

A EQUIDADE COMO EXPERIÊNCIA VIVIDA EM REFLEXÕES DE UMA MÉDICA RESIDENTE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Francine Hammerschmidt¹

Isabela Maria Matos Chaves²

¹ Médica Residente de Medicina de Família e Comunidade. Unidade Básica de Saúde Fátima Aparecida Costa França. Sinop-MT, Brasil.

² Médica de Família e Comunidade. Preceptora da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Unidade Básica de Saúde Fátima Aparecida Costa França. Sinop-MT, Brasil.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde constitui um espaço fundamental para a promoção da equidade, da integralidade, do acolhimento e do cuidado centrado na pessoa, sendo também um cenário relevante para refletir sobre inclusão e acessibilidade na formação médica. Este trabalho apresenta o relato de experiência de uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade com deficiência física congênita, caracterizada por uma malformação na mão direita, durante sua atuação em uma Unidade Básica de Saúde no município de Sinop, Mato Grosso. O objetivo foi apresentar os desafios vivenciados, as adaptações construídas durante a prática profissional e as contribuições dessa trajetória para a compreensão dos princípios da Atenção Primária à Saúde. Durante a residência, diferentes procedimentos exigiram o desenvolvimento de estratégias adaptativas, construídas progressivamente por meio da prática, do aprendizado e da colaboração com preceptores, equipe multiprofissional, estudantes e pacientes. A experiência demonstrou que muitas dificuldades não estavam relacionadas diretamente à deficiência física, mas ao desconhecimento sobre possibilidades de adaptação e à pouca experiência institucional com processos inclusivos. A vivência também possibilitou compreender a equidade de maneira concreta, reconhecendo que pessoas com necessidades diferentes podem precisar de recursos e estratégias distintas para alcançar oportunidades equivalentes. Conclui-se que a inclusão de pessoas com deficiência na formação médica ultrapassa a garantia de acesso às vagas, sendo necessário assegurar condições de permanência, acessibilidade, acolhimento e suporte institucional. A experiência reforça que adaptações, colaboração e respeito às singularidades podem favorecer autonomia, desenvolvimento profissional e uma assistência segura, humanizada e centrada na pessoa.

Palavras-chave: Equidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Pessoa com Deficiência; Residência Médica; Medicina de Família e Comunidade.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo cuidado longitudinal, pela integralidade, pelo vínculo e pela coordenação do cuidado, constituindo um espaço privilegiado

para reflexões sobre equidade, inclusão e cuidado centrado na pessoa^{1(1,2)}. Nesse contexto, a experiência de profissionais com deficiência permite ampliar as discussões sobre acessibilidade, diversidade e formação em saúde.

Apesar dos avanços observados nas políticas de inclusão e acessibilidade, pessoas com deficiência ainda enfrentam desafios significativos para ingresso, permanência e desenvolvimento nos cursos da área da saúde. As muitas dessas dificuldades não estão relacionadas exclusivamente às limitações impostas pela deficiência, mas à ausência de experiências institucionais prévias, à falta de adaptações adequadas e ao desconhecimento de estratégias que possibilitem a participação plena desses indivíduos nos processos de formação profissional (3, 4).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde apresenta-se como um cenário particularmente relevante para a reflexão sobre inclusão, uma vez que seus princípios valorizam a equidade, a integralidade, o acolhimento e o cuidado centrado na pessoa. Os relatos de experiência podem contribuir para ampliar a compreensão sobre as potencialidades e os desafios enfrentados por profissionais com deficiência, favorecendo a construção de ambientes mais inclusivos nos serviços de saúde e nos espaços de formação médica.

Este relato justifica-se pela necessidade de ampliar as discussões sobre a inclusão de pessoas com deficiência nos espaços de formação em saúde, considerando que o acesso à residência médica não garante, isoladamente, condições efetivas de permanência e desenvolvimento profissional. A experiência apresentada evidencia desafios, adaptações e estratégias construídas durante a prática clínica, contribuindo para uma compreensão mais concreta da inclusão e da equidade.

