



Acesso e acessibilidade ao rastreamento de câncer em mulheres brasileiras com lesão medular^a

Access and accessibility to cancer screening for Brazilian women with spinal cord injury

Acceso y accesibilidad al rastreo de cáncer en mujeres brasileñas con lesión medular

Renata Boer¹

Fabiana Faleiros Santana Castro¹

Thais de Oliveira Gozzo¹

1. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar a acessibilidade e o acesso de mulheres brasileiras com lesão medular para a realização de exames preventivos do câncer de mama e colo de útero. **Método:** estudo quantitativo e transversal desenvolvido em plataforma virtual. Realizadas análises estatísticas descritivas e de associação entre as variáveis qualitativas por meio do teste exato de Fisher. Quando identificada a associação ($p < 0,05$), foi realizada a regressão logística. **Resultados:** participaram 120 mulheres brasileiras com lesão medular com idades entre 25 e 67 anos; 85,83% foram ao ginecologista após a lesão medular, 79,17% realizaram a citologia e 52,50%, a mamografia. Observou-se que as mulheres que utilizavam a saúde suplementar apresentaram maior probabilidade de terem ido ao ginecologista do que as usuárias do serviço público. Aquelas com companheiro e as de maior idade apresentaram maior probabilidade de terem realizado o exame de citologia. Para a mamografia, aquelas de maior idade e que utilizavam a saúde suplementar apresentaram maiores chances de terem realizado o exame de mamografia após a lesão medular. **Conclusão:** mulheres com lesão medular buscam a realização de exames de rastreamento. Entretanto, encontram dificuldades relacionadas à estrutura física, aos equipamentos, transporte, profissionais da saúde, assim como dificuldades sociodemográficas e quanto ao serviço de saúde utilizado.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias; Pessoas com Deficiência; Programas de Rastreamento; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Objective: to identify and analyze the accessibility and accessibility of Brazilian women with spinal cord injury to preventive examinations for breast and cervical cancer. **Method:** quantitative and cross-sectional study developed in a virtual platform. Descriptive statistical analysis was performed, as well as association analysis between qualitative variables using Fisher's exact test. When identified the association ($p < 0.05$), logistic regression was performed. **Results:** a total of 120 Brazilian women with spinal cord injury, aged between 25 and 67 years participated in the study; 85.83% visited a gynecologist after the spinal cord injury, 79.17% underwent cytology and 52.50% underwent mammography. It was observed that women who used the supplementary health plan were more likely to have visited a gynecologist than those who used the public service. Those who had a partner and were older were more likely to have undergone the cytology exam. For mammography, those who were older and who used supplementary health care were more likely to have had mammography exams after the spinal cord injury. **Conclusion:** women with spinal cord injury seek screening tests. However, they encounter difficulties related to the physical structure, equipment, transportation, health professionals, as well as socio-demographic difficulties and difficulties regarding the health service used.

Keyword: Access to Health Services; Neoplasms; Persons with Disabilities; Screening Programs; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: este estudio tuvo como objetivo identificar y analizar la accesibilidad y el acceso de mujeres brasileñas con lesión medular para la realización de exámenes preventivos de cáncer de mama y de cuello uterino. **Método:** se desarrolló un estudio cuantitativo y transversal, realizado en un entorno virtual. Los análisis estadísticos descriptivos y la asociación entre variables cualitativas se realizaron mediante la prueba exacta de Fisher, cuando se identificó una asociación se realizó una regresión logística. **Resultados:** participaron 120 mujeres brasileñas con lesión medular, la edad de las participantes varió de 25 a 67 años. Con relación al rastreo, el 85,83% de las mujeres acudió al ginecólogo tras la LM, el 79,17% se sometió a citología y el 52,50% a mamografía. Se observó que las mujeres que utilizaban un seguro médico privado tenían más probabilidades de haber visto a un ginecólogo que las usuarias del servicio público. Las que tenían pareja y mayores tenían más probabilidades de someterse a citología oncológica. Para la mamografía, las que eran mayores y que usaban un seguro médico privado tenían más probabilidades de someterse al examen después de la LM. **Conclusión:** las mujeres con LM buscan pruebas de detección. Sin embargo, enfrentan dificultades relacionadas con la estructura física, equipamientos, transporte, profesionales de la salud, así como dificultades sociodemográficas relacionadas con el tipo de servicio de salud utilizado.

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Neoplasias; Personas con Discapacidad; Salud de la Mujer; Tamizaje Masivo.

Autor correspondente:

Renata Boer.

E-mail: renata.boer@alumni.usp.br

Recebido em 17/12/2021.

Aprovado em 28/05/2022.

DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0451pt>

INTRODUÇÃO

Ações de prevenção de agravos e/ou de doenças têm maior alcance na Atenção Primária à Saúde (APS) por esta ter como objetivo a promoção à saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação, além de ser considerada a porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde (SUS), determinando as referências e contrarreferências da população dentro do sistema de saúde.¹

Uma das ações ofertadas pela APS é o rastreamento de doenças, entre estas, alguns tipos de câncer, em que, na atenção à saúde da mulher, se destacam os de colo de útero, de mama e de colón e reto. Estes são os três mais incidentes nas mulheres brasileiras, com estimativa, para os anos de 2020-2022, de 297.980 casos para esta população, com o câncer de mama em primeiro lugar, seguido pelo câncer de colón, e o de colo de útero na terceira posição.²

O rastreamento de neoplasias deve ser ofertado igualmente a toda a população para maior eficácia.³ Entretanto, diversos estudos³⁻⁶ apontaram que o rastreamento do câncer de mama e de colo de útero entre mulheres com deficiência apresenta baixa adesão e limitações básicas, como transporte, quando comparadas às mulheres sem deficiência.

