

Capacitismo e Saúde: desafios da pessoa com deficiência física associada ao câncer

Larissa Emanuelle Miguel da Cruz*

Taciana Maria da Silva**

RESUMO:

O presente trabalho tem como objetivo discutir os desafios enfrentados por pessoas com deficiência física associada ao câncer, a partir da perspectiva crítica do materialismo histórico-dialético, considerando o impacto do capacitismo no acesso e exercício de direitos. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza bibliográfica e de campo, fundamentada na revisão de produções teóricas e na realização de entrevistas semiestruturadas com pacientes oncológicos com deficiência física em decorrência do tratamento, os quais são acompanhados no ambulatório de ortopedia do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). Como aporte complementar, adota-se a perspectiva da interseccionalidade, possibilitando a análise articulada das dimensões de classe, gênero, raça e deficiência na vivência dos sujeitos pesquisados. Buscou-se compreender o enfrentamento às barreiras de acessibilidade e atitudinais, analisar o acesso ao mercado de trabalho e identificar as particularidades do tratamento oncológico. Os resultados indicam que o capacitismo está presente no cotidiano desses sujeitos, manifestando-se tanto de forma direta, por meio de atitudes e falas discriminatórias, quanto de forma estrutural, ao produzir obstáculos à plena efetivação da cidadania. Desse modo, o estudo contribui para o aprofundamento da discussão crítica sobre o capacitismo e suas expressões na realidade de pacientes oncológicos com deficiência.

Palavras-chave: Capacitismo; saúde; deficiência física; direitos sociais; oncologia.

Grande área: Ciências sociais aplicadas | **Área:** Serviço Social; Saúde; Oncologia.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE. Especialização em Oncologia pelo Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. Assistente Social no Hospital do Câncer de Pernambuco, HCP, Brasil.
Orcid: <https://orcid.org/0009-0003-2698-0406>
E-mail: melarissacruz@gmail.com

** Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil. Assistente Social no Hospital de Câncer de Pernambuco e Docente no curso de Serviço Social no Centro Universitário Maurício de Nassau, UniNassau.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8844-7119>
E-mail: ticianams30@gmail.com

Ableism and Health: challenges faced by people with physical disabilities associated with cancer

ABSTRACT:

This study aims to understand the challenges faced by people with physical disabilities associated with cancer, from the critical perspective of historical-dialectical materialism, considering the impact of ableism on access to and exercise of rights. This is a qualitative research study, both bibliographic and field-based, grounded in a review of theoretical works and semi-structured interviews with cancer patients with physical disabilities resulting from treatment, who are monitored at the orthopedic outpatient clinic of the Pernambuco Cancer Hospital (HCP). As a complementary contribution, the perspective of intersectionality is adopted, enabling the articulated analysis of the dimensions of class, gender, race, and disability in the lives of the subjects researched. We sought to understand how they face accessibility and attitudinal barriers, analyze their access to the labor market, and identify the particularities of cancer treatment. The results indicate that ableism is present in the daily lives of these individuals, manifesting itself both directly, through discriminatory attitudes and speech, and structurally, by creating obstacles to the full realization of citizenship. Thus, the study contributes to the deepening of the critical discussion on ableism and its expressions in the reality of cancer patients with disabilities.

Keywords: Ableism; health; physical disability; social rights; oncology.

Broad area: Applied social sciences | **Area:** Social work; Health; Oncology.

Introdução

O presente estudo buscou contribuir com a discussão acerca do capacitismo e, mais especificamente, em como esse fenômeno se manifesta na realidade das pessoas com deficiência física em decorrência do tratamento oncológico. Enquanto pesquisa na área do serviço social, e que parte da vivência no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia, reflete o compromisso ético de combater qualquer forma de opressão. Pois, assim como as questões de raça, gênero e classe, a deficiência é uma expressão da questão social¹ (Cunha, 2021) e deve ser politizada nos mais diversos espaços sócio-ocupacionais e em diferentes realidades, inclusive na saúde.

O câncer é atualmente uma das doenças com maior grau de letalidade, perdendo apenas para doenças cardiovasculares, no Brasil e no Mundo (Mansur; Favarato, 2021). Consiste no crescimento irregular e desordenado de células, responsáveis pela criação de tumores vascularizados, podendo ser primário ou secundário, este último quando ocorre a metástase, ou seja, a proliferação para outros tecidos e órgãos vizinhos. Dentre os tipos de câncer, a neoplasia óssea representa o sexto grupo mais frequente a nível

mundial, sendo “[...] responsável por aproximadamente 6% de todos os casos de cânceres entre crianças e jovens e por cerca de 1% de todos os tipos de cânceres que acometem a população geral” (Araújo; Galvão, 2010, p. 359).

As pessoas com deficiência física associada à neoplasia são duplamente estigmatizadas. A forma como vão encarar a vida em sociedade, após um procedimento como a amputação, diz respeito às condições que encontram cotidianamente, tais quais o enfrentamento às barreiras de acessibilidade, o acesso ao mercado de trabalho e as relações interpessoais. Assim, pensar o capacitismo como uma realidade enfrentada por esses pacientes e como eles apreendem as ações capacitistas e seu impacto no acesso aos direitos é fundamental, visto que “[...] não existirá uma sociedade emancipada humanamente se não houver mudanças estruturais que superem o capacitismo, o audismo, os estigmas impostos às diferentes características corporais e mentais” (CFESS, 2023).

Historicamente a palavra deficiência é utilizada como sinônimo de falha, imperfeição, carência, dentre outras terminologias, que por muito tempo caracterizavam as pessoas com deficiência como um ser falho, defeituoso e imperfeito. Essa visão é fruto de uma construção social impelida pela cultura da normalidade, a qual dicotomiza a condição humana, em “normal” ou “anormal”, e segue enraizada no tempo presente (Vaz, 2023). Contudo, com a problematização e avanço das discussões, há a compreensão de que “[...] deficiência é um conceito em evolução, resultado da interação da pessoa com deficiência e as diversas barreiras atitudinais e ambientais, que impedem a participação efetiva da pessoa com deficiência na sociedade” (Vaz, 2023, p. 22).