A relevância do tema está na possibilidade de promover reflexões entre residentes, preceptores, estudantes e instituições sobre acessibilidade, acolhimento e respeito às singularidades. No contexto da Atenção Primária à Saúde, a experiência demonstra que diferentes estratégias podem favorecer uma atuação segura e autônoma, contribuindo para ambientes formativos mais inclusivos e para a efetivação da equidade na prática profissional.

Trata-se de um relato de experiência, de natureza descritiva e reflexiva, com abordagem qualitativa, elaborado a partir da vivência de uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade da Unidade Básica de Saúde Fátima Aparecida Costa França, localizada no município de Sinop, Mato Grosso. O relato de experiência possibilita descrever e refletir criticamente sobre situações vivenciadas no contexto profissional, enquanto a abordagem qualitativa favorece a compreensão dos significados e percepções construídos a partir dessas experiências.

As reflexões foram sistematizadas com base nas experiências vivenciadas durante a residência médica, envolvendo atividades assistenciais, realização e adaptação de procedimentos, acompanhamento longitudinal dos pacientes, atuação junto à equipe multiprofissional, atividades de preceptoria e situações relacionadas à inclusão de pessoas com deficiência na formação em saúde. A análise priorizou experiências significativas relacionadas às barreiras, adaptações e estratégias construídas durante a prática profissional.

2 OBJETIVOS

O presente relato tem como objetivo apresentar a experiência de uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade com deficiência física congênita, refletindo sobre os desafios encontrados, as adaptações construídas durante a prática profissional e a influência dessa trajetória na compreensão dos princípios da equidade, da integralidade e do acolhimento na Atenção Primária à Saúde.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sou médica residente de Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde Fátima Aparecida Costa França, localizada no município de Sinop, Mato Grosso. Iniciei minhas atividades na residência em março de 2026, após aprovação no Exame Nacional de Residência (ENARE), por meio de vaga destinada a pessoas com deficiência. Conforme Meeks (3) a existência de vagas destinadas a pessoas com deficiência representa um importante avanço para ampliar a diversidade nos espaços de formação médica e reduzir barreiras historicamente enfrentadas por essa população. Entretanto, a inclusão efetiva não se limita ao acesso à vaga, pois requer condições adequadas de permanência, acessibilidade e suporte institucional durante todo o processo formativo.

Sou uma pessoa com deficiência física desde o nascimento e possuo uma malformação congênita na mão direita, condição que ocasiona limitações em atividades que exigem preensão bimanual e manipulação simultânea de instrumentos. Ao longo da vida, desenvolvi diferentes estratégias adaptativas que me permitiram realizar atividades acadêmicas, pessoais e profissionais com independência e autonomia.

A necessidade de adaptação sempre esteve presente em minha trajetória. Desde a infância, compreendi que algumas atividades não poderiam ser realizadas da maneira convencional, mas isso nunca significou que fossem impossíveis de executar. A busca por alternativas tornou-se parte natural da minha vida, pois sempre precisei desenvolver adaptações

sem deixar de realizar aquilo que desejava. A experiência acompanhou minha formação e permaneceu presente durante a residência médica.

Apesar das dificuldades relacionadas à deficiência, minha escolha pela medicina foi motivada pelo desejo de cuidar das pessoas. Desde muito cedo, sentia a necessidade de acolher, ajudar e contribuir para a vida daqueles que estavam ao meu redor. Durante a graduação, conheci diferentes áreas da medicina, porém foi na Medicina de Família e Comunidade que encontrei maior identificação, especialmente pela possibilidade de acompanhar indivíduos e famílias ao longo do tempo, compreender seus contextos de vida e oferecer um cuidado centrado na pessoa.

Ao ingressar na residência, deparei-me com novos desafios. A prática na Atenção Primária à Saúde envolvia frequentemente procedimentos como coleta de exame citopatológico, lavagem otológica, drenagem de abscessos, retirada de dispositivo intrauterino e inserção de implantes contraceptivos. Além do aprendizado técnico necessário, havia uma preocupação constante em compreender como poderia realizar cada procedimento respeitando minhas limitações físicas, sem comprometer a segurança e a qualidade da assistência prestada.

