

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FEELT - FACULDADE DE ENGENHARIA ELÉTRICA

PRISCILA ALVES NUNES

Equidade no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em Pessoas com Deficiência:
Desafios e Perspectivas Para um Atendimento Eficiente

Uberlândia
2025

PRISCILA ALVES NUNES

Equidade no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em Pessoas com Deficiência:
Desafios e Perspectivas Para um Atendimento Eficiente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Engenharia Elétrica da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Engenharia Biomédica

Área de concentração: Engenharia Biomédica

Orientador: Ana Claudia Patrocínio

Uberlândia

2025

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

N972 2025	<p>Nunes, Priscila Alves, 1998- Equidade no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em Pessoas com Deficiência: Desafios e Perspectivas Para um Atendimento Eficiente [recurso eletrônico] / Priscila Alves Nunes. - 2025.</p> <p>Orientadora: Ana Claudia Patrocínio. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Engenharia Biomédica. Modo de acesso: Internet. Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Engenharia biomédica. I. Patrocínio, Ana Claudia ,1976-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em Engenharia Biomédica. III. Título.</p> <p>CDU: 62:61</p>
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

PRISCILA ALVES NUNES

Equidade no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em Pessoas com Deficiência:
Desafios e Perspectivas Para um Atendimento Eficiente

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Engenharia Elétrica da
Universidade Federal de Uberlândia como
requisito parcial para obtenção do título de
bacharel em Engenharia Biomédica

Área de concentração: Engenharia Biomédica

Uberlândia, 29 de agosto de 2025

Banca Examinadora:

Ana Claudia Patrocinio – Doutora em Engenharia Elétrica (UFU)

Pedro Cunha Carneiro – Doutor em Engenharia Elétrica (UFU)

Marisa Pinheiro Mourão – Doutora em Educação (UFU)

Dedico este trabalho à minha família, pelo
carinho, apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, ainda que cabível de certo clichê para nós cristãos, agradeço imensamente a Deus, pois sem Ele eu nada faria. A caminhada na graduação me testou de várias formas, mas hoje posso dizer que venci.

E seria impossível vencer sem você, mãe. Minha força e alicerce durante esses anos. Obrigada por todo apoio, orações e colo, dona Claudia.

E, falando em clichê, quero agradecer o meu eterno Amor Miguel, que surgiu na minha vida para fazê-la transbordar. Amor, você foi meu amigo e confidente. Obrigada por acreditar em mim nas inúmeras vezes em que eu duvidei. Acima de tudo, obrigada por ter sido bem mais que meu marido – Ora, até me casei nessa jornada maluca que foi a universidade. Você fez meus sonhos de menina serem a nossa vida.

Deixo um agradecimento especial à minha orientadora que me fez enxergar potencial em mim e foi mais do que uma professora tornando a sala de aula um ambiente de aprendizado e segurança, favorecendo o desenvolvimento de inúmeros estudantes. Ana Cláudia Patrocínio, você é uma verdadeira mestre! Obrigada, por ser mais uma Cláudia que me inspira a ser melhor.

Aos meus amigos que conheci nessa jornada e estiveram comigo arrancando risos em momentos complicados, estudando ou só vendo uma série para amenizar os “surto” pré-prova e contribuíram para este momento. Dri e Ana Ju, nunca vou esquecer nosso trio imbatível! Mel, Márcio, Vit e João, meu coração guarda todos os momentos de verdadeira amizade e apoio independente do tempo ou da distância.

Por fim, a todos os professores e servidores da UFU que contribuíram para o meu crescimento. Erika, você é uma professora e amiga memorável. Soninha, não há palavras que descrevam com precisão o seu impacto na vida dos estudantes.

“I close my eyes and I can see
The world that's waiting up for me that I call
my own.”
(The Greatest Showman, 2017)

RESUMO

Este trabalho investiga as barreiras que impedem pessoas com deficiência de acessar de forma efetiva o rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, analisa iniciativas e políticas públicas voltadas para a inclusão e propõe meios para promover atendimento equitativo; para isso, realiza uma revisão da literatura. A motivação reside no fato de que, embora o diagnóstico precoce do câncer de mama eleve as chances de cura para mais de 90%, as pessoas com deficiência estão sujeitas a piores níveis de saúde e a um acesso desigual aos serviços, frequentemente resultando em diagnósticos tardios e maior mortalidade. A metodologia consistiu em uma pesquisa qualitativa, por meio de revisão narrativa, com estratégia de busca em bases de dados científicas e institucionais, utilizando termos específicos em português e inglês, seguida de seleção e análise de artigos pertinentes publicados predominantemente entre 2010 e 2025. Os resultados sugerem um cenário complexo de barreiras multidimensionais: estruturais, comunicacionais, atitudinais e sistêmicas, que elevam o risco de diagnóstico tardio e de tratamentos menos rigorosos ou excessivamente invasivos para pessoas com deficiência; além da escassez de dados nacionais que dificultam políticas direcionadas; evidenciam também desigualdade na adesão a programas de rastreamento e apontam lacunas na implementação concreta de normas e na capacitação de profissionais. Como conclusão, o estudo aponta que a equidade exige ação intersetorial: adaptação da infraestrutura, capacitação contínua de profissionais, identificação ativa e registro das necessidades nos sistemas de saúde, comunicação acessível e uso de tecnologias de apoio para monitoramento, agendamento, realização de exames e consultas e acompanhamento médico. Recomenda-se ainda fortalecer coleta de dados e pesquisas locais para subsidiar políticas públicas e implantação de iniciativas de melhoria contínua dos estabelecimentos de saúde, visando reduzir diagnósticos tardios e alinhar práticas às diretrizes internacionais e nacionais de saúde inclusiva. A superação desses desafios é imperativa não apenas como uma questão de justiça social, mas como uma necessidade de saúde pública para garantir que os direitos legalmente assegurados se traduzam em acesso real e cuidado integral a toda a população.

Palavras-chave: acessibilidade; câncer de mama; equidade na saúde; pessoas com deficiência; rastreamento do câncer de mama.

ABSTRACT

This study investigates the barriers that prevent people with disabilities from effectively accessing breast cancer screening, diagnosis, and treatment. It analyzes initiatives and public policies aimed at inclusion and proposes means to promote equitable care. To achieve this, it conducts a literature review.

The motivation lies in the fact that, although the early diagnosis of breast cancer increases the chances of a cure to over 90%, people with disabilities are subject to poorer health outcomes and unequal access to services, frequently resulting in late diagnoses and higher mortality.

The methodology consisted of a qualitative research through a narrative review, with a search strategy across scientific and institutional databases, using specific terms in Portuguese and English, followed by the selection and analysis of pertinent articles published predominantly between 2010 and 2025.

The results suggest a complex scenario of multidimensional barriers: structural, communicational, attitudinal, and systemic, which elevate the risk of late diagnosis and less rigorous or excessively invasive treatments for people with disabilities. They also highlight the scarcity of national data that hinders targeted policies, evidence inequality in adherence to screening programs, and point to gaps in the concrete implementation of standards and in professional training.

In conclusion, the study indicates that equity requires intersectoral action: adaptation of infrastructure, continuous professional training, active identification and registration of needs in health systems, accessible communication, and the use of assistive technologies for monitoring, scheduling, performing tests and appointments, and medical follow-up.

It is also recommended to strengthen local data collection and research to support public policies and the implementation of continuous improvement initiatives in healthcare facilities, aiming to reduce late diagnoses and align practices with international and national guidelines for inclusive health.

Overcoming these challenges is imperative not only as a matter of social justice but as a public health necessity to ensure that legally guaranteed rights translate into real access and comprehensive care for the entire population.