A discriminação contra pessoas com deficiência passou a ser denominada *capacitismo* (do inglês, *ableism*). O termo começou a ser utilizado no Brasil no início dos anos 80, impulsionado pelo movimento feminista da década de 60 e 70, em que mulheres com deficiência fomentaram a discussão acerca da “corpornormatividade”, questionando, justamente, os padrões e normas sociais que desconsideravam as especificidades de cada pessoa (Silva, 2019). O capacitismo pode ser expresso diretamente através do “[...] *bullying*, violência física e, de forma indireta, mas não menos cruel, por meio da superproteção e exclusão como forma de “proteger” o indivíduo” (Lage; Lunardelli; Kawakami, 2023, p. 11). Independentemente da natureza da deficiência ou o tempo em que se encontra nesta condição, as pessoas estão suscetíveis aos rebatimentos do capacitismo no seu cotidiano.

Logo, a fim de nos aproximarmos dessa realidade, foi realizada uma pesquisa de campo com os pacientes do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP)². Com a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do HCP de (CAAE: 85431524500005205), a coleta

de dados foi realizada entre os meses de maio e julho de 2025, presencialmente na própria unidade de saúde. O instrumento de coleta foi uma entrevista semiestruturada, realizada através da gravação de voz e posterior transcrição. A amostragem foi definida por saturação, totalizando em 13 participantes. Os mesmos passaram pelos critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ter realizado cirurgia de amputação de membro inferior ou superior na referida unidade há pelo menos 6 meses antes da entrevista; estar em acompanhamento no ambulatório de ortopedia da unidade; bem como de exclusão: não possuir diagnóstico de câncer.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória descritiva, realizada sob a ótica da teoria social crítica de Marx, tendo como método de apreensão da realidade o materialismo histórico-dialético, além da visão interseccional para análise e discussão dos resultados. Visto que a interseccionalidade consiste em uma ferramenta analítica que possibilita a explicação de como os marcadores sociais influenciam as experiências humanas, ou seja, como as categorias de raça/cor, gênero, orientação sexual, classe, idade, capacidade, dentre outras, posicionam as pessoas de formas diferentes no mundo, justamente por partir do pressuposto de que tais categorias são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente (Collins; Bilge, 2021).

O capacitismo no cotidiano: barreiras de acessibilidade e atitudinais

No cotidiano as mais diversas formas de opressão se materializam, seja no trabalho, na escola, nos espaços públicos ou privados. Consistindo, assim, em um espaço de constante conflito de interesses, pois conforme discutido por Netto e Carvalho (2000, p. 20), “[...] a vida cotidiana é, para o Estado e para as forças capitalistas, fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e programado”, tal exploração está para além das relações econômicas – de compra e venda da força de trabalho – permeando a esfera particular e singular dos indivíduos: seus corpos, crenças e cultura, a fim de estabelecer condições favoráveis à manutenção da ordem social vigente.

A vista disso, Cunha (2021) aborda a deficiência como expressão da questão social, considerando que as barreiras sociais são consequências dos processos sociais resultantes da relação capital e trabalho, tal como a pobreza. Essa relação contraditória, corrobora para a desigualdade na experiência da deficiência, quando relacionada com as pessoas sem deficiência, de modo que “[...] as barreiras sociais existem, pois a estrutura social não foi construída de forma a considerar a diversidade humana” (Cunha, 2021, p. 310).

Conforme o Art. 2º, da Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, é considerada pessoa com deficiência “[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2015, p. 1). Definidas pela LBI, as barreiras são:

[...] qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros (Brasil, 2015).

Em seu artigo 3º, inciso I, a acessibilidade está definida enquanto

[...] possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (Brasil, 2015).

Durante a entrevista foi questionado aos pacientes como eles definem o conceito de acessibilidade, com o objetivo de apreender o grau de compreensão acerca da temática e as particularidades de sua vivência. Dentre os relatos, um paciente de 24 anos relata:

*“Eu acredito que acessibilidade é adaptar qualquer ser humano independente das suas dificuldades físicas e capacidades que ela tenha. Você pegar aquela pessoa que tem, seja uma **insuficiência física** e você conseguir **adaptar ela a uma sociedade**” (P3)*

No trecho destacado acima, é possível identificar a reprodução da ideia de que as pessoas com deficiência devem ser adaptadas à sociedade e não o contrário. E concebe a acessibilidade como meio para que essa adaptação ocorra, o que evidencia o tratamento da deficiência enquanto um problema e quem o “possui” deve se adequar para corresponder ao padrão de corpo e de vida estabelecido socialmente. De modo que desconsidera a necessidade de condições estruturais, físicas e sociais, para inclusão das pessoas com deficiência de maneira que atenda suas particularidades e diversidade corporal. Embora seja uma pessoa com deficiência, o participante enquanto sujeito social não está isento de reproduzir o capacitismo.

Ferro e Renner (2025, p. 14), tratam justamente da diferenciação de dois conceitos bases para esse entendimento, o de integração social e o de inclusão social. A respeito

da integração social discorrem que há um esforço para inserção das pessoas com deficiência na sociedade “[...], mas desde que elas estejam capacitadas a superar as barreiras físicas e pragmáticas existentes. Essa integração nada ou pouco exige da sociedade em termos de modificação de atitudes, de espaços físicos e práticas sociais”. Enquanto a inclusão social se trata de um processo bilateral, de modo que ambos os lados se adaptam e promovem mudanças, ou seja, “[...] a sociedade se adapta para poder incluir, as pessoas com deficiência preparam-se para assumir seus papéis na sociedade”.

Além do conceito de acessibilidade foi explorado com os participantes quais as condições de acessibilidade:

*“Eu acredito que tenha, sim, a acessibilidade, só que talvez não seja respeitada por todos. Por exemplo, você pode ver rampas, você pode ver que tem um carro, por exemplo, afastando, você vê que tem assento preferencial e as pessoas não respeitam. Aí você vai numa fila preferencial e a pessoa fica julgando porque você é deficiente, quer passar na frente de todo mundo. **Acredito que a acessibilidade tenha, mas nem todos conseguem entender esse direito que a gente tem, né.**” (P3)*

Com relação a acessibilidade para deslocamento à unidade de saúde especializada, os entrevistados, em sua maioria residentes de cidades interioranas, referem acesso aos transportes através do Programa de Tratamento Fora de Domicílio, disposto na Portaria nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, o qual é de âmbito federal e destinado a pessoas que realizam tratamento especializado fora do seu município, sendo vedado, conforme o § 5º do Art 1º, o pagamento de TFD em deslocamentos menores que 50 Km de distância e em regiões metropolitanas. Com relação a acessibilidade nos transportes do TFD, os participantes relatam:

*“É sempre uma van da prefeitura, **eu utilizo o TFD.** Eu fico na casa da minha mãe, aqui em Carpina, que é perto.” (P3)*

*“É em carro da prefeitura mesmo. Aí eu tenho o TFD, que é a van, né? E tem os TFDs que são os carros pequeninhos, **que são justamente pra pessoas que fazem quimioterapia, pessoas deficientes que não conseguem subir em uma van.**” (P7)*

Como podemos observar, o tipo de transporte varia de acordo com a necessidade de cada usuário, principalmente se tratando de pessoas que continuam em acompanhamento ou realizando tratamento adjuvante, como a quimioterapia, e necessitam do deslocamento com maior frequência, somada as limitações impostas pela amputação.