Nos primeiros meses, percebi que estudantes, profissionais da equipe e pacientes observavam atentamente a maneira como eu realizava minhas atividades. Alguns demonstravam curiosidade, outros receio, enquanto determinados profissionais procuravam compreender quais procedimentos eu conseguiria executar de maneira independente e quais poderiam exigir auxílio.

Os preceptores e membros da equipe também buscavam identificar as adaptações necessárias e as formas de contribuir nesse processo, estabelecendo um aprendizado mútuo entre minha adaptação à prática e a adaptação da equipe ao trabalho com uma profissional com deficiência física. As experiências semelhantes é descrita por Oliveira et al. (2022), ao identificarem que docentes e supervisores frequentemente desenvolvem estratégias de adaptação em conjunto com estudantes com deficiência, principalmente em ambientes que possuem pouca experiência prévia com processos inclusivos.

Era comum ouvir perguntas como: “Mas você é a doutora?”. Inicialmente, essas situações causavam certo desconforto, porém, com o passar do tempo, compreendi que muitas dessas manifestações estavam relacionadas mais à surpresa do que propriamente ao preconceito. À medida que os pacientes acompanhavam a consulta, observavam o exame físico e compreendiam as orientações fornecidas, as dúvidas gradualmente davam lugar à confiança, ao acolhimento e ao fortalecimento do vínculo.

Ao longo da prática, tornou-se evidente que a principal barreira não estava necessariamente na deficiência física, mas no desconhecimento acerca das possibilidades de adaptação. Muitas atividades que inicialmente pareciam difíceis passaram a ser realizadas com maior segurança e naturalidade à medida que novas estratégias eram desenvolvidas e incorporadas à rotina profissional.

Um dos exemplos mais marcantes desse processo ocorreu durante a realização da otoscopia e da avaliação da cavidade oral. Em determinadas situações, explicou aos pacientes que possui uma deficiência física e solicito sua colaboração durante o exame. Na otoscopia, frequentemente peço que o próprio paciente ou acompanhante auxilie no posicionamento da orelha para retificar o conduto auditivo externo e facilitar sua visualização. Durante a oroscopia, quando necessário, solicito auxílio para posicionar a fonte de luz enquanto realizo a avaliação da cavidade oral.

As situações ocorrem mediante explicação prévia e consentimento do paciente. O que inicialmente poderia ser compreendido como uma limitação transformou-se em oportunidade para a construção compartilhada do cuidado, uma vez que os pacientes geralmente demonstram interesse e disposição para colaborar. A experiência reforçou minha percepção de que a relação médico-paciente pode ser fortalecida pelo diálogo, pela confiança e pela participação ativa durante o atendimento, aproximando a prática dos princípios do cuidado centrado na pessoa.

Após explicar a necessidade dessas adaptações, os pacientes frequentemente demonstram curiosidade e fazem perguntas sobre minha deficiência e sobre a maneira como realizo meu trabalho. Procuro responder com naturalidade, esclarecendo as estratégias utilizadas e os motivos pelos quais determinadas adaptações são necessárias. Em muitos momentos, percebo admiração por parte dos pacientes, especialmente pela forma como busco exercer minha profissão e oferecer cuidado independentemente das limitações encontradas.

Alguns pacientes demonstram surpresa ao perceber que atividades inicialmente consideradas impossíveis podem ser realizadas com segurança e qualidade mediante adaptações. Essas interações fortalecem o vínculo durante a consulta e favorecem uma relação baseada na confiança, no respeito e na colaboração. Mais do que executar procedimentos ou conduzir atendimentos, procuro demonstrar que existem diferentes caminhos para alcançar um mesmo objetivo e que a qualidade do cuidado não depende necessariamente da execução convencional de determinada técnica.

