípios orientem não apenas os marcos normativos, mas também as práticas sociais e institucionais. Isso implica reconhecer a eliminação das barreiras como uma responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade. Essa responsabilidade, contudo, não se distribui de maneira indistinta: cabe ao Estado assegurar políticas públicas capazes de sustentar, de forma equitativa e emancipatória, as condições necessárias à participação, à autonomia e ao exercício de direitos pelas pessoas com deficiência.

No Eixo IV, retomaremos essa discussão para explicitar como os debates desenvolvidos no Eixo I se articulam e ganham concretude em uma das oficinas realizadas no âmbito do encontro “Diálogos nos Territórios”, promovido pelo Instituto Cáue.



EIXO II: ÉTICA DO CUIDADO: DISPUTAS ENTRE EMANCIPAÇÃO, FAMILIZAÇÃO E ASSISTENCIALISMO

Se o Cuidado é parte inerente à vida, então faz sentido pensar que há um jeito ideal para que ele aconteça? Sim, de modo ético, que leve em conta, sobretudo, o bem-estar da pessoa cuidada – é o que chamamos de ética do Cuidado. A ética do Cuidado, por sua vez, configura-se como um relevante campo de reflexão teórica e política voltado à compreensão das relações de interdependência que sustentam a vida humana e das responsabilidades coletivas envolvidas nesse processo. Desenvolvida inicialmente por Gilligan (1982) e, posteriormente, aprofundada por Tronto (1993; 2013), essa perspectiva questiona os modelos que privilegiam exclusivamente a autonomia individual, característicos das racionalidades neoliberais, ao enfatizar que todas as pessoas, em diferentes fases da existência, necessitam de Cuidado. Sob esse enfoque, o Cuidado ultrapassa o âmbito privado e é reconhecido como elemento essencial para a promoção da justiça social e da cidadania.

Em outras palavras, a ética do Cuidado é "o fio condutor de práticas de Cuidado que visem o bem-estar, o bem viver e o bom cuidar de alguém, sempre levando em conta o desejo do sujeito Cuidado para a sua vida. A ética do Cuidado

exige que, o que é oferecido como Cuidado, seja assumido/apropriado pela pessoa cuidada, a qual é reconhecida como sujeito, como cidadã, como parte ativa – e viva – dessa relação, a despeito do nível de dependência ou suporte que demande para viver" (Instituto Cáue, 2023, p.7).

Em contraste, a perspectiva assistencialista concebe o Cuidado como uma prática de ajuda, proteção ou beneficência dirigida a grupos considerados vulneráveis. Nessa lógica, aqueles que recebem Cuidado tendem a ser percebidos como sujeitos meramente dependentes e passivos, como apenas receptores de ações realizadas por terceiros. Historicamente, tal concepção esteve associada a iniciativas filantrópicas e caritativas, nas quais o acesso ao Cuidado era condicionado à atuação de instituições religiosas, organizações beneficentes ou à iniciativa individual.

Nesse modelo, as demandas por Cuidado são frequentemente tratadas como questões particulares, desvinculadas das estruturas sociais que produzem desigualdades. Consequentemente, há pouca atenção às condições de trabalho das pessoas cuidadoras, à distribuição social das responsabilidades de Cuidado e ao papel do Estado na garantia desse direito. As críticas contemporâneas ao assistencialismo destacam que essa abordagem pode reforçar relações de tutela e dependência desnecessária, restringindo a autonomia e a participação ativa das pessoas envolvidas.

Por sua vez, a perspectiva familista atribui à família o papel central na provisão do Cuidado. Nessa compreensão, cuidar é entendido como um dever moral e afetivo dos familiares, responsabilidade que recai predominantemente sobre as mulheres, historicamente encarregadas do trabalho doméstico e dos cuidados de crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência e indivíduos em situação de adoecimento.

Reconhecer e problematizar a condição de dependência vivenciada por parcela significativa das pessoas com deficiência constitui uma estratégia importante para evidenciar a ausência de uma política pública de Cuidados capaz de compartilhar responsabilidades que, historicamente, têm sido atribuídas quase exclusivamente às famílias. Embora a valorização da dependência possa produzir efeitos ambivalentes — reforçando concepções capacitistas, quando compreendida como fardo ou utilizada para justificar a submissão da pessoa cuidada, ou ainda contribuindo para a naturalização de desigualdades —, é necessário reconhecer a dependência como parte da experiência humana e como uma questão que ultrapassa o âmbito individual e familiar. A dependência não constitui, portanto, apenas

uma condição pessoal, mas uma questão política, que diz respeito à forma como uma sociedade organiza, distribui e sustenta as responsabilidades pelo cuidado.

Nesse sentido, ela deve ser compreendida de maneira concreta e pragmática, como um aspecto inerente à vida social e às relações estabelecidas entre os sujeitos. Se a independência absoluta é inalcançável, a dependência também não pode ser eliminada, o que exige refletir criticamente sobre quais formas de dependência devem ser reconhecidas e dignificadas e quais precisam ser transformadas ou superadas (Ferguson, 2013; Luiz, 2023).

Nessa perspectiva, Santos (2017) destaca a relevância da desfamiliarização do Cuidado, argumentando que o descompasso entre as responsabilidades assumidas pelas famílias e aquelas efetivamente garantidas pelo Estado limita o acesso das pessoas com deficiência aos direitos de agência[1], autonomia e emancipação social, comprometendo a efetivação das políticas públicas voltadas a esse grupo.

Se a dependência é uma dimensão constitutiva da vida humana e o Cuidado deve ser compreendido como uma responsabilidade socialmente compartilhada, a autonomia não pode ser tomada como sinônimo de independência ou como ausência de necessidade de apoio. É justamente a partir dessa compreensão que, aqui, articulamos autonomia e emancipação, tomando como referência a perspectiva de Paulo Freire. Para o autor, a autonomia se constrói no diálogo e na participação ativa dos sujeitos em seus processos formativos, não como exercício isolado de uma capacidade individual, mas como possibilidade de atuar criticamente nas relações consigo, com os outros e com o mundo (Freire, 1996). Nessa perspectiva, promover a autonomia das pessoas com deficiência implica reconhecer seus saberes, suas formas de expressão, seus tempos e modos de aprender e criar condições concretas para que participem das decisões que dizem respeito às suas vidas, aos seus processos educativos e à sua participação social. Assim, a necessidade de apoio ou de cuidado não deve ser tomada como impedimento à autonomia: o que está em questão é a possibilidade de que a pessoa permaneça como sujeito da relação de Cuidado, participe das decisões e exerça sua capacidade de agência. Trata-se, portanto, de deslocar práticas assistencialistas e substitutivas e afirmar uma perspectiva emancipatória na qual decidir, participar, criar e transformar

1 Compreendemos “agência” a partir do conceito de “agência sexual” de Abby Wilkerson (2002), cujo significado se refere à capacidade de agir em nome dos próprios interesses, ao passo que a emancipação pode ser entendida como a possibilidade de agir política e coletivamente para modificar as estruturas de opressão (WILKERSON, 2002; OLIVER, 1992).

sejam possibilidades asseguradas a todas as pessoas, com a deficiência reconhecida como parte legítima de sua experiência e de sua relação com o mundo.