Keywords: accessibility; breast cancer; breast cancer screening; health equity; people with disabilities.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Classificação da Incidência e Mortalidade dos Tipos de Câncer em Homens e Mulheres no Cenário Mundial em Números Absolutos	17
Figura 2 – Esquema Visual das Barreiras Determinadas como Fatores Pessoais.	26
Figura 3 – Esquema Visual das Barreiras Determinadas como Fatores Ambientais.	26
Figura 4 – Comparativo Das Taxas De Rastreamento de Câncer de Colo do Útero, de Mama e de Colón em Mulheres com e sem Deficiência na Pensilvania.....	31
Figura 5 – Comparativo do Rastreamento Mamográfico em Mulheres com e sem DI na Dinamarca.....	32
Figura 6 – Probabilidade de Rastreamento Mamográfico por Tipo de Deficiência.....	33
Figura 7 – Percentual de Mulheres que Realizaram Mamografia Após Lesão Medular.....	34
Figura 8 – Fluxo de seleção dos artigos	47
Figura 9 – Captura de tela da interface “Home” do aplicativo Saúde+ Uberlândia.....	58
Figura 10 – Captura de tela da interface “Minha Saúde” do aplicativo Saúde+ Uberlândia ...	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Termos de busca utilizados.....	45
Tabela 2 – Categorização das Referências	48
Tabela 3 – Quadro resumo: Principais eventos resultantes da disparidade de acesso entre pessoas com e sem deficiência	49
Tabela 4 – Sumarização das barreiras mais comuns no cotidiano da pessoa com deficiência para acessar os serviços de saúde	51
Tabela 5 – Quadro Resumo: Ações para Inclusão no Rastreamento do Câncer de Mama para Pessoas com Deficiência	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CC	Craniocaudal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2
EAS	Estabelecimento Assistencial de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IARC	International Agency for Research on Cancer
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Índice de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituição de Ensino Superior
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MDHC	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MLO	Mediolateral-oblíqua
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	Odds Ratio (Razão de Chances)
PcD	Pessoa com Deficiência
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SBOC	Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
TRH	Terapia de Reposição Hormonal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVO.....	16
2.1	Objetivos Específicos	16
2.2	MOTIVAÇÃO.....	16
2.2.1	<i>Panorama do câncer de mama e os impactos da doença</i>	<i>16</i>
2.2.2	<i>O padrão ouro da prevenção</i>	<i>18</i>
2.2.3	<i>O exame mamográfico.....</i>	<i>19</i>
3	PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVANÇOS LEGAIS, RECONHECIMENTO SOCIAL E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS	21
3.1	Cenário vivenciado por pessoas com deficiência	21
3.2	Barreiras.....	25
3.2.1	<i>Vivência da pessoa com deficiência nos programas de rastreamento do câncer de mama.....</i>	<i>30</i>
4	SAÚDE AO ALCANCE DE TODOS	35
4.1	Ações em prática	37
4.1.1	<i>Iniciativas governamentais para inclusão no rastreamento do câncer de mama</i>	<i>40</i>
5	METODOLOGIA.....	45
5.1	Tipo de Pesquisa	45
5.2	Estratégia de Busca.....	45
5.3	Seleção e Análise dos Artigos.....	46
5.4	Limitações.....	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
6.1	A realidade do PcD no cenário da saúde	49
6.1.1	<i>Barreiras Estruturais e Tecnológicas</i>	<i>52</i>
6.1.2	<i>Barreiras Comportamentais</i>	<i>53</i>
6.1.3	<i>Barreiras Sistêmicas</i>	<i>53</i>
6.2	Meios para a Equidade no Atendimento	54
6.2.1	<i>Atendimento Primário</i>	<i>56</i>
6.2.2	<i>Adaptação de Infraestrutura</i>	<i>56</i>
6.2.3	<i>Políticas Públicas e Estratégias.....</i>	<i>57</i>
6.2.3.1	<i>Capacitação Profissional</i>	<i>60</i>
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS.....	64

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna de maior incidência em todo o mundo, atingindo 2.296.840 pessoas só em 2022, além de ser responsável por uma das maiores taxas de mortalidade, especialmente, quando diagnosticado tardiamente. Segundo dados da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC - do inglês International Agency for Research on Cancer), que integra a Organização Mundial da Saúde (OMS), nesse mesmo ano foram registradas 666.103 mortes por câncer de mama. No cenário brasileiro, a configuração é ainda mais expressiva, o câncer de mama é a primeira causa de morte por câncer em mulheres e a segunda maior incidência de câncer ao considerar ambos os sexos (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2022).

A detecção precoce, por meio do exame de rastreamento, é crucial para reduzir a mortalidade. Se detectado em seus estágios iniciais, as chances de cura podem superar 95%. Nesse cenário, o INCA apresenta que os riscos de incidência do câncer de mama aumentam com o aumento da idade, demonstrando um número expressivo de diagnósticos a partir dos 50 anos. Por outro lado, as instituições de regulamentação como Colégio Brasileiro de Radiologia, associações de mastologia e oncologia recomendam que os exames de rastreamento priorizem grupos de mulheres a partir dos 40 anos, com recomendações de realização bianual ou anual a partir dos 30, quando há histórico familiar. Contudo, a prática está sujeita aos recursos e protocolos disponíveis em cada estabelecimento assistencial de saúde (EAS) na região em questão (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2023; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2024).

Embora os protocolos para realização dos exames de rastreamento do câncer de mama fiquem sujeitos às determinações de cada país, é indiscutível que o padrão ouro para detecção precoce é o exame de mamografia (WEISE; CVEJIC; TROLLOR, 2024).

No entanto, o acesso à mamografia e demais escopos de um tratamento eficiente podem ser limitado para uma porção da população que possua alguns tipos de deficiência. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 18,6 milhões de brasileiros de 2 anos ou mais possui algum tipo de deficiência, dentre limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, de leve a severa (IBGE, 2022; AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO IBGE, 2024). Essa parcela da população pode apresentar maiores chances de diagnósticos tardios de câncer de mama (NET, 2024) quando se observa que estão sujeitos a piores níveis de saúde se comparado com a população em geral, ao passo que há acesso desigual

aos serviços de saúde devido às barreiras enfrentadas no cotidiano dessas pessoas (BANKS & POLACK, 2014; TRANI & LOEB, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em alguns tipos de deficiência, ainda, a dificuldade de exercer a mobilidade com autonomia e independência pode levar à exclusão social, inatividade e ao sedentarismo, além de aumentar as chances de apresentação de doenças crônicas precoces, como osteoporose, hipertensão e diabetes, além do acometimento de depressão (World Health Organization, 2011). Ademais, no caso das pessoas com deficiência auditiva, que se utilizam da Língua Brasileira de Sinais como forma de comunicação, o acesso à informação, por meio da Língua Portuguesa e/ou por via audível, pode ser limitada e/ou impedida pelas barreiras linguísticas.

Ainda que haja lacunas no acervo de dados relacionado à taxa de mortalidade por câncer de mama em pessoas com deficiência no Brasil, no cenário mundial há estudos que demonstram que essa população apresenta maiores riscos de morte por doenças passíveis de prevenção ou diagnóstico precoce (IEZZONI; O'DAY, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; KEEGAN, 2023).

Em publicação, Iezzoni & Long-Bellil (2012) indicam que essas pessoas são mais propensas a apresentar câncer de mama em estágios III ou IV, devido ao atraso no diagnóstico, e assim, devido ao avanço da doença perdem, significativamente, as chances de cura e sobrevida, além de serem sujeitas a tratamentos de maiores complexidades (IEZZONI; LONG-BELLIL, 2012).

A falta de acessibilidade nos centros de saúde e clínicas de exames, ausência de equipamentos adaptados e formação insuficiente dos profissionais para lidar com as necessidades específicas de pessoas com deficiência são desafios comumente enfrentados por essa população.