Conforme Bastos e Nunes (5) sugerem que a presença de estudantes e profissionais com deficiência nos espaços de formação em saúde contribui para ampliar as discussões sobre

diversidade, inclusão e acessibilidade, favorecendo a construção de ambientes educacionais mais inclusivos e sensíveis às diferenças individuais.

Um outro episódio que considero marcante ocorreu durante a realização da lavagem otológica. Inicialmente, aprendi o procedimento com o apoio da minha preceptora, que acompanhou minhas tentativas de adaptação e colaborou na construção de estratégias que possibilitassem sua realização com segurança. Com o passar do tempo, adquiri maior confiança, aperfeiçoei minha técnica e desenvolvi adaptações próprias para executar o procedimento.

Posteriormente, ao atuar junto aos estudantes, tive a oportunidade de ensinar esse mesmo procedimento. O momento foi particularmente significativo, pois representou uma mudança de papel: de residente que aprendia e desenvolvia adaptações para executar determinada atividade, passei a orientar estudantes durante sua realização. Essa experiência reforçou minha percepção de que a deficiência não impede a construção ou a transmissão do conhecimento, podendo ampliar as formas de ensinar, aprender e solucionar problemas na prática clínica.

As adaptações não surgiram prontas, mas foram construídas por meio da observação, de tentativas, erros, ajustes sucessivos e aprendizado contínuo. Algumas estratégias funcionaram rapidamente, enquanto outras exigiram diferentes modificações até se tornarem efetivas. Compreendi, ao longo desse processo, que a adaptação não acontece de maneira imediata, mas é construída e aperfeiçoada progressivamente.

Apesar dos avanços, esse processo nem sempre ocorreu de maneira tranquila. Diante de novos procedimentos ou situações desconhecidas, frequentemente surgiam sentimentos de ansiedade, medo e insegurança. Muitas vezes, minha preocupação não estava relacionada apenas à execução da atividade, mas à incerteza sobre como poderia realizá-la. Em algumas ocasiões, esses pensamentos ultrapassavam o ambiente de trabalho, provocando preocupação, estresse e até mesmo noites mal dormidas.

Mesmo contando com apoio institucional e suporte da equipe, frequentemente me deparei com situações para as quais não existiam respostas prontas. Entre identificar uma dificuldade e encontrar uma solução efetiva existe um percurso composto por tentativas, falhas, ajustes, aprendizado e persistência. O mais importante era continuar buscando alternativas, compreendendo que seria possível encontrar uma estratégia capaz de permitir a realização daquela atividade com segurança e eficiência.

Nesse percurso, nunca estive sozinha. A equipe multiprofissional da unidade, os estudantes e minha preceptora contribuíram para a construção de um ambiente acolhedor e colaborativo. Sempre que necessário, encontrei apoio para discutir dificuldades, buscar

soluções e aperfeiçoar estratégias que possibilitassem o desempenho das minhas atividades com segurança e autonomia. A rede de apoio teve papel fundamental tanto no meu desenvolvimento profissional quanto na permanência no programa de residência.

A residência também me ensinou que a construção de ambientes inclusivos não ocorre individualmente, pois depende do envolvimento coletivo e da disposição das pessoas para compreender necessidades específicas, adaptar processos e colaborar na busca por soluções. Essa experiência fortaleceu minha compreensão de que a inclusão constitui uma responsabilidade compartilhada e que ambientes verdadeiramente inclusivos dependem do comprometimento de todos os envolvidos.

Em continuidade no estudo de Meeks et al. (3) demonstram que o suporte institucional e a existência de redes de apoio constituem fatores fundamentais para o desenvolvimento acadêmico e profissional de pessoas com deficiência na área da saúde, contribuindo para sua permanência e seu desenvolvimento durante o processo de formação.

Ao longo do acompanhamento da comunidade, passei a ser conhecida por muitos usuários como “a médica da mãozinha”. Essa identificação, utilizada espontaneamente e de maneira carinhosa, sempre chamou minha atenção, pois demonstra que minha deficiência é percebida pelos pacientes, mas não ocupa o centro da relação terapêutica. O vínculo construído ao longo dos atendimentos tornou-se mais significativo do que a própria limitação física.