Além disso, é fundamental compreender o Cuidado como uma prática relacional que se desenvolve no âmbito das interações humanas e que está permeada por valores morais socialmente construídos, frequentemente associados de forma negativa tanto às pessoas que recebem cuidados quanto àquelas que os oferecem (Fietz, 2017). Por um lado, o trabalho de cuidar continua sendo atribuído predominantemente às mulheres cuidadoras, que assumem responsabilidades não remuneradas e pouco reconhecidas socialmente. Por outro, permanece desconsiderada a sobrecarga emocional, bem como as múltiplas barreiras de acesso enfrentadas pelas pessoas com deficiência em suas estratégias cotidianas de existência e participação social.

A crítica ao familismo não implica desconsiderar a relevância dos vínculos familiares, mas problematizar a concentração quase exclusiva das responsabilidades de Cuidado nas famílias. Em contextos de insuficiência de políticas públicas e de serviços estatais, a família torna-se a principal responsável pela provisão do Cuidado, frequentemente sem o suporte financeiro, técnico e emocional necessário. Tal realidade afeta de forma mais intensa mulheres pobres, mulheres negras, mães, avós, tias de pessoas com deficiência, que vivenciam a sobreposição de diferentes formas de desigualdade social.

Em contraposição às perspectivas assistencialista e familista, a abordagem emancipatória compreende o Cuidado como um direito humano e como uma responsabilidade social que não pode permanecer concentrada nas famílias. Isso implica discutir como as responsabilidades pelo Cuidado são distribuídas entre diferentes sujeitos e instituições e, sobretudo, quais são as responsabilidades que cabem ao Estado na garantia desse direito. A corresponsabilização social, portanto, não significa atribuir indistintamente a famílias, Estado, comunidade e mercado a mesma responsabilidade pela provisão do Cuidado. Ao contrário, exige reconhecer as diferentes posições e responsabilidades de cada um desses atores e estabelecer os limites necessários para que a provisão do Cuidado não produza novas formas de desigualdade, exploração ou tutela.

Nesse debate, a presença do mercado exige particular atenção. Quando o Cuidado é tratado como mercadoria e organizado predominantemente pela lógica da oferta e da demanda, o acesso aos serviços tende a depender do poder aquisitivo, produzindo diferentes níveis de proteção e aprofundando desigualdades já existentes. Além disso, a mercantilização pode transformar necessidades complexas e relações de Cuidado em serviços fragmentados, orientados pela produtivi-

dade, pelo tempo e pela rentabilidade, em detrimento da construção de vínculos e da atenção às necessidades concretas das pessoas. A participação do mercado na organização social do Cuidado, portanto, não pode ser tomada como equivalente à responsabilidade pública pela garantia desse direito.

Essa questão também envolve as condições de trabalho de quem cuida. A expansão de serviços privados de Cuidado pode reproduzir a divisão sexual e racial do trabalho, uma vez que essas atividades permanecem fortemente concentradas em mulheres, especialmente mulheres negras, frequentemente submetidas a baixos salários, vínculos precários e reduzido reconhecimento social. Assim, sem regulação pública e sem políticas capazes de assegurar direitos tanto às pessoas que necessitam de Cuidado quanto àquelas que o realizam, a transferência da provisão para o mercado pode deslocar, sem superar, as desigualdades que estruturam sua organização.

É nesse cenário de disputas em torno da organização social do Cuidado que a Política Nacional de Cuidados ganha relevância. Seus princípios e objetivos deslocam o Cuidado do âmbito exclusivamente privado e familiar e o reconhecem como uma responsabilidade que deve ser compartilhada socialmente, considerando o papel do Estado na garantia de direitos. A política estabelece, entre seus fundamentos, a promoção da equidade, da autonomia e da não discriminação, bem como o enfrentamento ao racismo e ao capacitismo, incorporando dimensões fundamentais para a construção de uma perspectiva emancipatória do Cuidado.

Na Política Nacional de Cuidados, o Cuidado é definido como o conjunto de atividades necessárias à sustentação da vida, à promoção do bem-estar e à reprodução social. Essa definição amplia a compreensão do Cuidado para além das relações privadas e familiares, reconhecendo sua dimensão econômica, social e política. Ao estabelecer objetivos relacionados à garantia do direito ao Cuidado, à valorização das pessoas Cuidadoras, à promoção do trabalho decente e à redução das desigualdades de gênero, a política também explicita a necessidade de transformar a forma como o trabalho de Cuidado é socialmente distribuído.

A existência desse marco normativo, contudo, não elimina as contradições presentes na organização concreta do Cuidado. Entre o reconhecimento do Cuidado como direito e sua efetivação nos territórios existe um conjunto de condições materiais, institucionais e sociais que precisa ser enfrentado. Considerando o Cuidado na perspectiva emancipatória, pautado na ética do Cuidado e nos direitos humanos, os diálogos realizados na oficina mostraram aspectos que precisam ser considerados na implementação da Política Nacional de Cuidados. As discussões apontaram que mulheres pobres e mulheres negras, especialmente aquelas com

baixa escolaridade, permanecem fortemente presentes tanto no trabalho remunerado quanto no trabalho não remunerado de Cuidado de crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiência. A existência de uma legislação que reconhece a necessidade de redistribuição social do Cuidado não tem sido suficiente, por si só, para alterar essa organização, sobretudo quando os serviços e dispositivos necessários à sustentação da vida ainda não estão disponíveis de maneira equânime nos territórios.

Essa realidade ganha maior complexidade quando consideramos que as desigualdades que atravessam a organização do Cuidado não se apresentam de forma isolada. Quando a Política Nacional de Cuidados incorpora o enfrentamento ao capacitismo e ao racismo entre seus princípios, reconhece que as experiências de Cuidado são produzidas em uma sociedade marcada pela articulação entre diferentes formas de opressão. Não se trata, portanto, de somar marcadores sociais, mas de compreender como gênero, raça, deficiência, classe e outras dimensões da vida social se articulam e produzem condições distintas de acesso a direitos, proteção e participação. Uma política de Cuidado orientada pela equidade precisa considerar essa complexidade para que a redistribuição das responsabilidades não reproduza, sob novas formas, as mesmas desigualdades que pretende enfrentar.