Logo, a acessibilidade nos espaços físicos e no transporte corrobora para a garantia do direito de ir e vir das pessoas com deficiência, principalmente quando dependem

deste acesso para dar continuidade ao tratamento de saúde. Decerto, “[...] a acessibilidade surge, então, como condição imprescindível na sociedade, permitindo que todos possam usufruir das mesmas oportunidades em educação, trabalho, saúde, lazer, turismo e cultura (Neri, 2003 *apud* Ferro; Renner, 2025, p. 9).

No que tange às barreiras atitudinais, consistem em atitudes ou comportamentos que impossibilitem ou causem prejuízo à participação social das pessoas com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas (Brasil, 2015), se materializando através de estereótipos, discriminações e estigmas com relação a diversidade humana. Conforme enfatizado por Ferro e Renner (2025, p. 17) “A vivência da corporeidade é influenciada pelas interações sociais e pelas experiências corporais, mas é prejudicada por atitudes capacitistas que reforçam as barreiras atitudinais e limitam sua participação na sociedade”.

Além de conviverem com a deficiência física e os desdobramentos dessa realidade, estão suscetíveis a uma dupla estigmatização, pois o câncer ainda se trata de um tabu em nossa sociedade. A exemplo dessas atitudes os pacientes relatam:

“Sim, eu chamo bastante atenção, principalmente quando eu estou no supermercado e o povo para muito para perguntar se eu preciso de ajuda e eu me sinto totalmente independente. E aí eu agradeço, com toda a educação, né. [...] Porque vem primeiramente a ideia de que eu não consigo fazer as coisas, né?” (P11).

“Chama bastante [atenção], assim que eu amputei, agora não... Muito mais não, mas assim que eu amputei a galera ficava olhando assim meio torto. E também a maioria chega perguntando se foi acidente porque vê a pessoa nova assim não imagina que foi o câncer né. Aí eu explico, digo que foi o osteossarcoma, que foi um câncer ósseo. Incomoda, porque eu sou tímido e quando vejo uma pessoa olhando assim me incomoda bastante. Costumam [oferecer ajuda], em relação a academia, porque assim, lá na academia mesmo eu faço tudo tranquilo, treina eu e minha namorada, aí tem gente que acha que eu não vou conseguir fazer só e vem me oferecer ajuda” (P8)

Os relatos acima, retratam a forma como o capacitismo ocorre muitas vezes de forma velada e sutil, sendo até mesmo difícil identificá-lo. O ato de oferecer ajuda é em si inofensivo, justamente, porque pressupõe o respeito à decisão da pessoa com deficiência de aceitar ou não, ao contrário do que ocorre quando a ajuda é imediata, sem consulta e por vezes enviesada por um sentimento de “pena” pela condição do outro. Entretanto, no cotidiano de uma pessoa com deficiência tais atitudes, por mais bem intencionadas que sejam, podem causar desconforto.

O capacitismo enquanto barreira atitudinal, está presente em atitudes ou discursos que desvalorizam a deficiência, sendo “[...] profundamente relacionado com a prática da

classificação do modelo médico, que considera as pessoas com deficiência, pessoas “deficientes”. Ignorando completamente a acomodação experiencial desses indivíduos na diversidade de suas próprias formas de vida” (Ferro; Renner, 2025, p. 11). Sasaki (2006 *apud* Ferro; Renner, 2025), reforça que embora a pessoa com deficiência possa não ter plena autonomia em determinado ambiente, é possível que possua independência para decidir pedir ajuda para superação de alguma barreira arquitetônica, por exemplo, bem como orientar como esse auxílio pode ser prestado.

Outro aspecto do capacitismo atitudinal é a visão de “superação” voltada às pessoas com deficiência, que ao exercerem determinados papéis ou ações cotidianas, as quais demais pessoas pressupunham serem incapazes de realizar, recebem elogios e destaque no meio social. Acerca disso, Oliveira (2020 *apud* Ferro; Renner, 2025, p. 16), destaca como o fato de elogiar a pessoa com deficiência nesses casos se configura enquanto um capacitismo velado, pois evidenciam como a sociedade questiona a capacidade e autonomia desse público, em que o ato de levantar e ir trabalhar superam as expectativas. A exemplo disso, o participante da pesquisa relata sua experiência na academia e considera ter sua autonomia respeitada:

*“Eu tenho [autonomia] porque assim que eu comecei a treinar lá na academia os professores que me conhecem de fora vieram me dar parabéns porque eu sou o único, a única pessoa amputada nessa academia. **Aí ele veio me dar parabéns porque tem gente que tem as duas pernas e não treina**” (P8).*

Além disso, ao se tratar da autonomia de pessoas com deficiência, faz-se necessário considerar como os papéis de gênero influenciam diretamente as formas distintas de vivenciar essa realidade. Segundo Sá e Souza, (2023, p. 2), “Para as mulheres uma das principais razões está relacionada às expectativas relacionadas a distribuição social do trabalho de cuidados (trabalho do care), que é atravessada por opressões de classe e raça, dentre outros”. Através de uma leitura interseccional da realidade, as autoras afirmam que

Isso ocorre, principalmente, devido à sobreposição de opressões decorrentes dos pressupostos baseados em gênero e informados pelo capacitismo. **Dentro de uma lógica moldada pelo binarismo simples do sistema capacidade/invalidez, essas mulheres são consideradas como portadoras de adoecimento e dependência, sendo julgadas inaptas ao exercício do papel social de mães** (Sá; Souza, 2023, p. 4, grifo nosso).