Um cenário habitual para Lene Andersen, uma mulher com deficiência física que enfrentou vários desafios ao longo de sua vida para conseguir fazer exames de acompanhamento e rastreamento que teve seu relato publicado na revista Elsevier em parceria com Natasha Batchelor, uma supervisora de mamografia e imagiologia mamária com mais de 10 anos de experiência (ANDERSEN; BATCHELOR, 2023).

Andersen usou sua odisseia para acompanhar um nódulo no seio como demonstrativo da necessidade de melhorar a acessibilidade de pessoas com deficiência a exames de rastreamento. Por ser uma pessoa com deficiência não conseguia fácil acesso a esse tipo de atendimento devido a mobilidade limitada nos braços e ombros, causada por um quadro de artrite reumatoide na infância, o que a impossibilitava de realizar as posições requeridas para o exame de mamografia.

Durante muitos anos, como solução secundária, Lene realizou o monitoramento do nódulo e da saúde das mamas com exames de ultrassom, mas chegou a enfrentar outras barreiras que impossibilitaram de realizar o exame.

Relatos como o de Lene, que se apresenta como uma voz para este grupo de pessoas, demonstram a importância da averiguação do estado da arte da implementação de soluções para as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência no que diz respeito ao acesso de exames de rastreamento do câncer de mama.

Deste modo, ao averiguar o cenário vivenciado por esse grupo de cidadãos, bem como os desafios enfrentados e os meios para um atendimento eficiente, é possível compreender como profissionais da saúde e os demais setores político-sociais podem contribuir para o acesso equitativo ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

2 OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo investigar as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência para alcançar, de forma efetiva, os meios de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

2.1 Objetivos Específicos

- Analisar as barreiras estruturais, comunicacionais, atitudinais e sistêmicas que dificultam o acesso das pessoas com deficiência ao rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama.
- Examinar as iniciativas e políticas públicas de saúde inclusiva voltadas à atenção oncológica, identificando avanços, lacunas e desafios para sua efetiva implementação.
- Refletir sobre estratégias que favoreçam a equidade no cuidado em saúde das pessoas com deficiência, contemplando adaptações de infraestrutura, capacitação profissional e práticas intersetoriais de acompanhamento integral.

2.2 MOTIVAÇÃO

2.2.1 *Panorama do câncer de mama e os impactos da doença*

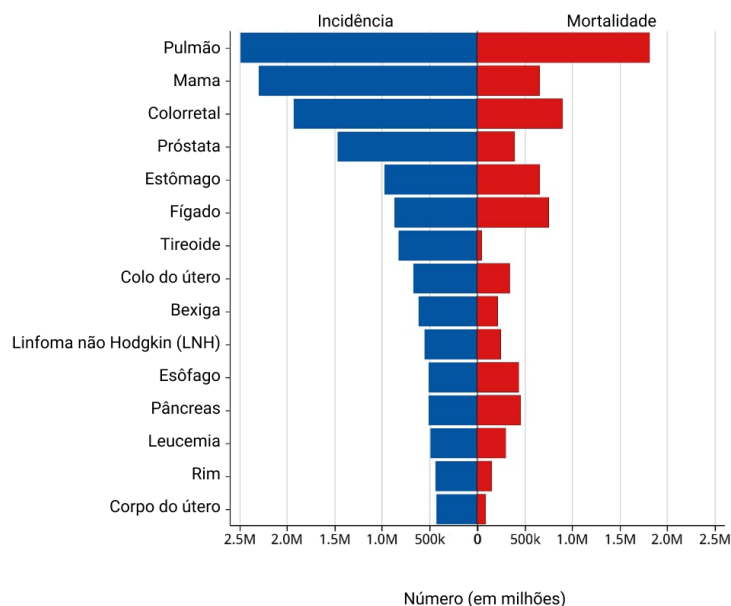
O câncer de mama é uma doença que afeta homens e mulheres pelo mundo e é caracterizada pela multiplicação desordenada de células anormais da mama, formando um tumor capaz de atingir tecidos adjacentes ou invadir outros órgãos.

Estima-se que 94.728 pessoas foram acometidas por essa doença no ano de 2022 no Brasil. Enquanto no cenário mundial, a Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC - International Agency for Research on Cancer) evidenciou que o câncer de mama acometera 2.296.840 pessoas e tirou a vida de 666.103 só no mesmo ano de 2022. Sendo este o câncer de segunda maior incidência mundial, ocupando também a 4ª posição no ranking de maior mortalidade em números absolutos, como é possível visualizar na Figura 1 (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2022).

Figura 1 – Classificação da Incidência e Mortalidade dos Tipos de Câncer em Homens e Mulheres no Cenário Mundial em Números Absolutos

Números absolutos, Incidência e Mortalidade, Ambos os sexos, em 2022

Mundo
(15 principais tipos de câncer)



Cancer TODAY | IARC - <https://gco.iarc.who.int/today>
Versão dos dados: Globocan 2022 (versão 1.1)
© Todos os Direitos Reservados 2025



Fonte: Cancer TODAY (IARC, 2022). Tradução da autora.

Essa neoplasia pode ser de desenvolvimento lento ou crescer rapidamente a depender do tipo em questão. Todavia, é fato que a maioria dos casos, quando identificados precocemente e devidamente tratados, apresentam bom prognóstico e possibilitam melhores resultados estéticos.

Quando detectado no início, especialistas da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC) e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) afirmam que as chances de cura vão de 90% a 95% (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2023).

O diagnóstico precoce é um dos principais fatores para esses números tão promissores. Todavia, o cenário completo se dá quando, avalia-se o câncer como uma doença geneticamente e clinicamente heterogênea, com múltiplos subtipos, objetivando maior especificidade para chegar ao tratamento mais assertivo.

Portanto, o acesso a cuidados médicos rápidos e de qualidade, como rastreamento, identificação, cirurgias eficazes, terapias-alvo e acompanhamento adequado, são decisivos para as chances de cura do paciente (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2022; SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA, 2023).

2.2.2 O padrão ouro da prevenção

Como dito, é incontestável a importância do diagnóstico precoce para maiores chances de cura e o exame de mama é a chave para identificar a neoplasia em um estágio inicial e melhorar as taxas de sobrevivência. Dentre as alternativas, como ultrassom, ressonância magnética e exames físicos como o autoexame, a mamografia é considerada o padrão-ouro do exame de mama, dado que as alternativas citadas são menos confiáveis na detecção do câncer (WEISE; CVEJIC; TROLLOR, 2024).

O exame de mamografia é um forte aliado nesse processo e é considerado preventivo por gerar imagens de alta qualidade capazes de revelar a existência até de microcalcificações. Estruturas visualizadas nas imagens como pequenas manchas formadas por depósitos de cálcio cujo diâmetro varia de 0,1 a 1 mm e podem representar o sinal mais precoce da doença (PISANO et al., 2005; BRASIL, 2007; BASILE et al., 2019).

Nesse ponto existe uma questão a ser frisada. Há uma diferença entre exames de prevenção e diagnóstico. Enquanto a mamografia de diagnóstico é utilizada para examinar a mama de mulheres que tiveram alterações na mamografia de rastreamento ou estão apresentando sintomas como a presença de nódulos, espessamento da mama ou descarga papilar (secreção das mamas). Para esse caso, um diagnóstico rápido e eficiente corrobora para que o tratamento adequado seja colocado em prática em tempo hábil. Por outro lado, a mamografia de rastreamento objetiva identificar sinais precoces de câncer em mulheres assintomáticas (BRASIL, 2007).

De acordo com a publicação “Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso do Ministério da Saúde (MS)”, recomenda-se o rastreamento anual por meio do exame clínico das mamas para todas as mulheres partir dos 40 anos; por meio de exame de mamografia para as mulheres com idade entre 50 e 69 anos com intervalo máximo de 2 anos entre os exames; anual em mulheres a partir dos 35 anos pertencentes a grupos de risco por meio de exame clínico somado a mamografia. Além disso, o documento explicita que deve haver garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para mulheres que tenham apresentado alterações em seus exames (BRASIL, 2004).