É nesse sentido que a perspectiva emancipatória defendida neste eixo exige mais do que a ampliação da oferta de serviços. Trata-se de construir condições para que o Cuidado seja organizado de modo a reduzir desigualdades, ampliar a autonomia e fortalecer a participação das pessoas com deficiência e das pessoas que realizam o trabalho de Cuidado. Romper com o familismo e com a tutela significa, portanto, deslocar responsabilidades historicamente naturalizadas e criar alternativas concretas para que o Cuidado não dependa da disponibilidade, da capacidade econômica ou da disposição individual das famílias.

Nesse processo, a implementação dos dispositivos previstos na Política Nacional de Cuidados assume particular relevância. Cuidotecas, Centros-Dia e o serviço de Atendente Pessoal podem constituir recursos importantes para ampliar as possibilidades de apoio, reduzir a sobrecarga familiar e favorecer a participação social das pessoas com deficiência. Importante salientar que esses dispositivos devem estar organizados a partir dos princípios da equidade, da acessibilidade, da não discriminação e da autonomia, de modo que o apoio oferecido não se converta em novas formas de tutela ou controle.

Nesse mesmo sentido, as mulheres que realizam o trabalho não remunerado de Cuidado precisam ser reconhecidas como sujeitos de direitos e consideradas

na formulação e implementação das políticas. Uma perspectiva anticapacitista e antirracista deve incluir espaços de escuta e acolhimento, mas também condições concretas para a liberação do tempo, o acesso à formação, ao trabalho e à renda e o desenvolvimento de atividades produtivas disponíveis nos territórios. Não se trata apenas de apoiar quem cuida para que possa continuar cuidando, mas de criar condições para que essas mulheres possam também exercer outros papéis sociais e construir seus próprios projetos de vida.

Entre as questões discutidas na oficina, destacou-se também a participação desigual de homens nas responsabilidades de Cuidado. Os participantes problematizaram situações em que pais e outros homens da família permanecem em posição secundária diante das demandas cotidianas, enquanto as mulheres assumem a maior parte das tarefas, das decisões e da articulação com os serviços. Essa divisão não se expressa apenas na quantidade de tarefas realizadas, mas também na distribuição do trabalho de planejamento, acompanhamento e gestão da vida cotidiana.

Nesse sentido, a própria ideia de que os homens "ajudam" as mulheres no Cuidado foi problematizada durante a oficina. A expressão pode preservar a compreensão de que cuidar é, originalmente, uma atribuição feminina, cabendo aos homens apenas colaborar de maneira eventual. A corresponsabilidade, ao contrário, pressupõe o compartilhamento das decisões, das tarefas e das responsabilidades, sem que a participação masculina seja tratada como excepcional ou complementar. Enfrentar essa desigualdade implica questionar os padrões sociais que associam a masculinidade à provisão econômica e a feminilidade ao Cuidado.

Outra dimensão destacada pelos participantes foi a importância dos serviços públicos existentes e de sua capacidade de produzir apoio, acompanhamento e proteção. O CAPSi foi mencionado como exemplo de equipamento que pode desempenhar papel relevante na construção de respostas às necessidades das crianças, adolescentes e de suas famílias. A valorização desses serviços evidencia que a construção de uma política de Cuidado não parte de um vazio institucional: existem equipamentos, profissionais, políticas e experiências acumuladas que podem ser fortalecidos e articulados.

Ao mesmo tempo, a oficina destacou os limites de respostas produzidas por serviços isolados. O CAPSi, embora possa constituir um importante ponto de apoio, não pode responder sozinho à complexidade das necessidades das pessoas com deficiência e de suas famílias. A integralidade do Cuidado exige articulação entre diferentes políticas e serviços, envolvendo saúde, educação, assistência social, cultura, esporte, trabalho e outros espaços de participação social. Trata-se

de deslocar a compreensão do Cuidado como uma relação restrita entre profissional e usuário para uma perspectiva de Cuidado em rede, na qual diferentes serviços assumam responsabilidades específicas e articuladas.

Os participantes também apontaram a necessidade de criação e fortalecimento de redes de apoio capazes de responder às necessidades que permanecem sem suporte no cotidiano. Essas redes não se restringem aos serviços institucionais: famílias extensas, vizinhanças, associações, coletivos, organizações da sociedade civil, escolas, unidades de saúde e outros espaços comunitários podem constituir importantes fontes de sustentação da vida. A participação comunitária precisa compor uma rede de Cuidado sustentada por políticas públicas, e não funcionar como substituta da responsabilidade estatal.

Uma rede de Cuidado efetiva deve, portanto, ampliar as possibilidades de apoio sem intensificar a responsabilização familiar. Isso requer serviços acessíveis e articulados, apoio às pessoas que realizam o Cuidado, reconhecimento das diferentes formas de dependência e interdependência e condições para que as pessoas com deficiência possam participar das decisões e dos espaços sociais que constituem suas vidas.

A discussão realizada na oficina destaca, portanto, que a construção de uma perspectiva emancipatória do Cuidado exige mais do que ampliar a quantidade de serviços disponíveis. Trata-se de transformar a própria organização social do Cuidado: enfrentar sua divisão sexual e racial, redistribuir responsabilidades no interior das famílias, fortalecer a responsabilidade estatal e construir redes públicas e comunitárias articuladas nos territórios. Essa articulação, por sua vez, coloca em primeiro plano a necessidade de uma atuação intersetorial, capaz de conectar diferentes políticas, serviços e saberes em torno das necessidades concretas das pessoas. É justamente essa dimensão que será aprofundada a seguir, no Eixo III.

EIXO III: INTERSETORIALIDADE E INTEGRALIDADE DO CUIDADO NOS TERRITÓRIOS

A intersetorialidade constitui um princípio fundamental para a efetivação da integralidade do Cuidado às pessoas com deficiência. Trata-se da articulação entre diferentes setores e políticas públicas — saúde, assistência social, educação, cultura, transporte, habitação, trabalho, justiça, entre outros — com o objetivo de superar a fragmentação das ações e produzir respostas integradas às múltiplas dimensões da vida humana. As necessidades relacionadas ao Cuidado não se apresentam de forma isolada nem podem ser respondidas por uma única política pública. Elas atravessam diferentes direitos, serviços e dimensões da vida social e exigem, portanto, formas de atuação articuladas.