No presente estudo, foram entrevistadas cinco mulheres, das quais quatro exercem a maternidade. Acerca disso, uma participante, mulher cis, casada, de 26 anos e mãe de dois filhos menores de idade relata como lida com a maternidade e demais questões relacionadas ao cuidado:

*Principalmente, minha sogra, ela me ajuda muito com os meus filhos em casa, **tanto minha sogra, quanto a minha mãe me ajudam.** Então eu prefiro dizer assim, “ó, não faço nada não, fica com os meninos” porque eu tenho um menino que é bastante levado, sabe? Minha menina não, mas o meu menino é bem levado mesmo, ele não obedece. Então digo, **“olha pessoal, pode ficar com ele, pode levar, andar com ele que eu organizo a casa”**, porque eu acho assim, que no meu jeito tá melhor eu fazendo as minhas coisas do que a outra pessoa fazendo (P7).*

Como retratado pela paciente, o cuidado com os filhos e afazeres domésticos é compartilhado com outras mulheres: mãe e sogra. Embora faça questão de realizar as atividades a sua maneira, não nega a necessidade de ajuda. Esta que comumente provém da rede de apoio feminina, justamente porque ocupam majoritariamente, o lugar do cuidado e assumem, por si e por outras mulheres, tarefas que poderiam ser melhor distribuídas entre ambos os gêneros. Sá e Souza, (2023, p. 7) enfatizam que:

A vulnerabilidade decorrente do trabalho de cuidado para mães com deficiência constitui-se, em parte, por suas próprias preocupações relacionadas à gestão de algumas das tarefas práticas de cuidado infantil, mas, sobretudo, é advinda das barreiras atitudinais provocadas pelo capacitismo que as permeia e, concomitantemente, forja suas subjetividades.

De modo que, dos oito homens entrevistados, nenhum mencionou a preocupação de não poder realizar atividades relacionadas ao cuidado com filhos e afazeres domésticos, mas sim com o trabalho. Além dos impasses em razão da desigualdade de gênero, essa realidade está articulada “[...] com os atravessamentos de classe que determinam a precariedade econômica e social que acompanha a experiência social de pessoas com deficiência, sobretudo mulheres.” (Sá; Souza, 2023, p. 7)

Outro exemplo de capacitismo institucional e atitudinal, foi a experiência que uma das entrevistas teve com uma enfermeira de uma unidade hospitalar, segundo a qual teria associado o fato de ter seguido a gravidez com o aumento do risco de amputação, assumindo assim uma postura antiética e capacitista:

“Quando eu fiz a cirurgia de amputação, sentia muita dor, passei uns quinze dias depois da alta de casa pra o hospital. E até então o médico disse que seria normal porque rompeu o nervo. Aí eu tinha que procurar um lugar pra se adaptar. Nisso eu cheguei lá pra tomar morfina. A enfermeira disse, “isso

foi uma escolha sua, se você não tivesse escolhido a gravidez, você estava com a perna”, então ela quis dizer o que? Que era pra mim ter perdido meu filho pra ficar com a perna, porém não tinha como ficar com a perna, já tava colado o tumor” (P10).

Assim, é notório o quanto o capacitismo ocorre de forma velada e mesmo sendo considerado um crime, conforme a Lei nº 13. 146/2015 (Lei Brasileira de Inclusão), não há a visibilidade necessária para que a sociedade ponha em prática a reivindicação dos seus direitos e a denúncia quando violados. Uma vez que é crime “Art. 88. Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência” (Brasil, 2015), com penas que variam entre 1 (um) a 5 (cinco), anos de reclusão e multa.

Inclusão no mercado de trabalho e proteção social

Dentre as dimensões da vida em sociedade, o trabalho se constitui em uma das mais importantes, seja remunerado ou não, formal ou informal, o trabalho está presente em nossas vidas e para muitas pessoas é uma forma de demonstrar “utilidade”, e o “ser útil” numa sociedade capitalista possui suas prerrogativas: a lucratividade, exigindo um novo perfil de trabalhador, cada vez mais flexível e produtivo.

Matos e Duarte (2025), apresentam os dados da Pnad Contínua de 2022, do IBGE (2002), os quais apontam que a taxa de participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho corresponde a 29,2%, sendo inferior às pessoas sem deficiência (60, 7%). Quando a deficiência está associada ao tratamento oncológico, a realidade pode ser ainda mais agravante. Conforme Benetti e Oliveira (2021, p. 213-214), a in experiência profissional pela inatividade laborativa, em decorrência do tratamento de saúde, coloca o jovem numa posição de desvantagem competitiva no mercado de trabalho, “Revelar uma história de câncer a um potencial empregador pode resultar em discriminação”.

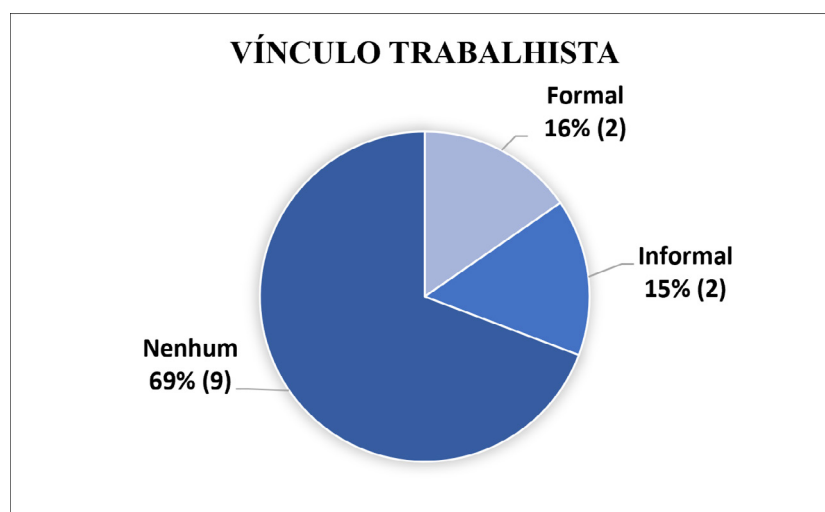
A exemplo disso, um jovem de 24 anos, participante da pesquisa, compartilhou a experiência de uma entrevista de emprego, quando ainda não havia realizado a amputação, apenas em uso de uma endoprótese.