As taxas de rastreamentos, quando ajustadas por idade, entre mulheres com e sem deficiência, no programa nacional de rastreamento para o câncer de colo de útero na Coreia do Sul, apresentaram aumento no período de 2006 a 2015 para os dois grupos. Entretanto, entre aquelas com deficiência, as taxas de rastreamento foram menores, destacando-se que quanto maior a gravidade da deficiência, menores as taxas de realização dos exames preventivos.⁶

Além de baixas taxas de rastreamento, mulheres com deficiência enfrentam inúmeras dificuldades no acesso aos exames, como a inadequação da estrutura física, a condição financeira, o deslocamento, o baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento sobre os exames por parte das mulheres, dos familiares/cuidadores e dos profissionais da saúde,⁷ dados que demonstram um problema persistente e que não afeta apenas as mulheres com deficiência, mas todas as pessoas com deficiência.

Ao considerar a ampla variedade de deficiências, para este estudo, optou-se pela lesão medular (LM), pois a prevalência global desta deficiência varia de 236 a 1.298 casos por milhão de habitantes, com tendência mundial de aumentos dos casos.⁸ Os dados brasileiros são imprecisos, mas trazem uma estimativa de 130 mil indivíduos com LM e uma incidência aproximada de dez mil casos novos por ano.⁹⁻¹¹

A LM é considerada como um dos eventos incapacitantes mais graves e devastadores que podem atingir uma pessoa, que, frequentemente, apresenta complicações secundárias, comorbidades múltiplas e deficiências significativas ao longo da vida. A literatura expõe que estas pessoas encontram barreiras no acesso à APS devido às mesas de exames inadequadas, à dificuldade com o transporte, ao espaço dos consultórios inapropriados para acomodar dispositivos de mobilidade, às barreiras estruturais como as escadas e à indisponibilidade de elevadores.¹² Soma-se a isso, frequentemente, a falta da inclusão de cuidados preventivos, com maior valorização dos cuidados agudos. Pessoas com LM

podem até ser encaminhadas aos serviços de emergência para cuidados de rotina devido às questões de acesso.¹²

Acesso e acessibilidade são abordados no Brasil desde a Constituição da República Federativa (CF) de 1988, que é considerada o marco inicial para o reconhecimento do direito à saúde de toda a população brasileira e dever do Estado de garanti-la, por intermédio de políticas econômicas e sociais, a fim de reduzir o risco de doenças e focar em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de todos. A CF também garantiu a criação do SUS e, dessa forma, passou a ser necessária uma legislação que esclarecesse como adequar as orientações para a realidade do Brasil.¹³

Somam-se à CF a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 e a nº 8.142 de 1990, que passaram a regulamentar o SUS no território brasileiro, com princípios e diretrizes que garantem atendimento universal, público, igualitário, participativo, descentralizado e integral.^{14,15}

Em relação à APS no país, a portaria que está em vigor e aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) é a de nº 2.436 de 2017, que estimula estratégias para minimizar a desigualdade e “evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde” (Parágrafo 4º).¹⁶

Estas legislações citam o acesso e a acessibilidade, porém apresentam definições distintas. Por isso, neste estudo, o termo acesso será definido como um componente da organização dos sistemas de saúde e refere-se ao meio pelo qual a pessoa dá entrada ao sistema e a sua continuidade do processo de tratamento.¹⁷

Para o termo acessibilidade, foi utilizada a definição de Donabedian (1973) para quem a acessibilidade é um dos aspectos da oferta de serviços, produção e resolução das necessidades da população, dividindo-a em duas classes: sócio-organizacional (características dos recursos ofertados, que facilitam ou dificultam, às pessoas, a chegada ao atendimento) e geográfica (refere-se à simples observação de que o espaço cria resistência ao movimento e que esta pode ser medida pela distância, tempo e custo de viagem).¹⁸

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi identificar e analisar a acessibilidade e o acesso de mulheres brasileiras com LM para a realização de exames preventivos para o câncer de mama e colo de útero. Justifica-se sua realização pela lacuna no conhecimento⁷ sobre a acessibilidade para o rastreamento do câncer em mulheres brasileira com LM, além de contribuir para uma assistência à saúde equânime, eficaz e integral a essas mulheres, visando a amenizar as barreiras encontradas no acesso a esses exames.

MÉTODO

Tipo de estudo

Estudo quantitativo e transversal.

População e local de estudo

O estudo foi realizado em parceria com o Núcleo de Pesquisa e Atenção em Reabilitação Neuropsicomotora (Neurorehab) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o qual possui um banco de dados com voluntários de todo o Brasil para pesquisas sobre LM.

Em janeiro de 2020, havia 284 mulheres cadastradas no referido núcleo. Destas, foram excluídas 22 por apresentarem idade inferior a 25 anos, sendo enviados convites para 262 mulheres. Adicionalmente, a partir destas, foi utilizada a técnica *snowball* (bola de neve) para o recrutamento de outras participantes, além da divulgação do estudo nas redes sociais de grupos específicos para pessoas com LM.