Há indícios na literatura para que a mamografia seja feita em mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos quando estas dispõem dos meios. Ainda que o MS faça recomendações diferentes, não se trata de um conflito que invalide as indicações, uma vez que os programas de

rastreamento de câncer de mama variam de país para país e a indicação de mamografia para mulheres assintomáticas entre 50 e 69 anos também é adotada em programas de rastreamento de outros países (BRASIL, 2007). Faixa etária de grande ganho no que diz respeito ao decaimento das chances de mortalidade. Haja vista que estudos como o de NELSON (2016) e CANELO-AYBAR et al (2021) demonstraram que a redução da chance de mortalidade nesse grupo pode superar os 20%.

Ademais, a mamografia deve ser realizada antes do início de terapias de reposição hormonal (TRH), para que seja estabelecido um padrão mamário e detectadas lesões não-palpáveis, visto que, qualquer alteração deve ser esclarecida antes do início da TRH. Após o início da reposição, a mamografia deve ser realizada anualmente. Por último, nos casos em que houve mastectomia, a mamografia, denominada então de mamografia de seguimento, deve ser realizada anualmente, independente da faixa etária, sendo crucial para estabelecer o estudo comparativo entre os exames (BRASIL, 2007).

2.2.3 O exame mamográfico

Para que sejam obtidas boas imagens para um adequado ou diagnóstico preciso, é necessário que o mamógrafo esteja em consonância com o item 4.18 da Portaria n.º 453/98 do Ministério da Saúde, “Diretrizes de proteção radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico”. Além disso, o profissional responsável pela realização do exame deve aplicar certos protocolos durante a realização do exame, como os recomendados pelo Documento de Consenso destinado para profissionais e publicado pelo MS (BRASIL, 2007).

Dentre as técnicas radiológicas apresentadas no documento cita-se a compressão das mamas e os posicionamentos do paciente durante o exame como foco desta seção, uma vez que dependem diretamente de orientação adequada e mobilidade do paciente.

De antemão, a compressão das mamas reduz a dose de radiação ao passo que aumenta o contraste da imagem, por diminuir a espessura do tecido incidido diminuindo a dispersão da radiação; reduz distorções e problemas na imagem por fixar e aproximar mama do filme; reduz a superposição de tecidos permitindo que lesões suspeitas sejam detectadas com mais facilidade e segurança (BRASIL, 2007).

Em relação ao posicionamento do paciente durante o exame explicita-se a realização de duas incidências mamográficas rotineiras em cada mama. Sendo elas mediolateral-oblíqua (MLO) e craniocaudal (CC), dado que essas incidências resultam no aumento da sensibilidade pela diminuição das áreas não expostas, diminuição de resultados falsos positivos visto que a identificação do mesmo achado em duas incidências distintas permite comparativos e pode

indicar a necessidade de investigação complementar e, principalmente porque, a incidência MLO destaca os quadrantes laterais da mama, locais de maior incidência cancerosa (JALES, 2015).

Neste ponto exalta-se a necessidade de comunicação adequada e eficiente durante o processo de exame, tanto pelo profissional de radiologia quanto dos demais integrantes da equipe médica. Afinal, as instruções para a realização do exame evidenciam que o paciente precisa de certa mobilidade, seja autônoma ou por auxílio de terceiros. Além disso, em casos pacientes com deficiências sensoriais, como surdez ou cegueira, a questão principal é a recepção eficiente das informações e orientações durante o exame. Não obstante, o correto posicionamento e adequação do processo às especificidades do indivíduo – centro do atendimento – dependem da plena compreensão entre paciente e profissional e da adaptabilidade do ambiente. Trazendo à luz a imprescindibilidade de reconhecer e mitigar possíveis barreiras que possam surgir nesse caminho.

3 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AVANÇOS LEGAIS, RECONHECIMENTO SOCIAL E DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

Segundo a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, uma pessoa com deficiência (PcD) é:

Art. 2º Considera-se 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.

Essa definição demonstra que a deficiência não se restringe às condições físicas e mentais de um indivíduo, mas tange sua condição de interação com o meio social. Logo, a capacidade de interação entre as características pessoais e as barreiras presentes no ambiente social, físico e cultural a que o indivíduo é submetido é o fator determinante para sua plena participação na sociedade.

Essa é uma definição contemporânea do que é a deficiência, chamada de modelo biopsicossocial em que a deficiência é vista como um resultado da interação entre a condição de saúde (biológica), fatores psicológicos e o contexto social, incluindo as barreiras ambientais e a falta de acessibilidade.

É válido ressaltar que essas barreiras podem ser urbanísticas, arquitetônicas, barreiras nos transportes, comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas, uma vez que a obstrução do gozo pleno e efetivo do direito de viver em sociedade em igualdade de condições é o cerne da questão.

Esse modelo biopsicossocial antagoniza o tradicional modelo biomédico. Este mais comumente conhecido pela população geral em que a deficiência é dada apenas pelas limitações individuais, devido a condições de saúde congênita ou adquirida, tratando a deficiência como um problema exclusivamente médico ou físico do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BANCO MUNDIAL, 2012).

3.1 Cenário vivenciado por pessoas com deficiência

Segundo os dados advindos do Censo Demográfico de 2010, disponibilizados pelo IBGE, cerca de 23,9% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência.

Esse levantamento considerou a existência de deficiências permanentes, do tipo visual, motora, auditiva e mental ou intelectual, bem como seu grau de severidade. Para essa classificação, foi observado se a pessoa “não consegue de modo algum”, apresenta “grande

“alguma dificuldade”, “nenhuma dificuldade” ao realizar as atividades características de cada uma das deficiências pesquisadas, como dificuldade permanente de ouvir, enxergar, se locomover ou algum impedimento para realização de atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar, entre outras (IBGE, 2010).

Tradicionalmente, o Censo demográfico ocorre a cada 10 anos, mas devido a pandemia de COVID-19, foi adiado por 2 anos. Logo, o último Censo demográfico completamente disponível diz respeito ao cenário demográfico brasileiro de 2010.

Em adição, é importante mencionar que nessa pesquisa a classificação para deficiência mental foi a apresentação por parte do indivíduo, no período da infância ou até os 18 anos, de retardo no desenvolvimento intelectual e dificuldade em: comunicação, autocuidado, realização de atividades domésticas, aprendizado e demais atividades cotidianas, como brincar ou trabalhar. Não considerando como deficiência mental “as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose” (IBGE, 2010).

Desse modo, faz-se necessário a apresentação de dados oriundos de documentos mais abrangentes, de modo que o quantitativo e o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência no Brasil, bem como suas condições de vida em diferentes dimensões estejam mais condizentes com a realidade vivida pelos brasileiros no presente, bem como a utilização de definições mais próximas do modelo biopsicossocial de deficiência. Principalmente quando se observa a exclusão da população autista no referido Censo. Grande objeto de interesse no presente trabalho ao se considerar questões sensoriais e comunicacionais em cenário clínico.

Uma vez que o censo de 2022 não esteja totalmente disponível, o relatório “Pessoas com Deficiência: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos, pesquisas e sistemas do Governo Federal”, elaborado pela Coordenação-Geral de Indicadores e Evidências em Direitos Humanos da Secretaria-Executiva do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC), em outubro de 2023, oferece um extenso conjunto de informações sobre a população com deficiência no Brasil. Esse relatório reúne um compilado de fontes de dados de registros administrativos, sistemas e pesquisas como Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), Base de Dados sobre os Benefícios de Prestação Continuada (BPC), Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), entre outros.