*[...] aí quando eu fiz essa entrevista, quando eu falei a moça que ela perguntou o que eu estava fazendo, **disse que eu estava realizando tratamento, aí ela já mudou a conversa**, ela estava gostando... porque eu já tinha experiência, tinha todos os requisitos que a empresa precisava. Aí quando eu disse isso, ela perguntou “foi o que que aconteceu?” aí quando eu expliquei... quando terminou a entrevista, cinco minutos depois ela mandou a resposta, dizendo que eu não tinha sido aprovado. Agora tudo depois que eu contei que tinha feito tratamento, né. **Então, geralmente se você chegar lá no emprego e disser que***

você está realizando tratamento para o câncer a pessoa não vai aceitar. O cara sabe que possa ser que um dia volte e precise ficar de licença. [utilizava] Só a endoprótese, eu ainda tinha a perna. Mesmo assim [por ser pessoa com câncer] pesou. Tanto isso como, acho que na cabeça dela veio que como eu fiz o tratamento, poderia sair de novo da empresa e precisar de outra pessoa para me substituir (P3).

O paciente apresenta uma dificuldade real das pessoas em tratamento oncológico de se manterem ou ingressarem no mercado de trabalho, neste caso, trata-se de um jovem, com ensino superior e experiência no mercado, e ainda assim vivenciou um processo de exclusão. Decerto, pessoas com baixa escolaridade tendem a serem expostas ao trabalho informal, sem cobertura previdenciária e maior demanda por benefícios assistenciais. No que tange à inserção no mercado de trabalho (Gráfico 1), dos 13 participantes da pesquisa apenas dois se encontram em vínculos formais.

Gráfico 1 – Vínculo trabalhista



Fonte: Elaboração própria, 2026)

Em contrapartida, como podemos observar no gráfico acima, a maioria (9 participantes) não está incluída no mercado. Diante desta situação, é válido considerar não apenas as condições macrosociais como desemprego, discriminação, capacitismo institucional, mas também as particularidades apresentadas pelos pacientes oncológicos. Acerca disso, Benetti e Oliveira (2021, p. 217) ressaltam que:

[...] mobilidade reduzida, dor e comprometimento diminuem a capacidade de ser total ou parcialmente útil para o mundo do trabalho. Ser excluído do emprego, como resultado de ter OS [osteossarcoma], pode afetar a estrutura cotidiana, construída em torno do trabalho.

Assim, trata-se de uma realidade em constante transformação, em que os efeitos da doença podem limitar e até mesmo incapacitar o indivíduo para a realização de atividades laborais, implicando em demandas de reorganização financeira e necessidade de proteção social por via do estado.

Acerca da necessidade e condições de readaptação ao trabalho, um paciente de 40 anos menciona a dificuldade de uma reelaboração profissional.

*“Não, assim, na questão de... pra voltar a trabalhar, não tem como eu voltar a trabalhar porque é uma questão de uso de prótese. E é uma questão de trabalhar com o público, carregando pessoas. **Eu não tenho a escolaridade completa**, como eu já falei para você, para um emprego, entendeu? Essa minha função de trabalho, eu iniciei em 2005. Aí vim encerrar agora, depois do problema. **Minha vida inteira trabalhando de mototáxi**” (P5).*

Para o entrevistado, a reelaboração profissional depende de condições objetivas como a escolaridade, ao comparar seu grau de escolaridade com as exigências do mercado de trabalho, traduz para si que não há espaço para ele, principalmente porque se vê na situação de se reinventar profissionalmente após anos exercendo a mesma atividade enquanto trabalhador autônomo, o mesmo menciona a palavra ‘emprego’ para referir-se a um trabalho formal e ressalta que este apenas poderá ser alcançado mediante um nível maior de escolaridade.

Enquanto para alguns participantes há uma expectativa de retorno ao trabalho ou manutenção deste. Sendo importante considerar que as fases de tratamento variam de acordo com as técnicas a que foram submetidos, o que implica em uma condição particular de cada paciente, seja na adaptação de próteses ou de uma tecnologia mais complexa. Em sua maioria, trata-se de trabalhos autônomos ou informais, que por um lado proporcionam melhor gerenciamento e flexibilidade de horário, mas, que por outro, exigem outras vias de acesso a benefícios previdenciários e assistenciais. Sobre essa perspectiva, relatam o contexto atual de trabalho e expectativas:

“Em casa. Eu sou cabeleireira, tenho salão. [...] Deu uma parada por conta da gestação. [...] eu quero seguir como cabeleireira” (P7).

“Revista, trabalho com revista. [revendedora]. Eu estou no trabalho da revista já faz mais de oito anos, que eu trabalho com ela” (P12).

*“Eu trabalhava no lava-jato [...] Eu penso em voltar a trabalhar, porque desde que eu comecei o tratamento o foco é a prótese, eu amputei duas vezes. Eu amputei até a metade da coxa e depois teve que amputar mais aí aquelas [próteses convencionais] não encaixa não, aí **tô na fila da osseointegração já**, pra ver se consegue” (P8).*

“A minha pretensão é entrar no esporte, mas ficar fixo, porque assim, a gente como para-atleta, a gente participa de competições a nível nacional, eu já fui a nível internacional, só não consegui obter medalhas, então quando a gente consegue trazer alguma medalha de fora, internacional, a gente acaba ficando fixo pela seleção brasileira. E aí a gente acaba tendo uma remuneração, entendeu?” (P11).

Em seu relato o participante (P8), refere estar aguardando um novo procedimento, após tentativas de uso de próteses convencionais, como uma alternativa para atender as condições mínimas de retorno à atividade laborativa, o que para ele e demais pessoas é sinônimo de independência e autonomia. Além deste, outra paciente em aguardo da osseointegração, faz parte de uma equipe paralímpica e tem por expectativa fazer do esporte seu principal meio de vida, através da conquista de uma posição remunerada. A osseointegração (OI) é uma técnica destinada a pessoas amputadas, que não possuem tolerância ao uso da prótese tradicional em decorrência da dor provocada pelo mau ajuste ou suspensão, incompatibilidade do membro e lesões de pele, por exemplo (Tropf; Potter, 2023, p. 1).

Além disso, é válido considerar que o paciente oncológico, dada a própria demanda do tratamento, encontra dificuldades para retomar as atividades diárias e encontra no home office uma oportunidade de continuar sua vida laborativa. A exemplo, um dos entrevistados refere desejo de seguir na modalidade à distância, enfatizando o “mercado em alta” na área pretendida.