A partir dessa compreensão, a intersetorialidade pressupõe a construção de objetivos e responsabilidades compartilhados, fluxos de comunicação e mecanismos de planejamento, acompanhamento e avaliação que conectem políticas, serviços e profissionais. A intersetorialidade das políticas públicas para a inclusão de pessoas com deficiência articula essa perspectiva aos princípios da interdependência dos direitos humanos, da colaboração interfederativa e da participação

social. Para Pisaneschi (2024), a ação intersetorial constitui mecanismo de gestão para enfrentar as múltiplas barreiras que incidem sobre a vida das pessoas com deficiência e requer a articulação entre diferentes políticas públicas, os distintos níveis de governo e a sociedade civil. Isso porque a perspectiva intersetorial reconhece que o acesso a um direito frequentemente depende da efetivação de outros. Educação, saúde, assistência social, trabalho, renda, moradia, transporte, cultura, lazer e participação política são campos interdependentes quando se trata da possibilidade concreta de viver com autonomia e dignidade.

A integralidade do Cuidado se concretiza, portanto, nos territórios, por meio da construção de redes locais de apoio que articulem serviços públicos, organizações da sociedade civil, movimentos sociais, comunidades e famílias. A existência de diferentes equipamentos em um mesmo território, entretanto, não é suficiente para constituir uma rede. Uma rede de Cuidado pressupõe relações de cooperação, comunicação, pactuação de responsabilidades, circulação de informações e construção conjunta de respostas. Cada serviço mantém suas atribuições específicas, mas nenhum equipamento pode assumir sozinho a totalidade das necessidades que atravessam a vida das pessoas.

Falar em territórios como espaços de produção do Cuidado requer, também, ultrapassar uma compreensão estritamente geográfica. Partimos da contribuição de Milton Santos (2006), para quem o território usado constitui uma dimensão fundamental da vida social: o espaço apropriado e transformado pelas práticas, pelas relações, pelos conflitos e pelos diferentes usos que dele fazem os sujeitos e grupos sociais. O território é, portanto, espaço vivido, atravessado por relações sociais, desigualdades, disputas, possibilidades de ação e relações de poder.

Essa compreensão é especialmente importante para as políticas públicas de Cuidado. A localização de um serviço, a existência ou ausência de transporte acessível, as condições de circulação pelas cidades, a distribuição dos equipamentos públicos, as características das redes comunitárias e as formas de organização da vida cotidiana interferem diretamente na possibilidade de acesso aos direitos. A geografia dos territórios onde a vida acontece pode produzir ou ampliar desigualdades, razão pela qual as políticas públicas precisam considerar suas especificidades para promover equidade e garantir condições efetivas de participação social.

No caso brasileiro, marcado pelo federalismo e pela autonomia política e administrativa de União, estados, Distrito Federal e municípios, a produção de respostas integradas depende também de mecanismos de cooperação e pactuação interfederativa. Os arranjos intersetoriais envolvem simultaneamente a articulação entre políticas públicas, a relação entre os entes federados e a participação

da sociedade civil. A intersetorialidade, portanto, diz respeito às formas pelas quais o Estado e governos organizam responsabilidades e coordenam sua atuação em diferentes níveis da gestão.

Essa dimensão da gestão pública apareceu de forma bastante concreta nas discussões realizadas na oficina. Os participantes identificaram como um dos principais obstáculos a fragilidade da articulação entre profissionais e gestores de diferentes políticas públicas. Foram relatadas dificuldades de comunicação e compartilhamento de informações, desconhecimento dos fluxos e dos critérios de acesso aos serviços e dificuldade de dar continuidade às ações pactuadas. Apontaram, ainda, a necessidade de mecanismos de monitoramento, definição de responsabilidades e acompanhamento, especialmente nas situações de maior complexidade.

Essa reflexão ultrapassa o questionamento sobre a existência ou não de serviços de cada política pública. O que se pretende é problematizar a coordenação de uma rede de serviços públicos que promova Cuidado, que mobilize os diferentes atores, acompanhe as pactuações e contribua para que as responsabilidades assumidas não se percam entre os limites de cada política pública.

A discussão da oficina também permitiu reconhecer que a construção de redes de Cuidado não parte de um vazio institucional, mas da articulação de equipamentos, profissionais e de suas experiências na implementação das políticas públicas. Nesse sentido, o desafio está em garantir o acesso aos espaços e serviços que já existem, fortalecer a sua capacidade de articulação territorial e , sobretudo, garantir a perspectiva emancipatória do Cuidado.

A rede de apoio também deve envolver famílias, vizinhanças, associações, organizações da sociedade civil, escolas e outros espaços comunitários como fontes de suporte. Entretanto, a valorização dessas redes não pode servir para deslocar para as famílias ou para as comunidades responsabilidades que cabem ao Estado. Como apontaram os participantes, instituir dispositivos e redes de apoio públicos às pessoas com deficiência significa reduzir a dependência exclusiva das famílias em relação ao Cuidado e construir formas de corresponsabilização social capazes de sustentar a vida.

É nesse ponto que a intersetorialidade se aproxima diretamente do Plano Nacional de Cuidados, chamado Plano Brasil que Cuida, que constitui o instrumento de implementação da Política Nacional de Cuidados e organiza ações que articulam diferentes áreas e níveis de governo. Sua arquitetura inclui, entre outros elementos, a garantia de direitos para quem necessita de Cuidado e para quem

cuida, a compatibilização entre trabalho, educação e necessidades familiares de Cuidado e mecanismos de governança e gestão.

Para as pessoas com deficiência isso significa reafirmar que a análise das condições concretas em que cada pessoa vive, as barreiras que restringem sua participação e os apoios necessários para que possa exercer seus direitos em igualdade de condições é que vai indicar as necessidades de Cuidado.

Nesse sentido, a avaliação biopsicossocial da deficiência ocupa lugar estratégico para a implementação da Política Nacional de Cuidados e construção de políticas públicas. O art. 2º, § 1º da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) estabelece que, quando necessária, a avaliação da deficiência deve ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerar os impedimentos corporais, os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, a limitação no desempenho de atividades e a restrição de participação.

Isso é particularmente importante para pessoas com deficiência que necessitam de apoios. A identificação das necessidades concretas de cada pessoa pode orientar políticas que considerem diferentes formas de apoio humano, material, tecnológico, comunicacional e comunitário. Entre essas possibilidades está o atendente pessoal, definido pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) como a pessoa, membro ou não da família, que presta cuidados básicos essenciais à pessoa com deficiência, sem necessariamente exercer profissão regulamentada para essa finalidade. A construção de políticas de apoio deve estar vinculada à autonomia, à dignidade e às escolhas da própria pessoa com deficiência.

A participação das pessoas com deficiência é, portanto, condição constitutiva dessa construção. Isso significa que a coordenação da rede deve assegurar sua participação na definição de necessidades, prioridades, estratégias e formas de acompanhamento, garantindo condições para que compreendam seus direitos, expressem suas necessidades, participem das decisões e acompanhem as respostas construídas. Consequentemente, a acessibilidade atravessa todas essas dimensões e é condição para a efetivação dos direitos e para a participação social.