Dado que o relatório incorpora estatísticas de diferentes bases e sistemas, que por sua vez possuem definições e caracterizações próprias para cada pesquisa constituinte do documento, é certo que algumas comparações e associações de dados e informações entre as fontes são passíveis de certas ressalvas ao considerar as diferentes definições e os limites

metodológicos dos diversos registros. Portanto, o próprio acervo de informações deixa declarado que buscou-se trabalhar com as melhores informações disponíveis.

Quanto à identificação do quantitativo de pessoas com deficiência e seu perfil, é sabido que a escolha por pesquisas que apresentam dados censitários é primordial. No entanto, como já mencionado, dados do Censo Demográfico 2022 relativos à Pessoa com Deficiência não foram totalmente publicados, direcionando a exploração dessas informações para o acervo geral de dados de pesquisas nacionais, sistemas de informação e registros administrativos.

Como a utilização de bases de dados distintas resulta em diferenças conceituais e metodológicas é possível que haja limitações de comparabilidade dos dados. Todavia, para todos os efeitos, uma vez que o cerne do presente trabalho não se trata de comparações metodológicas, mas de evidenciar os efeitos surtidos pelo cenário vivenciado pela população com deficiência em seu acesso pleno à saúde, para cada assunto será utilizado e apresentado como fonte, o documento de melhor conjuntura para cada aspecto.

Portanto, para identificar o quantitativo e o perfil sociodemográfico das pessoas com deficiência foi utilizada a PNAD Contínua 2022, de forma que fossem utilizadas informações complementares de saúde, educação e violências a partir das outras bases.

Deste modo, em 2022 a PNAD apresentou que a população brasileira é composta por 18,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 8,9% do total de habitantes de 2 anos ou mais de idade domiciliados (não incluindo pessoas em instituições de longa permanência, em situação de rua ou no sistema prisional). Ou seja, quase 9 em cada 100 cidadãos possuem alguma deficiência (PNAD 2022; BRASIL, 2023).

Além disso, aproximadamente metade desses indivíduos são idosos, representando 47,2% do percentual, dentre os quais 62% são mulheres explicitando a necessidade de que as políticas voltadas a essa população considerem as perspectivas de gênero e intergeracionalidade (PNAD 2022; BRASIL, 2023).

Em termos de distribuição, a maior concentração de pessoas com deficiência está na região Nordeste do Brasil. Ao analisar a proporção de distribuição desse grupo de pessoas em cada região do país em relação a população total, a população do Nordeste detém 27% da população do país (cerca de 54,6 milhões de habitantes), mas representa 31,2% do total de pessoas com deficiência com aproximadamente 5,8 milhões de indivíduos (PNAD 2022; BRASIL, 2023).

Enquanto, no Sudeste, região de maior concentração populacional com 42,2% da população brasileira total (cerca de 84,8 milhões de habitantes), a taxa é de aproximadamente 8,5% com cerca de 7,2 milhões de PcDs. Já para as regiões Centro-Oeste, Norte e Sul não há

grande variação na proporção. Enquanto o Centro-Oeste possui 7,8% da população brasileira total e 7,5% do percentual da população com deficiência, o Norte apresenta 8,7% e 8,3% e o Sul 13,3% e 14,2% para os percentuais total e de população com deficiência, respectivamente (PNAD 2022; BRASIL, 2023).

No quesito educação, mais de 63% das pessoas com deficiência de 25 anos ou mais de idade não possuem educação formal ou possuem apenas o ensino fundamental incompleto enquanto esse índice é de aproximadamente 30% entre as pessoas sem deficiência (PNAD 2022; BRASIL, 2023).

No Brasil, é quase absoluta a taxa de escolarização para crianças na população geral, mas o cenário não é tão festivo com o aumento da idade e a presença de deficiências. Enquanto a taxa de escolarização entre crianças e adolescentes sem deficiência é de 99,4%, entre pessoas com deficiência é de 95,1% para a mesma faixa dos 6 aos 14 anos. Já dos 15 aos 17 anos, esse percentual reduz para 93% entre adolescentes sem deficiência e mais bruscamente para adolescentes com deficiência chegando aos 84,6% (BRASIL, 2023).

De modo mais detalhado, o relatório apresenta que a taxa de analfabetismo entre pessoas acima de 15 anos com deficiência supera consideravelmente a das pessoas sem deficiência na mesma faixa etária, 19,5% em comparação a 4,1%. Isso significa que a cada 10 pessoas com deficiência de 15 anos ou mais, 2 são analfabetas. Esse cenário apenas se agrava com o aumento da idade, em que a taxa de pessoas analfabetas com deficiência com 60 anos ou mais atinge 25,1% em detrimento de 12,6% para pessoas sem deficiência, podendo alcançar 42,6% de analfabetismo entre as pessoas cuja deficiência envolve “dificuldade de se comunicar, compreender e ser compreendida” (BRASIL, 2023).

Até o ano de 2022 apenas 25,6% das pessoas com deficiência tinham concluído pelo menos o Ensino Médio, enquanto 57,3% das pessoas sem deficiência tinham esse nível de instrução. Quanto ao acesso ao Ensino Superior em 2021, apenas 7 em cada 1.000 matrículas nos cursos de graduação eram de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação (IBGE, 2023; BRASIL, 2023).

Quando considerado o mercado de trabalho, a participação das pessoas com deficiência é menor em todas as faixas etárias quando comparada à das pessoas sem deficiência. Na faixa dos 30 aos 49 anos, aproximadamente metade das PcDs fazem parte da força de trabalho, enquanto entre aquelas sem deficiência, esse número sobe para cerca de 80%. Esse padrão também se reflete na taxa de ocupação, ou seja, na taxa de indivíduos que estão trabalhando e são remunerados por este trabalho, em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios (moradia, alimentação, roupas, treinamento etc.) (BRASIL, 2023).

Quando analisado por gênero, os homens com deficiência apresentam uma taxa de ocupação maior em relação às mulheres com deficiência, sendo 32,7% em detrimento a 22,4% (BRASIL, 2023).

Além disso, em todos os grupamentos de atividade, os rendimentos das pessoas com deficiência eram inferiores aos das pessoas sem deficiência, uma vez que o retorno financeiro do trabalho das pessoas com deficiência é 30% menor que a média da população brasileira, enquanto o rendimento das pessoas sem deficiência foi 1,4% acima da média nacional (IBGE, 2023).

Se considerado os demais âmbitos da sociedade, acessibilidade precisa existir em todos os outros campos, inclusive no cultural. A garantia de acesso à cultura, por meio da participação em shows, peças teatrais e outros eventos também é parte do Estatuto da Pessoa com Deficiência e um princípio de respeito aos direitos humanos.

Nesse cenário, em 2019, das 3300 salas de cinema do país, somente 269 tinha ao menos um recurso de acessibilidade visual e/ou auditiva, como prevê o Estatuto, seja Legenda Descritiva, Audiodescrição ou Libras, relatou a Agência Nacional de Cinema (SERPA, 2019).

Ainda que mencionado apenas a falta de acessibilidade em cinemas, é de se considerar que os meios de acesso à cultura, cidadania e informação estão muito ligados às condições de quem os utiliza. Seja financeiramente para possuir meios ou dispositivos com tecnologias de acessibilidade, seja por possuir as faculdades necessárias para os utilizar.

3.2 Barreiras

O livro “More Than Ramps: A Guide to Improving Health Care Quality and Access for People with Disabilities” escrito por Lisa I. Iezzoni e Bonnie L. O’day (IEZZONI; O’DAY, 2006), se destaca como uma espécie de tesouro ao falar sobre as experiências de pessoas com deficiência e os impactos vivenciados no que diz respeito ao acesso à saúde nos EUA.