“[...] eu trabalho só meio período, mas assim, não é nenhum salário mínimo. [...] Eu quero seguir na área de computação. Está muito... o ramo, o mercado está em alta, então é bom, eu quero seguir essa área” (P1).

*“Comecei a trabalhar, tive o meu emprego privado e depois comecei a entrar na área pública. Já tenho mais de 21 anos na área pública. [...] **atualmente eu estou trabalhando em home office, trabalho de casa**” (P13).*

O entrevistado (P1) é um jovem de 18 anos, com ensino médio completo, trabalha meio período na área de computação, em home office. A renda familiar provém, principalmente, do trabalho do pai, referindo receber menos de um salário mínimo. Além deste, o entrevistado (P13), relata estar atuando como servidor público há mais de 21 anos, ele realizou amputação de membro inferior há mais de 30 anos, fez uso de prótese convencional e por último realizou o procedimento de osseointegração e continua sendo acompanhado no ambulatório da unidade. Segue com o vínculo público na modalidade de home office. O referido paciente é o único pós-graduado, dentre os participantes da pesquisa, e ressalta a importância das cotas para sua trajetória acadêmica e profissional:

*“A cota é algo necessário, vem para tentar equilibrar, é uma forma de equidade na sociedade, nessa parte social, a equidade tem que ser tratada. A cota é uma forma de equilibrar, você tem uma dificuldade de acesso e aí a cota é justamente para tentar equilibrar, colocar você no mesmo nível. Tanto é que a cota é referente à forma de entrada, mas a prova, tudo que você faz é a mesma coisa [...] Me formei na época que nem Prouni tinha, a federal era primeira e segunda fase [...] mas fiz em universidade pública, eu nunca paguei um centavo pra estudar em canto nenhum. Já fiz minha pós pela Federal também. Também não paguei nada. Fiz outra pós pela UPE. Também não paguei nada. Então, assim, eu era funcionário da UPE. Numa época que eu trabalhei na UPE, de 2006, aí fiz mais uma pós lá. Então, assim... tudo que eu tive é fruto de esforços e de **capacidade mesmo**” (P13).*

O participante afirma a importância das cotas para pessoas com deficiência, reconhecendo-as enquanto uma forma de “equilibrar” as desigualdades de acesso existentes, ou seja, uma forma de equidade no acesso aos direitos de educação e trabalho, por exemplo. Assim, apresenta em sua história de vida a materialização do acesso através das cotas, tanto ao ensino superior com graduação e pós-graduação, quanto em concursos públicos. Contudo, essa ainda não é a realidade da maioria das pessoas com deficiência.

As pessoas com deficiência encontram inserção entre os grupos minoritários por serem alvo de vulnerabilidade social, traduzida na dificuldade de acesso à educação e, por consequência, ao meio produtivo formal. Enfrentam obstáculos que vão desde a ausência de centros educacionais estrutural e didaticamente preparados, até o descrédito empresarial quanto às suas reais capacidades de execução dos serviços que lhes serão atribuídos (Souza, 2011, p. 293).

A autora discute a dificuldade de acesso à educação e emprego formal, e ressalta que “[...] a fixação de vagas reservadas mostra-se como forma de reconhecer o efetivo enfrentamento de caminhos mais tortuosos no alcance de uma educação de qualidade e de um digno posto de trabalho formal pelas minorias com deficiência” (Souza, 2011, p. 294). Com relação ao ingresso no ensino superior em universidades e institutos federais, a Lei nº 12.711/2012 (Brasil, 2012), conhecida como a Lei de Cotas, prevê a reserva de 50% das vagas para alunos provenientes de escolas públicas, dentro dessas vagas, existem subcotas como a de renda familiar (até 1 salário mínimo per capita), critérios étnico-raciais (negros, indígenas, quilombolas) e pessoas com deficiência.

Além disso, algumas bases legais preveem a garantia de cotas para pessoas com deficiência em concursos públicos, a saber: a Constituição Federal de 1988, em seu Art. 37 “VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas

portadoras de deficiência [termo em desuso lê-se pessoas com deficiência] e definirá os critérios de sua admissão”; e a Lei nº 8.112/90 em seu Art. 5º:

§ 2º Às pessoas portadoras de deficiência é assegurado o direito de se inscrever em concurso público para provimento de cargo cujas atribuições sejam compatíveis com a deficiência de que são portadoras; para tais pessoas serão reservadas até 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas no concurso (Brasil, 1990).

Como podemos observar, ambas as leis mantêm no texto original o termo “portadoras de deficiência” para se referirem às pessoas com deficiência, após uma longa jornada de debate mundial o termo ficou em desuso, pois parte da compreensão de que ninguém porta uma deficiência, tal qual porta um objeto, trata-se de uma característica humana, assim como outras diversidades.

Ademais, com relação a reserva de vagas em empresas para pessoas com deficiência, a Lei nº 8.213/1991, dispõe em seu Art. 93 que “A empresa com 100 (cem) ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% (dois por cento) a 5% (cinco por cento) dos seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência, habilitadas [...]” (Brasil, 1991), seguindo a proporção de: I - até 200 empregados (2%); II - de 201 a 500 (3%); III - de 501 a 1.000 (4%); IV - de 1.001 em diante (5%).

Assim, diante do atual cenário trabalhista, a realidade dos pacientes oncológicos que vivenciam a condição de deficiência, expõe o quão distante estamos de incluir essa parcela da população de uma forma efetiva. Desde o capacitismo institucional, que consiste na não inserção ou construção de barreiras para o acesso aos serviços e prestação destes nos órgãos públicos e privados, até a prevalência das pessoas na malha da informalidade, como alternativa de sobrevivência.