A formação dos trabalhadores das políticas públicas ocupa, igualmente, lugar central. Os relatos da oficina evidenciaram dificuldades relacionadas ao conhecimento das normativas, das competências institucionais, dos critérios de acesso e dos recursos existentes no território. Quando os profissionais desconhecem os serviços disponíveis, seus limites e suas possibilidades de articulação, a rede tende a funcionar de maneira reativa, dependente de iniciativas individuais e de relações

interpessoais construídas entre trabalhadores. A qualificação permanente, nesse contexto, é condição para o funcionamento articulado das políticas públicas.

Uma experiência concreta nessa direção é o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social — BPC na Escola. A iniciativa articula educação, assistência social, saúde e direitos humanos e envolve diferentes níveis de governo, partindo do reconhecimento de que as barreiras ao acesso e à permanência na escola não podem ser enfrentadas exclusivamente pela política educacional. Sua implementação exige articulação intersetorial, relação interfederativa e participação social.

A construção de uma política pública de Cuidado comprometida com a emancipação exige, portanto, que diferentes políticas reconheçam e assumam sua responsabilidade compartilhada. É nesse sentido que o Cuidado com C maiúsculo se realiza quando existe comunicação efetiva entre as políticas públicas, quando diferentes serviços partem da compreensão da pessoa como sujeito de direitos e quando acessibilidade, participação e equidade são assumidas como princípios estruturantes.

Essa construção exige também reconhecer que os territórios são marcados por diversas desigualdades, entre elas, notadamente, as econômicas, raciais, de gênero e geracionais que atravessam a experiência da deficiência. Pessoas com impedimentos semelhantes podem vivenciar condições profundamente distintas de participação e acesso a direitos em razão das condições territoriais, da renda, da mobilidade urbana, da disponibilidade de serviços e das barreiras presentes em seus contextos de vida. A produção de equidade requer, portanto, que a gestão pública considere esse aspecto na formulação e implementação das políticas.

Reafirmamos, assim, que a intersetorialidade constitui dispositivo essencial para a gestão das políticas públicas de Cuidado em um país de dimensões continentais, marcado por grande diversidade regional, cultural e socioeconômica. Sua efetividade depende da capacidade do Estado de articular políticas, recursos, responsabilidades e conhecimentos, fortalecer os serviços existentes, construir mecanismos de coordenação e assegurar a participação das pessoas com deficiência na definição e no acompanhamento das respostas públicas.

EIXO IV: ACESSIBILIDADE E AVALIAÇÃO BIOPSICOSSOCIAL PARA EFETIVAÇÃO DE DIREITOS

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência traz como princípio e como direito a acessibilidade, configurando seu caráter estruturante, transversal e universal. De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), a acessibilidade é condição para o exercício pleno da cidadania, abrangendo dimensões arquitetônicas, comunicacionais, tecnológicas, pedagógicas, culturais e atitudinais. Trata-se de assegurar que todos os espaços, serviços e oportunidades sejam usufruídos em igualdade de condições, eliminando barreiras que produzem exclusão e desigualdade.

Ainda que a legislação afirme a acessibilidade como o direito a ter direitos, a vida cotidiana das pessoas com deficiência demonstra que ainda temos um longo caminho até alcançarmos a acessibilidade universal em todos os espaços e políticas públicas.

Vale salientar que, sem acessibilidade, não é possível sequer organizar políticas públicas de Cuidado capazes de assegurar a participação das pessoas com

deficiência em igualdade de condições. Para além da acessibilidade como princípio dos direitos humanos, é necessário reconhecer que, mesmo em contextos nos quais barreiras gerais tenham sido eliminadas, podem persistir barreiras que obstruem a participação de determinadas pessoas. É para essas situações que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estabelece o direito às adaptações razoáveis, compreendidas como as modificações e os ajustes necessários e adequados, que não imponham ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso. As adaptações razoáveis constituem, assim, um instrumento de garantia da igualdade e de enfrentamento de barreiras, articulando-se às medidas de ação afirmativa e às demais estratégias destinadas a assegurar o exercício dos direitos pelas pessoas com deficiência em igualdade de condições.

Encontramos, também na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e ainda no *World Report on Disabilit*y (OMS, 2011), a ênfase no conceito de que a deficiência resulta da interação entre impedimentos de longo prazo e barreiras sociais. Por isso, a avaliação biopsicossocial emerge como instrumento essencial para reconhecer a deficiência em sua complexidade, considerando aspectos corporais, funcionais, sociais e ambientais.

A Lei Brasileira de Inclusão de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI), em seu art. 2º, § 1º, estabelece:

"A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III – a limitação no desempenho de atividades; e

IV – a restrição de participação."

O trecho acima retoma o modelo social de compreensão da deficiência, reafirmando o caráter multidimensional da experiência da deficiência, ou seja, o diagnóstico firmado em laudo médico define, tão somente, o impedimento de natureza física, mental, intelectual ou sensorial. No entanto, o que produz elementos para a avaliação da experiência da deficiência são os processos de opressão que obstruem a participação social, o desempenho de atividades e que estão representados nas barreiras sociais impostas pelo capacitismo como estrutura das relações e práticas da sociedade.

As dimensões de gênero, raça, classe social e deficiência articulam-se a outras formas de opressão que atravessam a experiência de segmentos historicamente

marginalizados e produzem diferentes condições de acesso, participação e reconhecimento social. A experiência da deficiência, portanto, não pode ser compreendida de maneira dissociada das relações sociais que distribuem desigualmente recursos, oportunidades e possibilidades de participação. Não há uma experiência homogênea da deficiência: as posições ocupadas nas relações de gênero, raça e classe, entre outras, produzem diferentes formas de exposição às barreiras, ao capacitismo e às demais estruturas de opressão que organizam a vida social.

A avaliação biopsicossocial, portanto, é instrumento de reconhecimento das condições sociais que restringem a participação e o exercício de direitos. Ao considerar a interação entre impedimentos, barreiras e restrições de participação, amplia as possibilidades de identificação das necessidades de apoio e de construção de respostas públicas adequadas às diferentes experiências da deficiência.

No que se refere à Política Nacional de Cuidados e ao Plano Brasil que Cuida, a regulamentação da avaliação biopsicossocial da deficiência assume caráter estratégico. Durante o processo de escuta realizado no âmbito da construção da proposta do Sistema Nacional de Avaliação Biopsicossocial da Deficiência (SISNADEF), experiência da qual participou uma das autoras deste caderno, emergiram questionamentos das pessoas com deficiência acerca da finalidade e dos efeitos da avaliação biopsicossocial. Questões semelhantes foram posteriormente apresentadas durante a oficina realizada no âmbito deste projeto. Entre as inquietações manifestadas, destaca-se a preocupação com a permanência da exigência de comprovação da deficiência para o acesso a direitos, sintetizada na seguinte pergunta: “Em qual momento essa avaliação vai permitir que as pessoas com deficiência deixem de ser obrigadas a comprovar sua real condição?”