Critérios de inclusão

Foram considerados como critérios de inclusão: ser brasileira; apresentar LM traumática ou não traumática; idade a partir de 25 anos e acesso à internet.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde,¹⁹ o início do rastreamento do câncer de colo de útero entre as mulheres é a partir dos 25 anos idade, justificando a idade como critério de inclusão.

Coleta de dados

Para avaliar a acessibilidade das mulheres com LM aos exames de rastreamento de câncer, foi elaborado um formulário para este estudo, baseado na literatura científica,²⁰⁻²² submetido à validação de forma e de conteúdo por comitê de três especialistas com domínio da temática de LM e/ou saúde da mulher na Atenção Básica. O convite e o envio das considerações foram feitos via *e-mail*. O formulário não foi submetido ao pré-teste com a população estudada, o que pode ter gerado um viés de informação.

A versão final do formulário continha 47 perguntas quantitativas e qualitativas, contemplando informações como dados pessoais sobre a LM, consulta ginecológica, realização de citologia, exame clínico das mamas e mamografia, além de abordar sobre a periodicidade e a estrutura física dos locais. Em seguida, ele foi transcrito para a plataforma *online Survey Monkey*.

A coleta dos dados ocorreu de janeiro a maio de 2020. Para isso, foi enviado o *link* com o convite de participação da pesquisa por correio eletrônico e/ou aplicativo de mensagens para 262 mulheres elegíveis no Núcleo de Pesquisa Neurorehab de acordo com os critérios de inclusão. Foram realizadas três tentativas de contato com cada mulher e as que aceitaram participar responderam ao formulário *online*.

Análise de dados

Os dados foram armazenados em planilha do Excel e analisados pelo *software* estatístico SAS, realizando-se a estatística descritiva dos dados.

Para avaliar a associação, foram comparadas a consulta com ginecologista, a realização de citologia e a mamografia após a LM com as variáveis: estado de residência, estado civil, cor, escolaridade, ocupação, renda, auxílio nos cuidados diários, grau de LM e tipo de sistema de saúde utilizado. Os dados foram submetidos ao teste exato de Fisher. Quando identificada a associação ($p < 0,05$), a quantificação dessa associação foi mensurada por meio de modelos de regressão logística em que se calculou o *Odds ratio* bruto com seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sob o Parecer nº 3.502.934/2019, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos contidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes, ao aceitarem responder ao formulário, estavam de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual poderia ser enviado via correio quando solicitado.

RESULTADOS

Foram incluídas 120 mulheres de 18 Estados brasileiros, sendo São Paulo o mais frequente (41,7%). A idade variou de 25 a 67 anos, com média de idade de 42,30 anos (DP=10,11), e a faixa etária predominante foi de 36 a 45 anos (34,2%). Em relação ao estado civil, 56,7% não tinham companheiro; 70% consideravam-se de cor branca; 26,7% referiram escolaridade até a pós-graduação e 24,2% tinham Ensino Superior completo. Quanto à ocupação, 45,8% das participantes eram aposentadas/pensionistas e 36,7% apresentavam renda de acima de um até três salários-mínimos (Tabela 1).

Das participantes, 60,8% apresentavam LM traumática e, destas, 34,2% tiveram como causa da lesão o acidente de trânsito. A paraplegia foi referida por 64,2% das mulheres e 26,7% eram tetraplégicas. Quanto a receber auxílio de outra pessoa para realizar as atividades do dia a dia, 59,2% das mulheres responderam afirmativamente, sendo que, para 31%, era o marido e, para 29,6%, a mãe. Sobre a assistência à saúde, 51,7% utilizavam a saúde suplementar, 46,7%, o sistema público e 1,7%, o particular.

Após a ocorrência da LM, 85,8% das mulheres foram ao ginecologista e 63,3% referiram, pelo menos, uma vez ao ano. Quanto à coleta da citologia oncológica, 79,2% a realizaram após a LM e 50% destas mulheres realizaram no ano anterior à coleta de dados deste estudo (2019), (Tabela 2).

Quando questionadas sobre a mamografia, 52,5% realizaram o exame após a LM, 35% realizaram o último exame em 2019 e 30% realizam uma vez ao ano (Tabela 2). Após a LM, 68,3% das mulheres tiveram suas mamas examinadas por um profissional da saúde e, para 53,3%, o exame clínico das mamas ocorreu, pelo menos, uma vez ao ano, sendo que 46,67% relataram que a última vez foi em 2019.

As mulheres citaram dificuldades para os dois exames de rastreamento: equipamento sem adaptação; profissionais da saúde despreparados; falta de acessibilidade; transporte/locomoção; utilizar o SUS; problemas pessoais e não poder entrar com acompanhante para auxílio. Referente às facilidades: profissionais da saúde capacitados; acesso e acessibilidade; apoio da família; mamógrafo acessível; utilizar saúde suplementar; consultório acessível; coleta de exames em casa; transporte e ser casada (Tabela 3).

Foram comparadas a consulta com ginecologista e a realização de citologia, mamografia e exame clínico das mamas após a LM com as variáveis: estado de residência, estado civil, cor, escolaridade, ocupação, renda, auxílio nos cuidados diários, grau de LM e tipo de sistema de saúde utilizado. Estão apresentados na tabela 4 os resultados do teste exato de Fisher das associações entre as variáveis qualitativas.