Muitos pacientes relatam sentir-se mais acolhidos durante os atendimentos e alguns associam minha trajetória pessoal a uma maior capacidade de compreensão e empatia. Acredito que conviver diariamente com a necessidade de buscar alternativas para superar desafios ampliou minha sensibilidade diante das dificuldades e vulnerabilidades enfrentadas por outras pessoas. De certa maneira, vivenciar uma condição de diferença contribuiu para desenvolver um olhar mais atento às situações de exclusão, sofrimento e desigualdade que também afetam meus pacientes.

Paralelamente às atividades assistenciais, iniciei atividades de preceptoria junto aos estudantes. Nessa experiência, percebo que também exerço um papel educativo relacionado à inclusão e à acessibilidade. Frequentemente, os alunos observam minhas estratégias de trabalho e demonstram interesse em compreender como determinadas atividades podem ser realizadas de maneiras diferentes daquelas tradicionalmente ensinadas.

Com o passar do tempo, os estudantes deixam de concentrar sua atenção na deficiência e passam a observar os caminhos utilizados para alcançar os objetivos assistenciais. Essa mudança de perspectiva é particularmente significativa, pois demonstra que diferentes formas de atuação podem ser igualmente legítimas e eficazes. Procuro demonstrar, a partir da minha

própria experiência, que não existe apenas uma maneira de aprender, ensinar ou exercer a medicina.

Dessa forma, a compreensão dialoga diretamente com o princípio da equidade previsto nas políticas públicas brasileiras de saúde, segundo o qual diferentes necessidades demandam distintas formas de cuidado, suporte e organização dos serviços, permitindo que oportunidades equivalentes possam ser alcançadas (6). A percepção também passou a influenciar diretamente minha relação com os pacientes. Ao reconhecer minhas próprias limitações e necessidades, tornei-me mais atenta às singularidades presentes na vida de cada pessoa. A escuta qualificada, o acolhimento e a construção compartilhada das decisões terapêuticas passaram a ocupar uma posição ainda mais relevante em minha prática profissional (7).

Por fim, Ribeiro et al. (8) destacam que as principais barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência no ensino superior estão frequentemente relacionadas à acessibilidade, ao preparo institucional e à capacitação dos profissionais envolvidos nos processos de ensino e aprendizagem. De maneira semelhante, Oliveira et al. (4) descrevem que muitas barreiras enfrentadas por estudantes e profissionais com deficiência decorrem mais de dificuldades institucionais e organizacionais do que propriamente das limitações relacionadas à condição física. Os autores demonstram que barreiras institucionais, desconhecimento sobre possibilidades de adaptação e ausência de suporte adequado podem representar obstáculos mais significativos do que a própria deficiência.

Para Lustosa e Ribeiro (8) sugerem que a presença de estudantes e profissionais com deficiência nos ambientes de formação contribui para ampliar as discussões relacionadas à diversidade, inclusão, acessibilidade e práticas pedagógicas inclusivas, favorecendo uma formação mais humanizada e sensível às diferenças individuais. Já de acordo Meeks et al. (3) apontam que ambientes acolhedores e suporte institucional adequado favorecem a permanência e o desenvolvimento de estudantes e profissionais com deficiência na área da saúde, aspecto que também reconheço em minha experiência. Com isso, Bastos e Nunes (5), por sua vez, defendem que a temática da deficiência seja abordada transversalmente durante a formação médica, contribuindo para formar profissionais mais preparados para atuar em contextos diversos e inclusivos.

4 REFLEXÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA

Ao refletir sobre minha trajetória na residência médica, percebo que a deficiência física influenciou significativamente a maneira como compreendo os princípios da Atenção Primária à Saúde. Antes da residência, entendia a equidade principalmente a partir de livros, diretrizes e

documentos oficiais, porém, durante a prática profissional, esse princípio adquiriu um significado concreto.