Ao responder a esse questionamento, deparamo-nos com a necessidade premente de consolidar a compreensão do conceito constitucional de pessoa com deficiência estabelecido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e reafirmada pela LBI. Embora amplamente difundido no campo das políticas públicas e dos direitos humanos, esse conceito ainda não esgotou sua contribuição às formas de compreender a deficiência e de constituir subjetividades em torno dela.

A apropriação dessa perspectiva pelas próprias pessoas com deficiência pode favorecer a tomada de consciência acerca das condições sociais que atravessam suas experiências e ampliar a compreensão das barreiras que incidem sobre suas vidas, fortalecendo sua participação na luta por direitos e por justiça social. Ao mesmo tempo, essa perspectiva oferece fundamentos para a construção de políticas públicas orientadas pela equidade, capazes de reconhecer a diversidade das

experiências da deficiência e de responder às barreiras e necessidades de apoio que delas decorrem.

Um exemplo de como a avaliação biopsicossocial pode orientar a definição de dispositivos de Cuidado para pessoas com deficiência é a possibilidade de oferta do atendente pessoal, cuja função é apoiar a pessoa com deficiência na realização de atividades e necessidades de Cuidado que não possam ser realizadas de forma independente. Um processo de avaliação em conformidade com a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI) pode contribuir para identificar as condições concretas de vida de cada pessoa e as barreiras enfrentadas, subsidiando a definição dos apoios mais adequados e evitando respostas padronizadas baseadas exclusivamente no diagnóstico.

A experiência do município de São Paulo (SP) com o Programa do Acompanhante da Pessoa com Deficiência, desenvolvido no âmbito do Sistema Único de Saúde, traz elementos para aprofundar a discussão. O programa atua nos territórios a partir da identificação das demandas das pessoas com deficiência, em articulação com as equipes de saúde, e promove conexões com serviços, comunidade e estratégias de garantia de direitos e proteção social. Sua experiência evidencia a importância de uma abordagem que considere a pessoa em sua integralidade e em relação às condições concretas de seu território.

As discussões realizadas no âmbito da oficina do projeto evidenciaram que a compreensão da deficiência ainda permanece fortemente marcada por práticas avaliativas centradas nos impedimentos corporais, com reduzida consideração das condições ambientais, sociais e relacionais que interferem na funcionalidade e na participação das pessoas. As experiências compartilhadas especificamente pelas pessoas com deficiência apontaram para essa permanência em diferentes contextos institucionais, incluindo avaliações realizadas no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e processos relacionados ao acesso e à permanência no mundo do trabalho.

As avaliações realizadas pelo INSS e outros processos institucionais de reconhecimento da deficiência também foram problematizados a partir da centralidade conferida à comprovação do impedimento corporal. A recorrência de procedimentos de natureza predominantemente pericial produz uma experiência na qual a pessoa com deficiência é reiteradamente convocada a demonstrar, comprovar e legitimar sua própria condição diante das instituições. Quando as avaliações não consideram as barreiras presentes nos diferentes contextos de vida,

acabam por reduzir uma experiência social complexa à presença de um impedimento corporal.

Essa lógica produz efeitos que ultrapassam a dimensão burocrática dos processos avaliativos. As decisões institucionais relacionadas ao reconhecimento da deficiência podem determinar o acesso a benefícios, renda, proteção social e outros direitos fundamentais, incidindo diretamente sobre as condições materiais de existência. Em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, uma decisão negativa ou restritiva pode comprometer a sobrevivência, a autonomia e a participação social. Nesse sentido, a exigência permanente de comprovação da deficiência deve ser analisada também em sua dimensão política e distributiva, especialmente quando critérios de austeridade são mobilizados para restringir políticas de proteção social.

A questão central que atravessa essas experiências diz respeito, portanto, ao sentido atribuído à própria avaliação da deficiência. Se sua finalidade é produzir condições para o reconhecimento de direitos e para produção das condições necessárias à sustentação da vida, não pode permanecer restrita à identificação ou comprovação do impedimento corporal. A avaliação precisa ser capaz de apreender as condições concretas de vida, as barreiras que restringem a participação e as necessidades de apoio que delas decorrem.

É nesse horizonte que a implementação da Avaliação Biopsicossocial Unificada da Deficiência em todo o território nacional pode contribuir para superar práticas avaliativas fragmentadas e predominantemente biomédicas. A mudança na forma de compreender, avaliar e reconhecer a deficiência, desloca o foco da comprovação individual do impedimento para a análise das condições que constituem a experiência da deficiência e interferem no exercício dos direitos.

Para que essa transformação se efetive, a participação das pessoas com deficiência precisa ocupar lugar central nos processos avaliativos. Seus conhecimentos sobre a própria experiência, suas trajetórias e a identificação das barreiras que encontram nos diferentes contextos de vida constituem elementos fundamentais para uma avaliação que pretenda ser efetivamente biopsicossocial.

EIXO V: ANTICAPACITISMO E INTERSECCIONA-LIDADE

Se o capacitismo impõe barreiras e desigualdades às pessoas com deficiência, o anticapacitismo nos convoca a enfrentar essas estruturas e a transformar as relações que as sustentam. É nessa direção que o anticapacitismo se articula à afirmação dos direitos, da autonomia, da participação e do protagonismo das pessoas com deficiência. Mas já sabemos que garantir participação e protagonismo exige reconhecer que não há uma experiência única de deficiência. É por isso que a compreensão contemporânea da deficiência é indissociável da perspectiva interseccional.

O conceito de interseccionalidade, proposto por Crenshaw (1989), demonstra que diferentes sistemas de dominação e desigualdade operam simultaneamente, produzindo experiências de exclusão. Nessa perspectiva, a vivência de uma mulher negra com deficiência, por exemplo, não pode ser interpretada a partir da

simples soma das categorias gênero, raça e deficiência, mas pela interação entre esses marcadores, que produz formas situadas de discriminação e desigualdade.

A partir da interseccionalidade, torna-se possível compreender que as barreiras à participação de pessoas com deficiência também são produzidas e vivenciadas de diferentes formas, conforme as condições sociais e os marcadores que atravessam cada trajetória. É daí que o lema "Nada sobre nós sem nós", afirmação dos movimentos das pessoas com deficiência e fortemente associado ao de construção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, sintetiza uma reivindicação histórica: nenhuma política ou decisão, nenhum serviço ou programa que produza efeitos sobre as vidas das pessoas com deficiência deve ser formulado sem sua participação. O protagonismo não se reduz, portanto, à presença simbólica das pessoas com deficiência, mas envolve reconhecimento de sua capacidade política, de seus saberes e de sua legitimidade para participar da formulação, implementação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas.