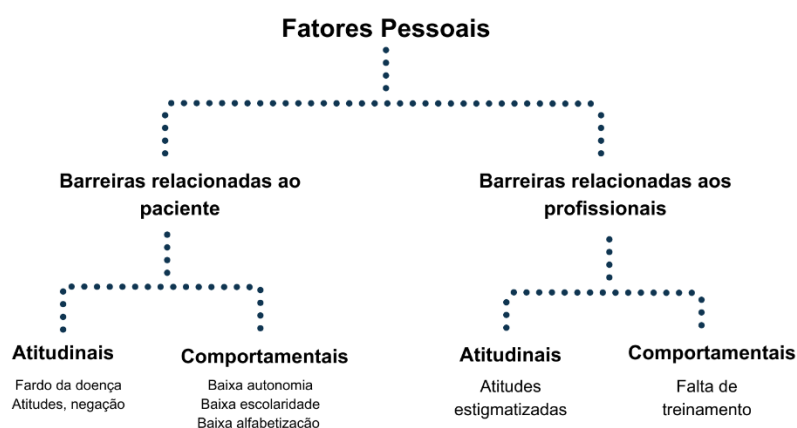
Esse documentário escrito ilustra os diversos problemas enfrentados por essa parcela da população com percepções valiosas de profissionais que vivenciaram deficiências e passaram muito tempo com essa população e, ainda que foque em questões vivenciadas nos EUA, os leitores percebem que problemas semelhantes ocorrem em outros países.

O ponto chave neste momento é a contextualização deixada por Iezzoni e O’day no decorrer do livro, do que são as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência.

As autoras apresentam que as barreiras se enquadram em 3 fatores de primeira ordem: comunicacionais, pessoais e ambientais. Os fatores pessoais incluem os atributos e as atitudes das PcDs e dos profissionais de saúde; os fatores ambientais abrangem ambientes físicos

inadequados, acomodações com comunicação inadequadas e problemas no sistema de saúde (IEZZONI; O'DAY, 2006). A Figura 2 apresenta as barreiras relacionadas ao que foi determinado como fatores pessoais.

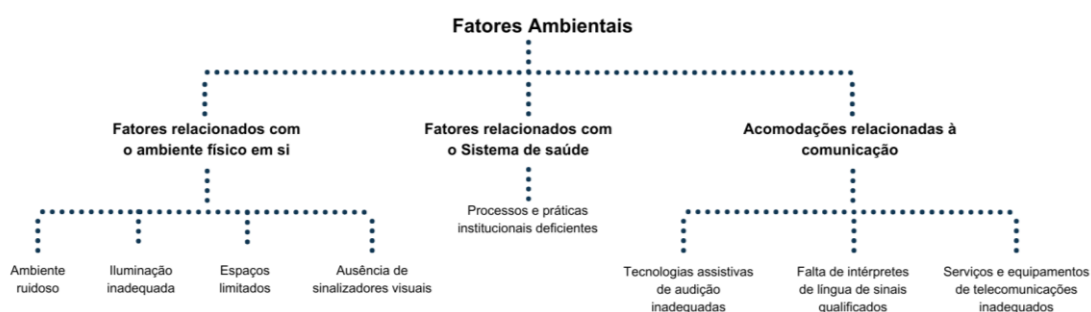
Figura 2 – Esquema Visual das Barreiras Determinadas como Fatores Pessoais.



Fonte: a autora

Além dos fatores pessoais, também se explicitou as barreiras relacionadas aos fatores ambientais, como no esquemático apresentado na Figura 3.

Figura 3 – Esquema Visual das Barreiras Determinadas como Fatores Ambientais.



Fonte: a autora

É possível observar que a comunicação foi citada também como fator de primeira ordem, mas não apresentada de forma gráfica como os demais fatores das Figura 2 e Figura 3. Isso ocorre, porque, embora esse delineamento das barreiras esteja, no livro, centrado de início a um paciente surdo, todos esses fatores e interações ocorrem em um contexto social mais

amplo, no qual a comunicação oral domina as interações explícitas entre as pessoas e está entremeada nos demais fatores, não sendo restrita a uma condição específica, mas possivelmente presente em todas as questões apresentadas nos esquemáticos. A comunicação ou a ausência dela se manifesta muito além da comunicação oral, seja visualmente por meio de recursos visuais ou de modo audível por meio de sinais sonoros

Praticamente todos os aspectos relacionados à assistência médica, desde a segurança das intervenções técnicas até o vínculo de confiança entre profissional e paciente, baseiam-se na comunicação entre esses indivíduos. Logo, essas barreiras também são aplicáveis a pessoas com outros tipos de deficiências, seja sensorial, físicas ou mentais, prejudicando a comunicação entre todos os aspectos do indivíduo como parte interativa do cenário médico (IEZZONI; O'DAY, 2006).

Segundo o Committee on Quality of Health Care in America (2021) o atendimento eficiente, seguro e centrado no paciente ocorre quando:

- O paciente recebe cuidado de acordo com suas necessidades e valores. De modo em que seja possível atender suas escolhas e preferências individuais.
- O paciente é visto como fonte de controle, sendo ele munido das informações necessárias e da possibilidade de controlar as decisões que o afeta. De modo que, o profissional envolvido no atendimento deve comportar as diferenças nas preferências dos pacientes e incentivar a tomada de decisão compartilhada.
- Há tomada de decisão baseada em evidências. Ou seja, os pacientes recebem cuidados com base no melhor conhecimento científico disponível e esses cuidados não são variáveis de forma ilógica de acordo com o clínico ou local.
- Deve haver uma comunicação eficaz entre profissional e paciente. Em que este possua total acesso às suas informações médicas e ao conhecimento clínico envolvido. Bem como à toda e qualquer informação que forneça ao paciente e sua família o aporte para tomar decisões quanto à escolha de um plano de saúde, hospital ou prática clínica, ou ao optar entre tratamentos alternativos. Incluindo informações sobre o desempenho do sistema em segurança, práticas baseadas em evidências e satisfação do paciente.
- Deve haver um ambiente com mecanismos inteligentes que prevejam falhas e neutralizem ameaças antes que se concretizem. A segurança deve ser intrínseca ao sistema, de modo que os pacientes estejam protegidos contra quaisquer danos decorrentes da própria estrutura de atendimento.

- A identificação das necessidades do paciente deve ser dinâmica, onde o sistema se antecipa e as previne, não apenas agindo de forma reativa aos eventos.

A comunicação integra os aspectos técnicos e humanos no cuidado em saúde. Logo, para que diagnósticos precisos e a administração segura de tratamentos sejam alcançados, é essencial que essa comunicação seja estabelecida com base em informações transparentes para que as escolhas terapêuticas estejam de acordo com as expectativas necessidades e valores individuais dos pacientes. Desse modo, o paciente é o centro da assistência médica fundamentada no respeito às suas individualidades (INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY, 2001).

Mesmo quando um dos interlocutores é um profissional de saúde, treinado explicitamente para esse processo de obter, avaliar e processar com eficiência as informações de outra pessoa, há a persistência de certos desafios. Fatores socioculturais como idade, formação educacional, contexto linguístico ou diferenças de renda são capazes de tornar cotidianas em obstáculos. Quando termos médicos especializados são inseridos nesse cenário, o risco de incompreensão aumenta, criando lacunas que impactam negativamente a qualidade geral do cuidado médico, conforme apontam análises sobre barreiras comunicacionais na área da saúde. (IEZZONI; O'DAY, 2006).

Ao considerar o fator deficiência nesse cenário há um impacto ainda maior, uma vez que deficiências sensoriais, como visão e audição limitadas e dificuldades cognitivas e físicas para escolher palavras e falar, podem afetar o ritmo, a natureza e o conteúdo do discurso compreendido pelo profissional receptor do discurso. Ainda que não seja natural que os médicos comuniquem conscientemente informações perigosas relacionadas à saúde de pacientes com deficiências, as atitudes complexas ou percepções errôneas dos médicos sobre a deficiência podem resultar na transmissão de informações ou orientações incompletas ou tendenciosas.