Tabela 1. Distribuição das mulheres segundo idade, estado, região do país, estado civil, cor, escolaridade, ocupação e renda (n=120). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Idade		
25 a 35 anos	35	29,2
36 a 45 anos	41	34,2
46 a 55 anos	31	25,8
56 a 67 anos	13	10,8
Estado		
São Paulo	50	41,7
Minas Gerais	15	12,5
Rio de Janeiro	11	9,2
Rio Grande do Sul	7	5,8
Santa Catarina	7	5,8
Outros*	30	25
Estado civil		
Sem companheiro	68	56,7
Com companheiro	52	43,3
Cor		
Branca	84	70,0
Parda	25	20,8
Preta	5	4,2
Amarela	4	3,3
Indígena	2	1,7
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto e completo	7	5,8
Ensino médio incompleto	5	4,2
Ensino médio completo	22	18,3
Ensino técnico profissionalizante	8	6,7
Ensino superior incompleto	17	14,2
Ensino superior completo	29	24,2
Pós-graduação	32	26,7
Ocupação		
Aposentada/pensionista	55	45,8
Possui emprego/autônoma	32	26,7
Desempregada	18	15
Estudante	6	5
Outro**	9	7,5
Renda		
Até 1 salário mínimo	28	23,3
Mais que 1 até 3 salários mínimo	44	36,7
Mais que 3 até 5 salários mínimos	21	17,5
Mais que 6 salários mínimos	20	16,7
Não sei/ Não quero informar	13	5,8

Fonte: Banco de dados do estudo.

Legenda: * Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Bahia, Espírito Santo e Tocantins.

**Licença médica, Benefício de Prestação Continuada e Senadora.

Tabela 2. Distribuição das mulheres segundo ida ao ginecologista, realização da citologia, última coleta da citologia, frequência, realização de mamografia, último ano que realizou mamografia e frequência (n=120). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

Variáveis	Frequência	Porcentagem (%)
Foi ao ginecologista após LM?		
Sim	103	85,8
Não	17	14,2
Realizou a citologia após a LM?		
Sim	95	79,2
Não	25	20,8
Qual foi o último ano em que realizou a citologia?		
2020	10	8,3
2019	60	50
Há três anos ou mais	14	11,7
Não recorda	11	9,2
Sem resposta	25	20,8
Qual a frequência que realiza citologia após a LM?		
Uma vez ao ano	62	51,7
A cada dois anos	21	17,5
Outro*	12	10
Sem resposta	25	20,8
Realizou mamografia após a LM?		
Sim	63	52,5
Não	57	47,5
Qual foi o último ano em que fez a mamografia?		
Ano passado (2019)	42	35
Este ano (2020)	9	7,5
Há três anos ou mais	8	6,7
Não recorda	4	3,3
Sem resposta	57	47,5
Qual a frequência que tem feito a mamografia?		
Nunca	2	1,67
Uma vez ao ano	36	30,00
A cada 2 anos	7	5,83
A cada 3 anos	2	1,67
Em intervalo superior a 3 anos	6	5,00
Mais de uma vez ao ano	4	3,33
Não segue periodicidade	6	5,00
Sem resposta	57	47,50

Fonte: Banco de dados do estudo.

Legenda: * Quando há necessidade; Não vai mais; Quando solicitado; Só foi uma vez após LM.

Tabela 3. Dificuldades e facilidades citadas pelas participantes para a realização da citologia e mamografia. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

Variável	Frequência	%
Dificuldades para citologia		
Equipamentos sem adaptação	26	29,5
Espaço físico sem estrutura	19	21,6
Acessibilidade	12	13,6
Profissionais da Saúde despreparados	8	9,1
Agendamento	7	8,0
Transporte/locomotoão	7	8,0
Problemas pessoais	6	6,8
Utilizar o SUS	3	3,4
Facilidades para citologia		
Nenhuma	25	46,3
Acessibilidade	8	14,8
Profissionais da saúde capacitados	5	9,3
Convênio/plano de saúde	5	9,3
Agendamento	3	5,6
Consultório acessível	3	5,6
Coleta de exames em casa	2	3,7
Transporte	1	1,8
Ser casada (marido quem acompanha nos exames)	1	1,8
Não ter sensibilidade (não sente desconforto na coleta do exame)	1	1,8
Dificuldades para mamografia		
Dificuldades com o mamógrafo, pois não é adaptado	16	30,2
Estrutura física inadequada	6	11,3
Transporte	6	11,3
Acessibilidade	5	9,4
Profissionais da saúde despreparados	4	7,5
Agendamento	4	7,5
Não poder entrar com acompanhante para auxílio	4	7,5
O SUS não oferece	2	3,8
Aparelhou machucou as mamas	2	3,8
Posicionamento mesmo no mamógrafo acessível	2	3,8
Nenhuma	2	3,8
Facilidades mamografia		
Nenhuma	16	51,6
Profissionais da saúde capacitados	7	22,6
Acesso	4	12,9
Família	2	6,5
Mamógrafo móvel	1	3,2
Mamógrafo acessível	1	3,2

Fonte: Banco de dados do estudo

Tabela 4. Apresentação dos resultados do Teste Exato de Fisher das associações entre as variáveis qualitativas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