A própria história do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil evidencia que a conquista de direitos não foi resultado de uma concessão, mas de processos de organização e luta. Desde as mobilizações ocorridas no final da década de 1970 e início da década de 1980, pessoas com deficiência passaram a ocupar o espaço público e a reivindicar reconhecimento político, participação e cidadania. Essas mobilizações contribuíram para a construção de uma agenda de direitos que encontrou expressão na Constituição Federal (1988) e, posteriormente, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) e na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015).

Quando afirmamos que os corpos são políticos, que a existência e a resistência das pessoas com deficiência são, por si mesmas, atos de luta política e transformação social, estamos reconhecendo esse percurso histórico. As conquistas relacionadas aos direitos sociais, à universalização das políticas públicas e à participação social são inseparáveis das lutas dos movimentos sociais. O direito de existir, circular, participar, decidir e produzir conhecimento sobre a própria experiência é também resultado dessas disputas.

Essa construção coletiva também precisa considerar que as experiências de participação e enfrentamento do capacitismo são atravessadas por diversos marcadores sociais. No que diz respeito ao gênero, mulheres e meninas com deficiência podem enfrentar formas específicas de violência, exclusão, dependência econômica e invisibilidade social. Além disso, o cuidado permanece socialmente

associado às mulheres, o que produz sobrecarga e restringe suas próprias possibilidades de participação social.

A dimensão racial também é estruturante. As desigualdades produzidas pelo racismo atravessam o acesso à educação, à saúde, ao trabalho, à renda e à participação social. Quando articuladas à deficiência, essas desigualdades podem produzir experiências situadas de exclusão e vulnerabilização. A análise interseccional permite, assim, compreender que as políticas públicas precisam considerar a diversidade das experiências vividas pelas pessoas com deficiência, evitando respostas homogêneas para situações profundamente distintas e desiguais.

Da mesma forma, as relações de classe interferem nas possibilidades de acesso a serviços, tecnologias assistivas, transporte, educação, trabalho, moradia e demais recursos necessários à participação social. A pobreza pode intensificar as barreiras impostas às pessoas com deficiência e suas famílias. Por isso, o enfrentamento do capacitismo precisa estar articulado ao enfrentamento do racismo, do sexismo e das desigualdades econômicas.

É a partir dessa formulação que convidamos à compreensão do anticapacitismo enquanto uma dimensão estrutural e transversal às políticas públicas. Não se trata apenas de combater atitudes discriminatórias individuais, mas de identificar e transformar práticas institucionais, relações sociais, condições materiais e formas de organização das políticas públicas que produzem ou reproduzem desigualdades.

Na oficina realizada no âmbito do projeto, a discussão foi orientada pela compreensão de que o anticapacitismo precisa se materializar nas relações cotidianas e nas formas concretas de participação das pessoas com deficiência. A partir das experiências compartilhadas, os participantes problematizaram situações em que as pessoas com deficiência permanecem afastadas dos processos de decisão, mesmo quando as políticas públicas afirmam ter como objetivo sua autonomia e participação.

Um dos aspectos sublinhados foi a necessidade de que os profissionais e gestores reconheçam as pessoas com deficiência como sujeitos capazes de produzir conhecimento sobre as próprias experiências. A participação não pode ocorrer apenas como consulta eventual ou como etapa formal de um processo institucional. É necessário criar condições para que as pessoas possam efetivamente expressar suas necessidades, apresentar suas perspectivas e interferir nas decisões que afetam suas vidas. A discussão também ressaltou que, muitas vezes, as decisões sobre a vida das pessoas com deficiência continuam sendo tomadas

por profissionais ou familiares sem que a própria pessoa seja efetivamente incluída no processo. Essa situação pode ocorrer sob a justificativa da proteção ou da necessidade de cuidado, mas pode produzir tutela e restringir a autonomia. O desafio colocado pela perspectiva anticapacitista é construir formas de apoio que não substituam a pessoa na tomada de decisões, mas ampliem suas possibilidades de participação.

Nesse sentido, os participantes destacaram a importância da escuta qualificada. Escutar não significa apenas receber uma demanda individual, mas reconhecer a experiência compartilhada pela pessoa como conhecimento legítimo para orientar a ação pública coletiva. A escuta exige disponibilidade institucional para rever procedimentos, modificar estratégias e construir respostas a partir das situações concretas vivenciadas nos territórios.

A discussão também frisou um aspecto amplamente abordado ao longo deste material: a ausência de acessibilidade pode limitar a própria possibilidade de participação das pessoas com deficiência. Barreiras comunicacionais, físicas, atitudinais e institucionais podem impedir que uma pessoa esteja presente, compreenda uma informação, manifeste sua opinião ou acompanhe uma decisão. Assim, garantir participação exige criar as condições para que ela aconteça.

As experiências compartilhadas também apontaram para a importância dos espaços institucionais e comunitários de participação. Conselhos, fóruns, associações, movimentos sociais e outras formas de organização podem constituir espaços fundamentais para que as pessoas com deficiência exerçam sua cidadania, produzam reivindicações coletivas e disputem os rumos das políticas públicas.

Nesse processo, o protagonismo das pessoas com deficiência não deve ser compreendido como uma responsabilidade individual. Para que exista participação efetiva, é necessário que as instituições garantam acessibilidade, considerando as diversas formas de comunicação e reconhecendo diferentes modos de presença e manifestação. A responsabilidade pela participação, portanto, também é institucional.

As contribuições da oficina permitiram compreender que o conhecimento produzido a partir da experiência das pessoas com deficiência é dimensão necessária para a construção de políticas públicas que respondam às demandas dos territórios. A experiência, nesse sentido, constitui uma expertise, uma forma legí-

tima de conhecimento e precisa ocupar lugar nos processos de planejamento, decisão, implementação e avaliação das políticas públicas.

Desse modo, as discussões realizadas na oficina se encaminharam para afirmação de que o anticapacitismo não se limita ao combate à discriminação. Ele envolve a transformação das relações sociais e institucionais que produzem a exclusão, o reconhecimento das pessoas com deficiência como sujeitos políticos e a criação de condições concretas para sua participação social. Afinal, fortalecer o protagonismo das pessoas com deficiência significa, também, fortalecer a própria democracia. Ampliar a participação de sujeitos nas decisões sobre a vida coletiva é reconhecer que uma sociedade comprometida com a equidade precisa enfrentar as estruturas que historicamente definiram quem pode falar, quem pode decidir e quem pode ocupar os espaços públicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encerramos este material com a esperança de quem aposta na participação social, na construção coletiva de conhecimentos, na valorização das diferenças e nas múltiplas formas de existir.