De acordo com o relato de Marta, um dos personagens que apresenta sua realidade em *More Than Ramps*, “os médicos me dizem que não preciso me preocupar com o fato de os antibióticos serem ototóxicos”. Sua fala demonstra uma percepção errônea dos médicos em que tendo sua audição já prejudicada, não importa se Marta toma medicamentos que podem causar perda auditiva adicional. Com essa constante e triste experiência, Marta passou a investigar, por conta todos os medicamentos que seus médicos prescrevem para saber sobre os possíveis efeitos colaterais.

O atendimento centrado no paciente exige que os médicos procurem entender os valores e as preferências de todos os pacientes, independente de suas habilidades. Isso exige uma

comunicação atenciosa, abrangente e sensível entre o paciente e o médico. Dar ouvidos ao que o paciente – centro do atendimento – tem a dizer, oferece informações e advertências úteis sobre como a deficiência pode, em certos casos, influenciar essa comunicação e a forma como o tratamento poderá seguir.

Em um estudo focado nas barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência para acessar os serviços de saúde, GERALDO e ANDRADE (2022) apresentaram em sua análise que transitar pelos edifícios, corredores, consultórios e salas de exames são de grande impacto para essa população, quando trata-se de barreiras físicas, onde fatores comumente despercebidos para pessoas não deficientes como lama, cascalhos e terrenos irregulares, nada significam.

Ainda neste estudo, os autores fazem a seguinte categorização das barreiras: barreiras físicas, barreiras nos transportes, barreiras econômico-sociais, barreiras tecnológicas, barreiras nas comunicações e na informação, barreiras organizacionais e políticas, barreiras assistenciais, barreiras atitudinais e barreiras culturais e simbólicas.

Por outro lado, Levesque, Harris e Russel (2013), ao expor que o acesso vai além da disponibilidade de serviços de saúde, levantaram em seu estudo a perspectiva de que as barreiras estão relacionadas à 5 dimensões do acesso ao cuidado: 1) Acessibilidade; 2) Aceitabilidade; 3) Disponibilidade e acomodação; 4) Acessibilidade econômica e 5) Adequação. E, para que o acesso seja efetivo, é necessário que as pessoas que interagem com essas dimensões possuam 1) Capacidade de perceber; 2) Capacidade de buscar; 3) Capacidade de alcançar; 4) Capacidade de pagar; e 5) Capacidade de se envolver. Logo, é preciso que o indivíduo esteja totalmente integrado no atendimento sendo capaz de interagir por completo com a natureza do serviço oferecido. Ou seja, não há barreiras para o acesso pleno ao serviço de saúde quando o indivíduo possui a oportunidade de identificar suas necessidades de saúde, buscar atendimento, chegar, usar esses serviços e ter suas necessidades atendidas.

Nesse mesmo cenário, Weise, Cvejic e Trollor (2024) comentam em sua pesquisa que as pessoas com deficiência intelectual têm menos probabilidade de já terem feito o exame e menos probabilidade de aderir às diretrizes de exame de mama em andamento do que as pessoas sem deficiência intelectual. Até a data de sua publicação (abril de 2024) não havia um consenso de especialistas sobre as estratégias necessárias para garantir que o exame de mama seja acessível a pessoas com DI, bem como não havia uma maneira de os serviços auditar sua acessibilidade. Além disso a oferta dos programas de triagem do câncer de mama estava sujeita as determinações de cada país. Por exemplo, na Austrália e no Canadá, os programas nacionais convidam mulheres com idade entre 50 e 74 anos a fazer uma mamografia a cada dois anos. Enquanto no Reino Unido, o programa de rastreamento de câncer de mama oferece a

mamografia de rastreio para mulheres com idade entre 50 e 70 anos a fazer o exame a cada três anos. Todavia, os autores mencionam que, a nível mundial, não há um consenso abrangente sobre as estratégias para viabilizar programas de rastreamento do câncer de mama acessíveis para pessoas com DI.

O trabalho utilizou as definições de Levesque sobre as 5 dimensões do acesso aos serviços de saúde e concluiu destacando a necessidade de diversas estratégias para garantir a acessibilidade do exame de mama, incluindo, por exemplo: tomada de decisão e consentimento, informações acessíveis, envolvimento de cuidadores e pessoas autossuficientes, acesso a agentes/guias de saúde bem como equipar as principais partes interessadas com as informações ferramentas necessárias.

Embora a equipe de saúde seja mais receptiva atualmente, a ausência de equipamentos totalmente adaptados nos ambientes pode exigir um esforço adicional tanto da equipe médica quanto cuidadores ou demais envolvidos no processo de viabilizar acesso adequado a saúde para a PcD.

3.2.1 Vivência da pessoa com deficiência nos programas de rastreio do câncer de mama

É salutar que as barreiras para o acesso pleno à saúde podem comprometer todas as dimensões do acesso à saúde, bem como todas as extensões dos serviços de saúde. No estudo *“Implications of physical access barriers for breast cancer diagnosis and treatment in women with mobility disability”* realizado por Agaronnik, El-Jawahri e Iezzoni (2022), mulheres com deficiência motora enfrentam barreiras de acesso físico na detecção e no tratamento do câncer de mama, uma vez que equipamentos de diagnóstico médico inacessíveis e desafios para acomodar a deficiência podem limitar o exame de rotina do câncer de mama, inclusive a mamografia e as opções de tratamento.

Os estudos levantados por Agaronnik, El-Jawahri e Iezzoni revelam que o despreparo dos profissionais sobre o conhecimento e a preparação adequados para oferecer atendimento equitativo a pessoas com deficiência impede que esses pacientes busquem e sigam com o atendimento.

Os autores evidenciaram que as barreiras físicas que impedem o pleno acesso aos exames de rastreio do câncer de mama afetaram o processo de detecção do câncer. Uma paciente com tetraplegia espástica decorrente de paralisia cerebral não pôde fazer a mamografia “devido à dificuldade de posicionamento por causa da paralisia cerebral”, somado ao medo da paciente em ter um espasmo durante o processo de compressão das mamas durante o exame e ser machucada pelo equipamento. Para ela, o ultrassom de mama sugeriu um cisto mamário.

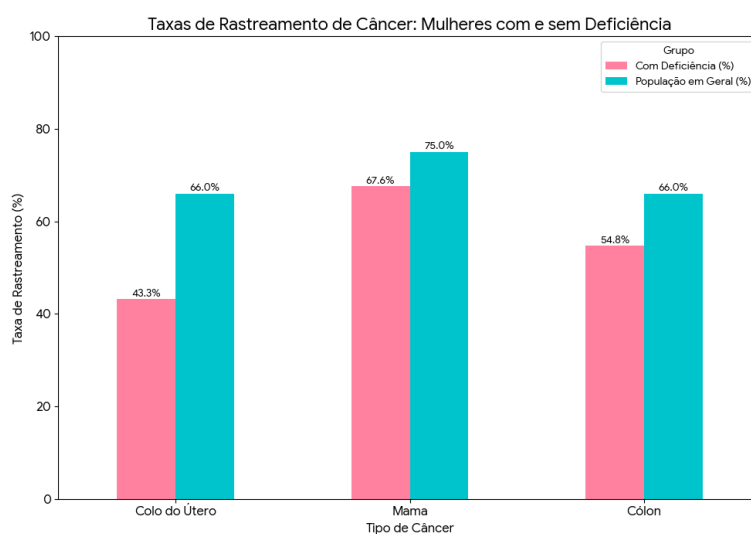
Em seguida, um exame clínico de palpação (frequentemente “limitado pelo posicionamento da paciente”) insinuou uma lesão mais suspeita. Mas quando finalmente chegou ao passo de fazer uma biópsia (cirúrgica), após atrasos e prejuízos, o resultado foi câncer de mama em estágio 2.