Comparações	Valor de p*
Estado e consulta com ginecologista após LM	0,5795
Estado civil e consulta com ginecologista após LM	0,1120
Cor e consulta com ginecologista após LM	0,3911
Escolaridade e consulta com ginecologista após LM	0,2967
Ocupação e consulta com ginecologista após LM	1,000
Renda e consulta com ginecologista após LM	0,4926
Ter auxílio de alguém e consulta com ginecologista após LM	0,1821
Sistema de saúde utilizado e consulta com ginecologista após LM	0,0092
Grau da LM e consulta com ginecologista após LM	0,2781
Idade e consulta com ginecologista após LM	0,1088
Estado e realizar citologia	0,8130
Estado civil e realizar citologia	0,0403
Cor e realizar citologia	0,2296
Escolaridade e realizar citologia	0,4059
Ocupação e realizar citologia	0,5687
Renda e realizar citologia	0,1865
Ter auxílio de alguém e realizar citologia	0,3660
Sistema de saúde utilizado e realizar citologia	0,0710
Grau da LM e realizar citologia	0,6492
Realizar citologia e idade	0,0167
Estado e realizar exame clínico das mamas	0,0957
Estado civil e realizar exame clínico das mamas	0,1126
Cor e realizar exame clínico das mamas	0,2896
Escolaridade e realizar exame clínico das mamas	0,0639
Ocupação e realizar exame clínico das mamas	0,4567
Renda e realizar exame clínico das mamas	0,0092
Ter auxílio de alguém e realizar exame clínico das mamas	0,6900
Sistema de saúde utilizado e realizar exame clínico das mamas	<0,01
Grau da LM e realizar exame clínico das mamas	0,9541
Idade e realizar exame clínico das mamas	<0,01
Estado e realizar mamografia	0,2532
Estado civil e realizar mamografia	0,1992
Cor e realizar mamografia	0,6941
Escolaridade e realizar mamografia	0,6724
Ocupação e realizar mamografia	0,8170
Renda e realizar mamografia	0,4435
Ter auxílio de alguém e realizar mamografia	0,8533
Sistema de saúde utilizado e realizar mamografia	0,0276
Grau da LM e realizar mamografia	0,4025
Idade e realizar mamografia	< 0,01
Dificuldades/facilidades para realizar citologia e estado	0,5090
Dificuldades/facilidades para realizar mamografia e estado	1,000
Dificuldades/facilidades para realizar citologia e sistema de saúde utilizado	0,0372
Dificuldades/facilidades para realizar mamografia e sistema de saúde utilizado	0,0657
Dificuldades/facilidades para realizar citologia e grau da LM	0,6136
Dificuldades/facilidades para realizar mamografia e grau da LM	0,2251

Fonte: Banco de dados do estudo.

Legenda: *Teste exato de Fisher

Tabela 5. Apresentação dos resultados das regressões logísticas. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2021.

Associações	Teste Exato de Fisher (p)	Odds Ratio	Intervalo de Confiança 95%	
Sistema de saúde x ida ao ginecologista	0,0092			
Saúde suplementar versus SUS		4,534	1,383	14,858
Estado civil x realizar citologia	0,0403			
Com companheiro versus sem companheiro		2,973	1,091	8,098
Idade x realizar citologia	0,0167			
39 a 67 anos versus 25 a 38 anos		2,391	0,977	5,855
Renda x realizar exame clínico das mamas	0,0111			
Até 3 salários mínimos versus não informou		1,112	0,232	5,341
Mais que 3 salários versus não informou		4,375	0,776	24,661
Sistema de saúde x realizar exame clínico das mamas	<0,01			
Saúde suplementar versus SUS		4,486	1,947	10,334
Idade x realizar exame clínico das mamas	<0,01			
39 a 67 versus 25 a 38 anos		4,398	1,944	9,949
Sistema de saúde x realizar mamografia	0,0276			
Saúde suplementar versus SUS		2,391	1,147	4,985
Idade x realizar mamografia	<0,01			
39 a 67 versus 25 a 38 anos		24,344	8,774	67,544
Dificuldades/facilidades para citologia x sistema de saúde	0,0372			
Saúde suplementar versus SUS		2,542	1,062	6,083

Fonte: Banco de dados do estudo

Para a regressão logística, foram utilizadas as mesmas variáveis (Tabela 5), e os resultados demonstraram que mulheres que utilizaram a saúde suplementar apresentaram maior probabilidade de terem consultado com ginecologista do que as usuárias do SUS.

Para o exame de citologia, mulheres com companheiro apresentaram maior probabilidade de terem coletado o exame em relação às mulheres sem companheiro, assim como mulheres com maior idade apresentaram maior probabilidade de serem submetidas à citologia, porém, não se pode afirmar quanto, pois o intervalo de confiança não foi significativo (Tabela 5).

Referente ao exame clínico das mamas, mulheres com maior idade apresentaram quatro vezes mais chances de terem as mamas examinadas do que as mais jovens. Aquelas com maior renda apresentaram maior chance de terem as mamas examinadas, porém, com os valores do intervalo de confiança não tendo significância estatística, não se pode afirmar o quanto a renda interfere na realização deste procedimento. Quanto à mamografia, mulheres mais velhas apresentaram 24 vezes mais chances do que as mulheres mais novas de terem realizado mamografia após a LM (Tabela 5).