Sem dúvida, a contribuição crítica e engajada dos participantes da oficina e da equipe do projeto nos aponta para a grande oportunidade desse trabalho, ou seja, aponta para um caminho possível em direção à sociedade justa, livre e igualitária, na qual cada pessoa tenha direito de ser e estar no mundo, onde as relações humanas tornem-se experiências significativamente diversas e seguras , onde cada corpo ocupe um espaço digno, em igualdade de condições e livre de opressão.

Nesse sentido, a Política Nacional de Cuidados constitui uma importante ferramenta para que movimentos sociais, gestores públicos, órgãos de controle e espaços de participação social articulem pautas historicamente tratadas de forma fragmentada, como o enfrentamento ao racismo, ao sexismo, à misoginia, à homofobia, à transfobia, ao etarismo e ao capacitismo. Essa articulação também envolve a defesa intransigente da redistribuição de renda e da reorganização social do cuidado, reconhecendo que o enfrentamento das desigualdades exige respostas que ultrapassem as fronteiras entre políticas e setores. Sobretudo, trata-se de fortalecer a democracia, ampliar as possibilidades de emancipação e assegurar o exercício pleno da cidadania por grupos historicamente vulnerabilizados em nosso país.

O Instituto Cáue coloca-se como parte integrante da luta pelos direitos das pessoas com deficiência, especialmente na defesa da ampla e irrestrita fruição

de todos os direitos humanos e do cumprimento integral da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão.

Esperamos, finalmente, que a partilha de saberes e a luta emancipatória e protagonista das pessoas com deficiência e dos movimentos sociais encontrem, neste caderno, uma estratégia potente para romper com a lógica capacitista e antidemocrática que oprime e exclui. Que este material possa contribuir para fortalecer práticas, políticas e relações sociais comprometidas com a participação, a autonomia e a garantia de direitos.

Avancemos, portanto, juntas e juntos, rumo a uma sociedade do Cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 02 de setembro de 2026.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm. Acesso em: 02 de setembro de 2026.

CAMPBELL, Fiona Kumari. Contours of ableism: the production of disability and abledness. New York: Palgrave Macmillan, 2009.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. A construção do outro como não-ser como fundamento do ser. 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CRENSHAW, Kimberlé. Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, Chicago, v. 1989, n. 1, art. 8, p. 139–167, 1989.

DINIZ, Debora. O que é deficiência? São Paulo: Brasiliense, 2007.

FERGUSON, James. Declarations of dependence: labour, personhood, and welfare in Southern Africa. Journal of the Royal Anthropological Institute, v. 19, n. 2, p. 223–242, 2013.

FIETZ, Helena. Deficiência, cuidado e dependência: reflexões sobre redes de cuidado em uma família em contexto de pobreza urbana. Teoria e Cultura, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, UFJF, v. 11, n. 3, p. 101–113, 2017.

FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo social da deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. Lutas Sociais, v. 17, n. 31, p. 59–73, 2013.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GESSER, Marivete; BLOCK, Pamela; MELLO, Anahí Guedes de. Estudos da deficiência: interseccionalidade, anticapacitismo e emancipação social. In: GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena (org.). Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social. Curitiba: Editora CRV, 2020.

GILLIGAN, Carol. In a different voice: psychological theory and women's development. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1982.

HIRATA, Helena; GUIMARÃES, Nadya Araújo (org.). Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pessoas com deficiência 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO CÁUE. Política Nacional e Sistema Público de Cuidados e Pessoas com Deficiência. Ofício nº 007/2023 enviado à Laís Wendel Abramo. Secretaria Nacional da Política Nacional de Cuidados e Família, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. São Paulo, mar. 2023. 13 p.

KITTAY, Eva Feder. Love's labor: essays on women, equality, and dependency. New York: Routledge, 1999.

LUIZ, Karla Garcia. Implicações psicossociais do cuidado: uma análise a partir das experiências de mulheres com deficiência que vivenciam a dependência comple-

xa. 2023. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

LUIZ, Karla Garcia; SILVEIRA, Thais Henriques Becker da. Pessoas com deficiência e (inter)dependência: uma perspectiva da ética do cuidado para a promoção da justiça social. In: GESSER, Marivete; BÖCK, Geisa Letícia Kempfer; LOPES, Paula Helena (org.). Estudos da deficiência: anticapacitismo e emancipação social. Curitiba: Editora CRV, 2020. p. 113–127.

MELLO, Anahí Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3265–3276, 2016.

MENEZES, Joyceane Bezerra de; MENEZES, Herika Janaynna Bezerra de; MENEZES, Abraão Bezerra de. A abordagem da deficiência em face da expansão dos direitos humanos. Revista de Direitos e Garantias Fundamentais, v. 17, n. 2, p. 263–290, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 13 de dezembro de 2006. Nova York: ONU, 2006.

PISANESCHI, Érika. A intersetorialidade das políticas públicas para a inclusão escolar de pessoas com deficiência. In: DUTRA, Claudia Pereira (org.). Educação em Pauta 2024: desafios da Educação Especial na perspectiva inclusiva no Brasil. Brasília: Organização de Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura (OEI), 2024. p. 249–263.

PORTO NETO, Hugo Frota Magalhães. A Convenção da ONU e o modelo social da deficiência ante o novo conceito de pessoa com deficiência. In: A acessibilidade como direito fundamental das pessoas com deficiência e as tecnologias. Curitiba: Juruá, 2026.

RIVIERA MATURANO, Guillermo Matías. Filosofía y ética del cuidado: ensayando algunos fundamentos posibles. Trabajo y Sociedad, v. 24, n. 40, p. 343–357, 2023.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2006.

SANTOS, Wederson Rufino dos. O circuito familista na Política de Assistência Social. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 388–402, 2017.

SHAKESPEARE, Tom. Disability rights and wrongs revisited. 2. ed. London: Routledge, 2014.

SHAKESPEARE, Tom. Disability: the basics. London: Routledge, 2018.

TRONTO, Joan C. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press, 2013.

TRONTO, Joan C. Moral boundaries: a political argument for an ethic of care. New York: Routledge, 1993.

WILKERSON, Abby. Disability, sex radicalism, and political agency. NWSA Journal, v. 14, n. 3, p. 33–57, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; WORLD BANK. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.

o cuidado acontece entre nós

MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA

GOVERNO DO BRASIL
DO LADO DO POVO BRASILEIRO

ISBN: 978-65-970039-0-7
CIP
9 786597 003907