A necessidade de buscar caminhos alternativos para realizar diferentes atividades permitiu compreender, de maneira vivencial, que pessoas com necessidades distintas podem precisar de recursos diferentes para alcançar oportunidades equivalentes. Com isso, percebi que oferecer as mesmas condições para todos nem sempre conduz aos mesmos resultados.

A experiência na Atenção Primária à Saúde também ampliou minha compreensão sobre o cuidado integral. O acompanhamento longitudinal dos pacientes possibilitou reconhecer aspectos sociais, familiares, econômicos e emocionais que interferem diretamente no processo saúde-doença, reforçando a importância do cuidado centrado na pessoa. Durante a residência, compreendi ainda que muitas das dificuldades encontradas não estavam diretamente relacionadas à deficiência física, mas à pouca experiência prévia de instituições e profissionais no convívio e no trabalho com pessoas com deficiência.

Em diferentes momentos, percebi que preceptores, colegas e estudantes também estavam aprendendo a lidar com uma realidade que ainda lhes era pouco familiar. Essa experiência fortaleceu minha compreensão de que a inclusão não depende exclusivamente da capacidade da pessoa com deficiência de se adaptar aos ambientes existentes, mas também da disposição institucional e coletiva para reconhecer necessidades específicas, promover adaptações e construir espaços acessíveis, acolhedores e efetivamente inclusivos.

A existência de vagas destinadas a pessoas com deficiência em processos seletivos como o ENARE representa, portanto, um importante avanço na ampliação do acesso aos espaços de formação médica. Entretanto, compreendi ao longo da minha trajetória que a inclusão efetiva não termina com o ingresso no programa de residência. É igualmente necessário assegurar condições adequadas de permanência, suporte institucional, acessibilidade e acolhimento, permitindo que a pessoa com deficiência desenvolva suas atividades profissionais com segurança e autonomia.

Outro aspecto importante refere-se à influência da minha trajetória na construção da empatia e na humanização do cuidado. Embora a deficiência, por si só, não determine a capacidade de acolhimento de um profissional, minhas experiências contribuíram para ampliar a sensibilidade diante das dificuldades enfrentadas pelos pacientes. Vivenciar situações de incerteza, vulnerabilidade e necessidade constante de adaptação favoreceu uma compreensão mais ampla das limitações, necessidades e desafios presentes na vida das pessoas que acompanho durante minha prática profissional.

A presença de uma rede de apoio formada pela equipe multiprofissional, preceptores, estudantes e pacientes também foi fundamental para meu desenvolvimento profissional. Ao longo da residência, encontrei pessoas dispostas a auxiliar, orientar e colaborar na construção de alternativas diante das dificuldades encontradas. Esse apoio contribuiu não apenas para o desenvolvimento das adaptações necessárias à prática, mas também para fortalecer minha segurança, autonomia e permanência no processo de formação médica.

A experiência com a preceptoria também proporcionou reflexões importantes. Ao observar os estudantes acompanhando minhas estratégias de trabalho e questionando como determinadas atividades poderiam ser realizadas de maneiras diferentes, percebi que minha presença no cenário de prática também possui potencial educativo. Mais do que transmitir conhecimentos técnicos, passei a demonstrar, por meio da própria experiência, que existem diferentes caminhos para alcançar um mesmo objetivo e que a adaptação pode constituir uma ferramenta legítima de aprendizagem, ensino e cuidado.

O episódio da lavagem otológica representa de maneira significativa essa transformação. Inicialmente, fui a residente que precisou aprender o procedimento e desenvolver estratégias adaptativas para realizá-lo com segurança. Posteriormente, passei a orientar estudantes na execução da mesma técnica, compartilhando conhecimentos e recursos construídos ao longo da prática. Essa experiência demonstrou que a deficiência não constitui um impedimento para a construção e a transmissão do conhecimento e que diferentes maneiras de executar uma atividade podem produzir resultados igualmente seguros e efetivos.