Quanto ao tipo de serviço de saúde, as mulheres que utilizavam a saúde suplementar apresentaram quatro vezes mais chances de serem submetidas ao exame clínico das

mamas do que as usuárias do SUS, além de terem duas vezes mais chances de realizarem a mamografia após a LM do que aquelas que utilizavam o SUS. Quanto à citologia, as usuárias da saúde suplementar apresentaram duas vezes mais chances de realizarem o exame do que as que utilizam o sistema público de saúde (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Com os resultados deste estudo, observou-se que 52,5% das mulheres realizaram mamografia e 79,2%, a citologia após a LM. Entretanto, apesar de buscarmos os exames de rastreamento de neoplasias, encontramos dificuldades no acesso e na acessibilidade, sendo considerado um fator para assistência à saúde ineficaz e inadequada, dado que corrobora a revisão da literatura, que identifica a mesma lacuna para mulheres com diferentes deficiências.⁷

Destaca-se que estudo americano, que explorou a associação entre o câncer e a presença de deficiência, apontou que pessoas com deficiência apresentaram taxas mais elevadas de câncer quando comparadas com aquelas sem deficiência e, em geral, recebem o diagnóstico da doença em estágios mais avançados.²³ Em outro estudo americano, que analisou dados de programas naquele país que oferecem serviços de

assistência médica, foi identificado que mulheres com LM são menos propensas, estatisticamente, a aderir às recomendações dos exames de rastreamento para câncer de mama e colo de útero quando comparadas às mulheres sem LM,²⁴ o que reforça a importância do rastreamento de câncer entre estas pessoas.

Dentre as inúmeras barreiras encontradas pelas mulheres com LM para acessar os exames de rastreamento de câncer, estão os determinantes sociais. Esses determinantes contribuem, significativamente, para a condição de saúde da população e incluem educação, renda, acesso a cuidados de saúde, transporte, entre outros, e são relevantes para as pessoas com deficiências.^{25,26}

A condição financeira das mulheres com deficiência interfere na realização de exames de rastreamento, como o exame clínico das mamas, a mamografia e a citologia, sendo que aquelas com maiores rendas apresentaram maior probabilidade de realizar os exames.²⁷⁻²⁹

Apesar de, no Brasil, o acesso à saúde ser gratuito e de o SUS oferecer os exames de rastreamento, as mulheres com LM que utilizam a saúde suplementar apresentam maiores oportunidades de realização do rastreamento. Na Inglaterra, onde os exames de rotina para rastreamento de câncer também são gratuitos, a participação de mulheres com deficiência é reduzida e o tipo de deficiência apresentada também interfere na realização,³⁰ dados corroborados por estudos que apontaram que mulheres com deficiência e sem seguro de saúde eram menos prováveis de realizar a citologia^{4,31} e a mamografia.^{4,31,32}

Quanto à escolaridade, os resultados deste estudo não confirmam nenhuma associação, porém demonstram que a taxa de realização dos exames aumenta de acordo com o nível educacional, corroborando outros estudos.^{4,27-29} Além disso, mulheres com deficiência, que não sabem ler e escrever, apresentam chances significativamente menores de realizar a citologia.³³

Diversos estudos^{4,27,31,34} corroboraram os resultados encontrados de que mulheres com deficiência e sem companheiro apresentam menor probabilidade de realizar a citologia e/ou a mamografia em comparação àquelas com companheiro. A presença do companheiro e/ou de familiar/cuidador indica rede social de suporte, que pode encorajar e acompanhar a mulher na realização dos exames de rastreamento.

Além dos determinantes sociais, o transporte foi citado como um dificultador para o acesso ao serviço de saúde, dado também destacado em estudos internacionais.^{30,35,36} Associados a isso, problemas com a estrutura dos serviços de saúde e a falta de equipamentos adaptados para pessoas com deficiência também foram relatados.³⁶⁻³⁸

A infraestrutura dos serviços públicos de saúde no país é de responsabilidade das três esferas de governo brasileiro.¹ Entretanto, observa-se a não adequação da estrutura física de UBS no Brasil, como demonstrou um estudo que analisou o acesso e a acessibilidade de 30.346 UBS nas diferentes regiões do país. Constatou-se que 21,7% dessas UBS não apresentavam a estrutura determinada pelo Ministério da Saúde, apontando-se

a falta de corrimão (19,6%) e do piso tátil (24,1%), No entanto, 87,1% possuem sinalização para acesso dos usuários e 77,3% apresentam estrutura externa adaptada para a cadeira de rodas.³⁹

A falta de conhecimento dos profissionais da saúde sobre a importância do rastreamento, sobre técnicas e abordagem para movimentar pessoas com deficiência foi mais uma barreira apontada nesta e em outras pesquisas.^{35,36} Associa-se a isso à falta de comunicação entre o profissional e a pessoa com deficiência, a qual favorece a condição de impotência e submissão,^{35,36} indo na contramão do cuidado integral, uma das premissas do SUS. Deve-se buscar assegurar boa ambiência, integração com a população local, instalações adequadas e profissionais qualificados, tendo em vista garantir acessibilidade ao maior número possível de pessoas, independentemente de suas características e limitações.³⁹

Barreiras pessoais também foram apontadas pelas participantes para a não realização do rastreamento, sendo que muitas justificam que não fazem os exames por constrangimento, ansiedade, falta de informação, por não os considerar necessários, visto que não apresentavam sintomas ou histórico de câncer na família. Em estudo turco,³⁶ os resultados demonstraram essa lacuna de conhecimento sobre os programas de rastreamento, porém, ao acessarem as informações, as mulheres manifestaram o desejo de realizá-los.