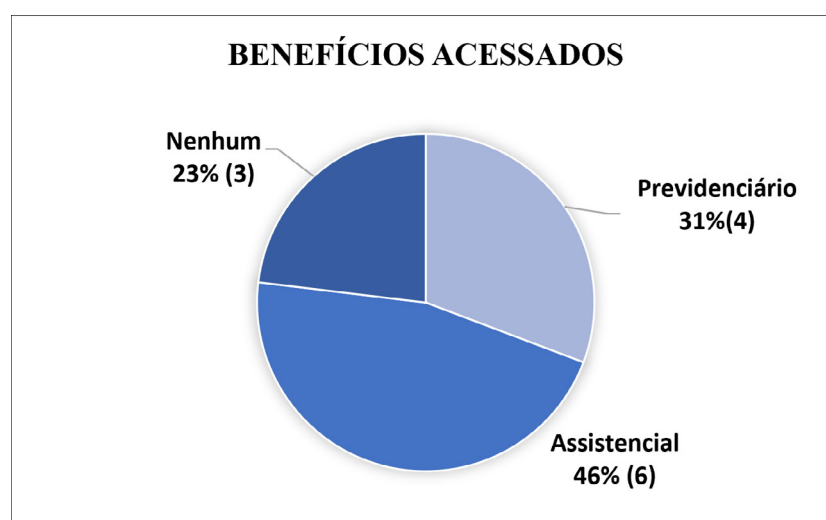
Dentre as preocupações de quem realiza tratamento oncológico, a questão financeira é uma das mais constantes, estando presente na maioria das demandas apresentadas pelos pacientes. Assim, para a compreensão dos aspectos que compõem essa nova realidade, faz-se necessário considerar o conceito ampliado de dor, uma vez que não se limita a dor física. A dor social, por exemplo, deriva da “dor total” e está intimamente relacionada a fatores como exclusão social, preconceito, discriminação, dependência de cuidado e financeira (Bezerra; Moro, 2024).

O acesso à renda através dos benefícios da previdência e da assistência social, corrobora para a minimização dos impactos provocados pelo afastamento do trabalho, tendo em vista que “[...] a dor social compreende que situações de vulnerabilidade social podem gerar e até aumentar o sofrimento da pessoa com doença ameaçadora da vida

e sua família, bem como ter um impacto importante nos papéis sociais exercidos.” (Bezerra; Moro, 2024, p. 243), pois, tal realidade consiste em um desafio não apenas ao paciente, mas à sua rede de apoio e dependentes. Frente a esse contexto, surge a necessidade de proteção social através das políticas não só de saúde, mas da previdência e assistência social.

No que tange ao acesso dos entrevistados à benefícios previdenciários e assistenciais (Gráfico 2), dos 13 participantes quatro possuem acesso a benefícios previdenciários: (3) Benefício por Incapacidade Temporária e (1) Aposentadoria por Incapacidade Permanente; três não possuem acesso a nenhum e a maioria são beneficiários assistenciais: (2) Programa Bolsa Família (PBF); (4) Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Gráfico 2 - Benefícios acessados



Fonte: Elaboração própria (2026).

Observa-se que quatro entrevistados acessam benefícios previdenciários, estes necessitam de contribuição e atendimento dos critérios de carência, embora para os pacientes em tratamento oncológico o período de carência³ não é considerado, exige-se apenas a qualidade de segurado (período de graça)⁴, além dos segurados especiais como os trabalhadores rurais – agricultores familiares –, com a exigência apenas da comprovação da atividade. Assim, para a compreensão das formas de acesso aos benefícios, os participantes relataram aspectos relevantes:

“É, com a minha renda eu pago a menina e compro meu remédio [...] o dele [benefício do marido] é mais de um salário, aí dá pra fazer a feira, pra passar o mês. O dele é por trabalho, o meu da agricultura” (P4).

“Eu trabalhava autônomo, eu trabalhava de mototáxi, aí eu pagava, eu contribuía como MEI, nas contrapartidas. Aí, através do MEI, eu estou encosta-

*do, o médico me deu para **auxílio doença**. Foi desde o início do ano passado, desde o mês de março [mar/2024]. A primeira ele liberou três meses, a segunda vez liberou mais três meses. Aí, em novembro, fiz uma perícia, era uma perita e ela concedeu um ano” (P5).*

O entrevistado (P5) faz referência ao “auxílio doença” atualmente denominado Benefício por Incapacidade Temporária, assim como a “aposentadoria por invalidez” corresponde à Aposentadoria por Incapacidade Permanente. A alteração na nomenclatura veio acompanhada de mudanças internas e significativas provocadas pela Contrarreforma da previdência, EC 103/2019, a qual introduziu novas e mais rígidas regras de cálculo para acesso aos benefícios, configurando-se em um retrocesso para a classe trabalhadora.

A forma de contribuição do entrevistado revela as novas modalidades de trabalhadores e consequentemente novas relações trabalhistas. O trabalho como ‘mototáxi’ está mais inclinado a modalidade de trabalho informal do que propriamente de empreendimento como é o caso dos Microempreendedores Individuais. Entretanto, enquanto cadastrado como MEI o trabalhador passa a contribuir individualmente e possui direito ao Benefício por Incapacidade Temporária.

Ambos avaliam a condição clínica através da perícia médica. No caso do BPC, este benefício é destinado às pessoas com deficiência e idosos a partir dos 65 anos. Porém, pessoas com doenças graves como a neoplasia, que estejam realizando tratamento contínuo como quimioterapia e radioterapia, possuem o direito de solicitar na qualidade de ‘pessoa com deficiência’ devido ao impedimento de longo prazo.

Importante ressaltar que a noção de incapacidade considerada no processo de concessão dos benefícios, seja previdenciário ou assistencial como o BPC, é pautada na avaliação biopsicossocial da deficiência. Ambos são gerenciados pelo INSS e necessitam de avaliação médica e social. Assim, no que diz respeito à classificação da deficiência, este processo baseia-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a qual foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, com o objetivo de padronizar a linguagem e codificação de informações relativas à saúde.

Considerações finais

A presente pesquisa partiu do interesse em compreender como o capacitismo está presente na realidade das pessoas com deficiência física, decorrente da amputação de membro em tratamento oncológico. Uma vez que a maioria dos estudos são focaliza-

dos no aspecto clínico e histológico da doença, existindo uma carência de produções voltadas à compreensão desse processo de maneira integral, ou seja, que considere as repercussões sociais na vida dos pacientes oncológicos, principalmente com relação aos tumores ósseos. Assim, teve por objetivo discutir os desafios enfrentados por pessoas com deficiência física associada ao câncer.

Como discutido, o capacitismo se manifesta de diversas formas no cotidiano das pessoas com deficiência, trata-se da discriminação e das condições estruturais de vida impostas à essa população, podendo ocorrer de maneira mais explícita ou velada, conscientemente ou não. De modo que através das barreiras impostas, as pessoas podem encontrar desafios no acesso dos seus direitos básicos, como a acessibilidade, emprego, educação, relações interpessoais saudáveis, dentre outras questões relacionadas à qualidade de vida. Uma vez que assim como o racismo, o sexismo e outras formas de discriminação, o capacitismo é estrutural e, conseqüentemente, repercute na posição que as pessoas ocupam na sociedade.