A vivência durante a residência reforçou minha compreensão de que a inclusão produz benefícios que ultrapassam a experiência individual da pessoa com deficiência. Estudantes, profissionais e pacientes que compartilham esses espaços também entram em contato com diferentes possibilidades de exercer a medicina, ensinar, aprender e prestar assistência. Essa convivência pode ampliar perspectivas sobre diversidade e acessibilidade, ao mesmo tempo que contribui para a construção de práticas profissionais mais inclusivas e de um cuidado verdadeiramente centrado na pessoa.

5 CONCLUSÕES

A experiência vivenciada durante a residência em Medicina de Família e Comunidade evidenciou que a inclusão de pessoas com deficiência nos espaços de formação em saúde ultrapassa a garantia de acesso por meio de vagas específicas. A permanência e o desenvolvimento profissional dependem também de acessibilidade, acolhimento, suporte institucional e disponibilidade para construir adaptações diante das necessidades individuais.

Nesse percurso, o apoio da equipe, dos preceptores, dos estudantes e dos pacientes mostrou-se fundamental para o desenvolvimento da autonomia e para o exercício seguro da prática médica.

Ao longo dessa trajetória, compreendi que as limitações encontradas não significam necessariamente impossibilidade de realizar determinada atividade, mas podem exigir diferentes estratégias para alcançar os mesmos objetivos assistenciais. A construção e o aperfeiçoamento de adaptações durante os procedimentos demonstraram que criatividade, aprendizado contínuo e colaboração podem contribuir para uma atuação profissional segura e qualificada, preservando o compromisso com as necessidades e a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes.

A experiência também possibilitou compreender a equidade para além de sua dimensão conceitual, reconhecendo-a como um princípio vivenciado cotidianamente na prática profissional. Minha deficiência integra minha trajetória, mas não determina minha capacidade de exercer a medicina, ensinar ou prestar assistência. As experiências construídas durante a residência ampliaram minha compreensão sobre integralidade, acolhimento e cuidado centrado na pessoa, além de demonstrarem que diferentes formas de aprender, ensinar e exercer a prática médica podem ser igualmente legítimas e efetivas.

Espera-se que este relato contribua para ampliar as reflexões sobre inclusão, acessibilidade e equidade nos programas de residência e demais espaços de formação em saúde, estimulando instituições e profissionais a reconhecerem as potencialidades das pessoas com deficiência e a construírem ambientes efetivamente inclusivos. A experiência relatada evidencia que promover inclusão não significa apenas garantir oportunidades de ingresso, mas oferecer condições para participação, autonomia, desenvolvimento profissional e pertencimento, respeitando as singularidades de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
3. Meeks LM, Herzer KR, Jain NR. Removing barriers and facilitating access: increasing the number of physicians with disabilities. Acad Med. 2018;93(4):540-543. doi:10.1097/ACM.0000000000002112.



4. Oliveira E, Dantas RG, Amaral GA, Giaxa RRB, Góis AFT. Experiences of disabled students in undergraduate medical education. *Med Teach*. 2022;44(3):294-299. doi:10.1080/0142159X.2021.1985098.
5. Bastos ARB, Nunes LS. Formação médica e processos inclusivos: práticas interdisciplinares de ensino balizadas pelos saberes da educação especial. *Educação e Filosofia*. 2022;36(76):313-334. doi:10.14393/REVEDFIL.v36n76a2022-60452.
6. 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). *Diário Oficial da União*. 7 jul 2015.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 28, v. 2.
8. Ribeiro RTSK, Sousa ACA, Santos GKB, Silva MAM, Sousa MNA. Desafios da inclusão de pessoas com deficiência no ensino superior: uma revisão de literatura. *Cad Educ Saúde Fisioter*. 2019;6(12). doi:10.18310/2358-8306.v6n12.a6.
9. Lustosa FG, Ribeiro DM. Inclusão de estudantes com deficiência no ensino superior: exigências de reconfiguração de saberes, concepções e práticas docentes. *Rev Ibero-Am Estud Educ*. 2020;15(esp 2):1523-1537. doi:10.21723/riaee.v15iesp2.13825.