Em síntese, para diminuir as diferenças no atendimento e nas taxas de rastreamento de pessoas com deficiência, a disponibilidade de mais equipamentos médicos acessíveis a essas pessoas será o recurso que ajudará na melhoria dos atendimentos e no acesso aos serviços de saúde, juntamente com a dedicação contínua de prover equidade e qualidade do atendimento de saúde às pessoas com deficiência.⁴⁰

São limitações que podem ser consideradas para esta pesquisa: não foi realizado pré-teste do formulário; apenas mulheres que possuem acesso à internet puderam participar do estudo; o tamanho da amostra, pois, embora a coleta de dados tenha sido realizada em uma plataforma com mulheres com LM de vários Estados brasileiros, juntamente com a técnica *snowball*, a adesão das convidadas foi baixa; como não foram coletados dados de mulheres sem deficiência, não foi possível comparar quem participa mais dos programas de rastreamento, mulheres com ou sem deficiência.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa, conclui-se que mulheres com LM buscam a realização de exames de rastreamento de neoplasias. Entretanto, deve-se destacar que as usuárias do SUS têm mais dificuldade na realização de citologias e mamografias, além do exame clínico das mamas.

Outro ponto de destaque foram as barreiras de acesso e de acessibilidade encontradas pelas mulheres, independentemente do serviço de saúde utilizado. Essas barreiras vão desde o cuidador, passando pelo transporte, estrutura física, até a falta de capacitação dos profissionais de saúde no atendimento desse público.

Por fim, os achados podem direcionar os profissionais da saúde para o atendimento integral da saúde destas mulheres, observando-as além da LM. Principalmente, a área da Enfermagem, nas atividades realizadas na APS, pode atuar na elaboração e implementação de planos de cuidados e de educação em saúde acerca da prevenção e do rastreamento de cânceres de colo de útero e mama por meio das consultas de Enfermagem, realização de grupos temáticos com a comunidade e atuação junto aos agentes comunitários de saúde.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo: Renata Boer; Thais de Oliveira Gozzo.

Coleta ou produção dos dados: Renata Boer.

Análise de dados: Renata Boer; Thais de Oliveira Gozzo.

Interpretação dos resultados: Renata Boer; Fabiana Faleiros Santana Castro; Thais de Oliveira Gozzo.

Redação e revisão crítica do manuscrito: Renata Boer; Fabiana Faleiros Santana Castro; Thais de Oliveira Gozzo.

Aprovação da versão final do artigo: Renata Boer; Fabiana Faleiros Santana Castro; Thais de Oliveira Gozzo.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Renata Boer; Fabiana Faleiros Santana Castro; Thais de Oliveira Gozzo.

EDITOR ASSOCIADO

Stela Maris de Melo Padoin 

EDITOR CIENTÍFICO

Ivone Evangelista Cabral 

REFERÊNCIAS

1. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 22 set. 2017; Seção 1: 68.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2019.
3. Cobigo V, Ouellette-Kuntz H, Balogh R, Leung F, Lin E, Lunsy Y. Are cervical and breast cancer screening programmes equitable? The case of women with intellectual and developmental disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2013;57(5):478-88. <http://dx.doi.org/10.1111/jir.12035>. PMID:23506206.
4. Horner-Johnson W, Dobberty K, Andresen EM, Iezzoni LI. Breast and cervical cancer screening disparities associated with disability severity. *Womens Health Issues.* 2014;24(1):147-53. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.10.009>. PMID:24439941.
5. Merten JW, Pomeranz JL, King JL, Moorhouse M, Wynn RD. Barriers to cancer screening for people with disabilities: a literature review. *Disabil Health J.* 2015;8(1):9-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.06.004>. PMID:25096629.
6. Shin DW, Lee JW, Jung JH, Han K, Kim SY, Choi KS et al. Disparities in cervical cancer screening among women with disabilities: a national database study in South Korea. *J Clin Oncol.* 2018;36(27):2778-86. <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2018.77.7912>. PMID:30074846.
7. Boer R, Gozzo TO. Rastreamento de câncer em mulheres com deficiência: uma revisão integrativa. *Acta Fisiatr.* 2019;26(3):157-63.
8. Furlan JC, Sakakibara BM, Miller WC, Krassioukov AV. Global incidence and prevalence of traumatic spinal cord injury. *Can J Neurol Sci.* 2013;40(4):456-64. <http://dx.doi.org/10.1017/S0317167100014530>. PMID:23786727.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Diretrizes de atenção à pessoa com lesão medular. Brasília, DF: MS; 2013.
10. De França ISX, Coura AS, Sousa FS, Almeida PC, Pagliuca LMF. Quality of life in patients with spinal cord injury. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(1):155-63. PMID:23781737.
11. Schoeller SD, Martini AC, Forner S, Sader LT, Nogueira GC. Knowing to care: characterization of individuals with spinal cord injury treated at a rehabilitation center. *Fisioter Mov.* 2015;28(1):77-83. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-5150.028.001.AO08>.
12. Lofters A, Chaudhry M, Slater M, Schuler A, Milligan J, Lee J et al. Preventive care among primary care patients living with spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2019;42(6):702-8. <http://dx.doi.org/10.1080/10790268.2018.1432308>. PMID:29424661.
13. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
14. Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 20 set 1990 [citado 17 fev. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
15. Lei n. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. (BR). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 31 dez 1990 [citado 17 fev. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.
16. Portaria n 2.436 de 21 de setembro de 2017. (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF), 22 set 2017 [citado 17 fev. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
17. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q.* 2005;83(4):1-28. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>.
18. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
19. Instituto Nacional do Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
20. Ferreira SMA. Controle do câncer de mama no município de Ribeirão Preto, SP: panorama das ações na perspectiva das usuárias [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2016.
21. Nandan N, Gaebler-Spira D, Byrne R, Wolfman J, Reis JP, Hung CW et al. Breast cancer screening in women with cerebral palsy: Could care delivery be improved? *Disabil Health J.* 2018;11(3):435-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dhjo.2018.02.002>. PMID:29500093.
22. Fang WH, Yen CF, Hu J, Lin JD, Loh CH. The utilization and barriers of Pap smear among women with visual impairment. *Int J Equity Health.* 2016;15:65. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0354-4>. PMID:27068132.
23. Iezzoni LI, Rao SR, Agaronnik ND, El-Jawahri A. Associations between disability and breast or cervical cancers, accounting for screening disparities. *Med Care.* 2021;59(2):139-47. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0000000000001449>. PMID:33201087.
24. Xu X, Mann JR, Hardin JW, Gustafson E, McDermott SW, Deroche CB. Adherence to US Preventive Services Task Force recommendations for breast and cervical cancer screening for women who have a spinal cord injury. *J Spinal Cord Med.* 2017;40(1):76-84. <http://dx.doi.org/10.1080/10790268.2016.1153293>. PMID:27077580.
25. Andresen EM, Peterson-Besse JJ, Krahn GL, Walsh ES, Horner-Johnson W, Iezzoni LI. Pap, mammography, and clinical breast examination screening