O estudo possibilitou ainda, compreender a apreensão das pessoas a respeito do capacitismo e, mesmo nenhum dos participantes terem afirmado conhecer o termo, contribuíram através do compartilhamento de suas vivências, na identificação dos desafios: barreiras de acessibilidade, falta de acesso à educação, desemprego, burocratização do acesso a benefícios previdenciários e assistenciais, assim como barreiras atitudinais que se manifestam cotidianamente na negativa da autonomia e questionamentos acerca da capacidade das pessoas com deficiência física e em tratamento do câncer.

Portanto, conclui-se que, embora se trate de uma temática ainda pouco explorada, especialmente no que se refere à relação entre câncer e deficiência — com destaque para os tumores ósseos —, foi possível, por meio da revisão bibliográfica e da pesquisa de campo, obter resultados que contribuem para a compreensão da realidade vivenciada por essa parcela da população. Trata-se de sujeitos que enfrentam cotidianamente dilemas relacionados ao acesso e à negação de direitos sociais básicos, bem como experiências de discriminação decorrentes do capacitismo.

Desse modo, evidencia-se a importância da ampliação de estudos que, a partir de uma perspectiva crítica, fomentem o debate sobre o capacitismo em seus múltiplos espaços de manifestação, inclusive no âmbito ocupacional. Tal movimento se mostra fundamental diante do compromisso ético dos profissionais, especialmente no campo do Serviço Social, não apenas em evitar a reprodução de práticas discriminatórias, mas também em se constituírem como agentes ativos no enfrentamento desse fenômeno.

Referências

ARAÚJO, A. P. S.; GALVÃO, D. C. A. *Câncer ósseo: enfoque sobre a biologia do câncer. Revista Saúde e Pesquisa*, Umuarama, v. 3, p. 359–363, 2010. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262020000300135. Acesso em: 13 jul. 2025

BENETTI, I. C.; OLIVEIRA, W. F. Consequências negativas de adoecer e sobreviver ao osteossarcoma no cotidiano de adultos jovens: uma revisão narrativa. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, Montevideo, v. 10, n. 3, p. 202–225, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1143565>. Acesso em: 13 jul. 2025

BEZERRA, M. A.; MORO, S. D. Dor social: contribuições do serviço social. In: D’ALESSANDRO, M. P. S. et al. (ed.). *Manual de cuidados paliativos*. Brasília, DF: Hospital Sírio-Libanês, 2024.

BRASIL. *Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012*. Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília, DF: Presidente da República, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12711.htm. Acesso em: 20 ago. 2025

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: Presidente da República, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 2 ago. 2024.

BRASIL. *Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Brasília, DF: Presidente da República, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm. Acesso em: 10 ago 2025

BRASIL. *Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991*. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidente da República, 1991. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em: 10 ago. 2025

CFESS - CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. *A luta contra o capacitismo é cotidiana no serviço social: tem novidade chegando*. Brasília, DF: CFESS, 2023. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/2064>. Acesso em: 2 ago. 2025.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. *Interseccionalidade*. São Paulo: Boitempo, 2021.

CUNHA, A. C. C. P. Deficiência como expressão da questão social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 141, p. 303–321, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/pykStjJty9FMZZTDCdgGCcy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2025.

FERRO, B. H.; RENNER, J. S. O capacitismo como barreira à vivência da corporeidade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 148, n. 1, e-6628443, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/JDVRjGWgnbC5qfNvx6y33tw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2025.

HCP - HOSPITAL DE CÂNCER DE PERNAMBUCO. *Quem somos*. Recife: HCP, [2025]. Disponível em: <https://www.hcp.org.br/quem-somos/>. Acesso em: 10 out. 2025.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. *Relações sociais e serviço social no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

LAGE, S. R. M.; LUNARDELLI, R. S. A.; KAWAKAMI, T. T. O capacitismo e suas formas de opressão. *Encontros Bibli*, Florianópolis, v. 28, e93040, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eb/a/HSy9D6BjLP6P9Gv3mtBvVyn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2024.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 117, n. 2, p. 329-340, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/cJzNdtHVN7PxzTg9BhnqWXb/?lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2025

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. São Paulo: Cortez, 2000.

SÁ, F. D.; SOUZA, E. S. S. Saltei obstáculos como mãe. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, 2025. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2025.v30n8/e15602023/pt>. Acesso em: 15 out. 2025

SILVA, L. C. L. A necessidade de um novo olhar sobre as pessoas com deficiência. In: MORAIS JÚNIOR, I. (org.). *Agentes de inclusão*. Recife: Tarcísio Pereira, 2019. p. 67–77.

SOUZA, W. S. Política de cotas para pessoas com deficiência. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, DF, v. 48, n. 189, p. 277–302, jan./mar. 2011.

TROPF, J. G.; POTTER, B. K. Osseointegration for amputees: Current state of direct skeletal attachment of prostheses. *Cirurgia Ortoplastica*, London, v. 12, p. 20–28, jun. 2023. Disponível em: <https://share.google/VPxwbjPTAehKP22F5>. Acesso em: 2 ago. 2025

VAZ, V. C. S. *Questão social e pessoa com deficiência*. 2023. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Franca, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/7c0e3d8e-3690-4df9-8752-d23f2ba6b101/content>. Acesso em: 13 ago. 2025.

Notas

- 1 Consideremos a questão social a partir do conceito de Iamamoto e Carvalho (1983, p. 77) segundo os quais “[...] não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado”.
- 2 O hospital foi fundado em 1945, pela Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer (SPCC) e trata-se de uma instituição de saúde de alta complexidade, privada e sem fins lucrativos, que presta atendimento para diagnóstico e tratamento de pacientes oncológicos, exclusivamente através do Sistema Único de Saúde (SUS). É hoje responsável por 8.679 cirurgias ao ano (HCP, [2025]).
- 3 Lei nº 8.213/91 “Art. 24. Período de carência é o número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências” (Brasil, 1991).
- 4 Período em que o cidadão mantém a qualidade de segurado, mesmo sem realizar contribuições. As situações estão dispostas no Art. 15 da Lei nº 8.213/91 (Brasil, 1991).

Recebido em: 23 de fevereiro de 2026

Aprovado em: 21 de maio de 2026