- among women with disabilities: a systematic review. *Womens Health Issues*. 2013;23(4):205-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2013.04.002>. PMID:23816150.
26. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. 2013 [citado 17 abr. 2022]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/en/.
 27. Sakellariou D, Rotarou ES. Utilisation of mammography by women with mobility impairment in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*. 2019;9(3):e024571. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024571>. PMID:30878981.
 28. Yen SM, Kung PT, Tsai WC. Mammography usage with relevant factors among women with mental disabilities in Taiwan: a nationwide population-based study. *Res Dev Disabil*. 2015;37:182-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.052>. PMID:25483378.
 29. Yen SM, Kung PT, Tsai WC. Sociodemographic characteristics and health-related factors affecting the use of Pap smear screening among women with mental disabilities in Taiwan. *Res Dev Disabil*. 2015;36C:491-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2014.10.040>. PMID:25462509.
 30. Floud S, Barnes I, Verfürden M, Kuper H, Gathani T, Blanks RG et al. Disability and participation in breast and bowel cancer screening in England: a large prospective study. *Br J Cancer*. 2017;117(11):1711-4. <http://dx.doi.org/10.1038/bjc.2017.331>. PMID:28972966.
 31. Sakellariou D, Rotarou ES. Utilisation of cancer screening services by disabled women in Chile. *PLoS One*. 2017;12(5):e0176270. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0176270>. PMID:28459874.
 32. Ramjan L, Cotton A, Algosio M, Peters K. Barriers to breast and cervical cancer screening for women with physical disability: a review. *Women Health*. 2016;56(2):141-56. <http://dx.doi.org/10.1080/03630242.2015.1086463>. PMID:26325597.
 33. Bussière C, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Screening for cervical cancer: what are the determinants among adults with disabilities living in institutions? Findings from a National Survey in France. *Health Policy*. 2015;119(6):794-801. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.02.004>. PMID:25747512.
 34. Pearson J, Payne D, Yoshida K, Garrett N. Access to and engagement with cervical and breast screening services for women with disabilities in Aotearoa New Zealand. *Disabil Rehabil*. 2020;15:1-12. PMID:32931340.
 35. Sakellariou D, Anstey S, Gaze S, Girt E, Kelly D, Moore B et al. Barriers to accessing cancer services for adults with physical disabilities in England and Wales: an interview-based study. *BMJ Open*. 2019;9(6):e027555. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027555>. PMID:31248925.
 36. Kilic A, Tastan S, Guvenc G, Akyuz A. Breast and cervical cancer screening for women with physical disabilities: a qualitative study of experiences and barriers. *J Adv Nurs*. 2019;75(9):1976-86. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14048>. PMID:31087581.
 37. Courtney-Long E, Armour B, Frammartino B, Miller J. Factors associated with self-reported mammography use for women with and women without a disability. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(9):1279-86. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2010.2609>. PMID:21732810.
 38. Angus J, Seto L, Barry N, Cechetto N, Chandani S, Devaney J et al. Access to cancer screening for women with mobility disabilities. *J Cancer Educ*. 2012 mar;27(1):75-82. <http://dx.doi.org/10.1007/s13187-011-0273-4>. PMID:21927868.
 39. Pinho E, da Cunha T, Lemos M, Ferreira G, Lourenção L, Pinheiro H et al. Acesso e acessibilidade na atenção primária à saúde no Brasil. *Enfermagem em Foco*. 2020;11(2). <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.3449>.
 40. Iezzoni LI, Pendo E. Accessibility of medical diagnostic equipment - implications for people with disability. *N Engl J Med*. 2018;378(15):1371-3. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1800606>. PMID:29641961.

^a Artigo extraído de dissertação de mestrado "Acesso e acessibilidade ao rastreamento de câncer em mulheres brasileiras com lesão medular". Autor: Renata Boer. Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.^a Dr.^a Thais de Oliveira Gozzo. Defesa em 2021.