Ainda no mesmo estudo, outra paciente com síndrome pós-pólio, foi desconsiderada sem mais justificativas para uma mamografia por ser “impossível” e desconsiderada para uma ressonância magnética da mama que, apesar de não substituir a mamografia, é um procedimento de imagem que pode ser recomendado para mulheres com maior risco de câncer de mama.

Foi observado ainda que as barreiras também afetaram as opções de tratamento. Devido às dificuldades para acomodar adequadamente essas pessoas para as sessões de radioterapia adjuvante essencial, a mastectomia foi preferida às opções de conservação da mama, mesmo nos estágios iniciais do câncer de mama (AGARONNIK; EL-JAWAHRI; IEZZONI, 2022).

No estudo realizado por Aslam, Waxman e Maran (2024) com o objetivo de comparar as taxas de rastreamento de câncer de mama, de colo do útero e de cólon entre mulheres com e sem deficiência em uma rede de saúde do leste da Pensilvânia, foi observado taxas de rastreamento de câncer inferiores para o grupo de mulheres PcD, como observado na Figura 4. Para o câncer de colo do útero os pacientes com deficiência tiveram uma taxa de rastreamento de 43,3% contra 66,0% na população em geral, enquanto para o câncer de mama, o rastreamento foi de 67,6% contra 75,0% da população em geral. Para o rastreamento do câncer de cólon, 54,8% contra 66,0% de mulheres sem deficiência.

Figura 4 – Comparativo Das Taxas De Rastreamento de Câncer de Colo do Útero, de Mama e de Cólon em Mulheres com e sem Deficiência na Pensilvania



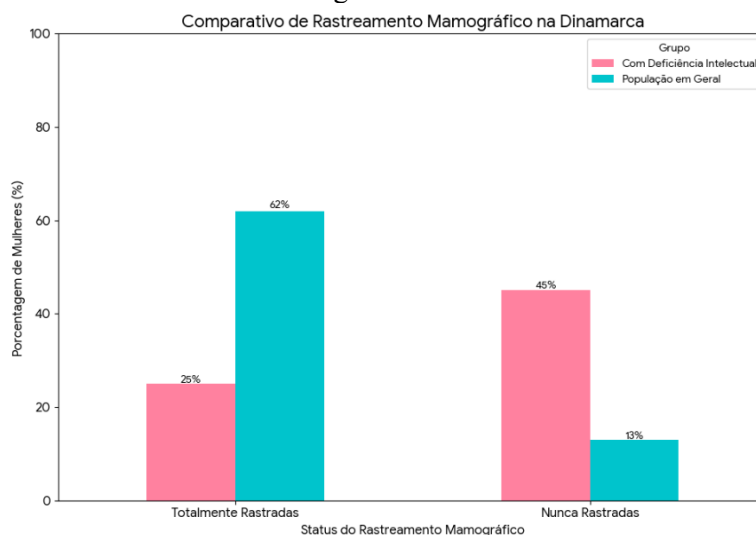
Fonte: ASLAM et al, 2024

Um cenário semelhante foi observado sobre a mamografia de rastreio na Dinamarca. Onde o programa nacional de rastreamento mamográfico atende mulheres de 50 a 69 anos, com

convites a cada 2 anos e apresenta adesão geral elevada com cerca de 84% de participação. O estudo *Breast Cancer Screening Among Women With Intellectual Disability in Denmark* comparou 5595 mulheres com deficiência intelectual (DI) a 49423 mulheres sem DI, pareadas por idade, avaliando quem foi totalmente, parcialmente ou nunca rastreada de 2007 a 2021, por meio da utilização do Banco de Dados de Qualidade Dinamarquês que contém informações sobre convites, participação e resultados de exames.

Como resultado foi observado que, embora o sistema de saúde dinamarquês ofereça acesso geral e gratuito, quase metade das mulheres com DI nunca fez mamografia de rastreio, frente a apenas 13 % no grupo de mulheres sem deficiência. Apenas 25% (1425) das mulheres PcD foram totalmente examinadas de acordo com as diretrizes do programa de rastreio dinamarquês em comparação com 62% (30480) do grupo geral. As mulheres com DI tiveram uma probabilidade quase cinco vezes maior ($OR^1 = 4,90$; $IC^{2\ 95\ \%}: 4,60-5,22$) de nunca terem sido examinadas em comparação às mulheres que não possuem deficiência. Haja vista que 45% das mulheres com DI (2498) nunca passaram pelo rastreio enquanto esse número foi de 13% (6573) no grupo oposto, como observado na Figura 5. Além disso, foi observado que o número de mulheres nunca examinadas aumentava de acordo com o aumento da gravidade da deficiência, chegando a 82% nos casos de DI profunda (HORSBØL et al, 2023).

Figura 5 – Comparativo do Rastreamento Mamográfico em Mulheres com e sem DI na Dinamarca



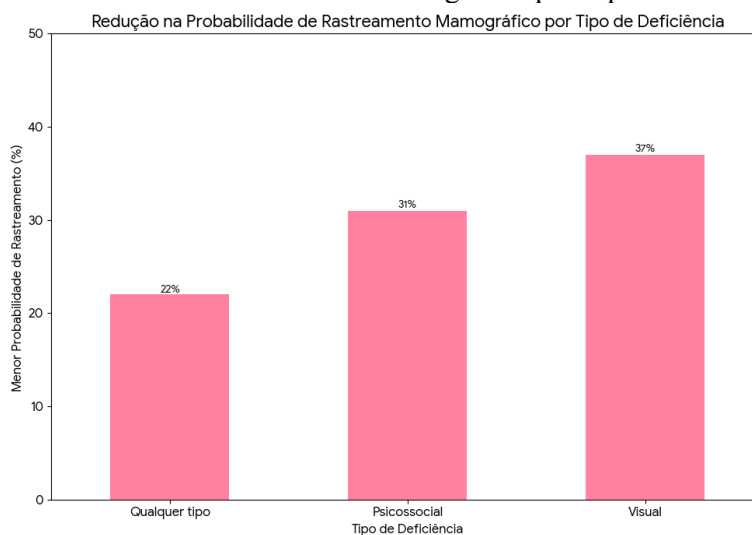
Fonte: HORSBØL et al, 2023

¹ O Odds Ratio (OR), em português denominado “Razão de chances”, compara a chance de um evento ocorrer em um grupo em relação à chance de ocorrer em outro grupo. Um OR maior que 1 indica que o fator de risco aumenta a chance do desfecho.

² O Intervalo de Confiança (IC) representa uma faixa de valores possíveis para a magnitude real do efeito. Assim, um estudo com 95% IC indica que, ao pegar uma amostra aleatória e construir 100 intervalos de confiança, 95 delas contém o parâmetro real.

Em adição, Keegan et al (2023) também aborda sobre a disparidade entre as chances de rastreamento de câncer de mama em mulheres com e sem deficiência. Em uma metanálise de 29 estudos, mulheres com qualquer tipo de deficiência apresentaram 22 % menos probabilidade de realizar rastreamento mamográfico regularmente, em comparação a mulheres sem deficiência (OR = 0,78). Já para mulheres com deficiências psicossociais, 31 % (OR = 0,69). Enquanto para mulheres com deficiência visual esse valor foi para 37% (OR = 0,69) menos chances de realizar o exame, como evidenciado na Figura 6. Além disso, para mulheres com deficiência motora, a cada aumento de 5 pontos no score da deficiência, a probabilidade de realização da mamografia decai em 25 % (OR ajustada = 0,95).

Figura 6 – Probabilidade de Rastreamento Mamográfico por Tipo de Deficiência



Fonte: KEEGAN et al, 2023

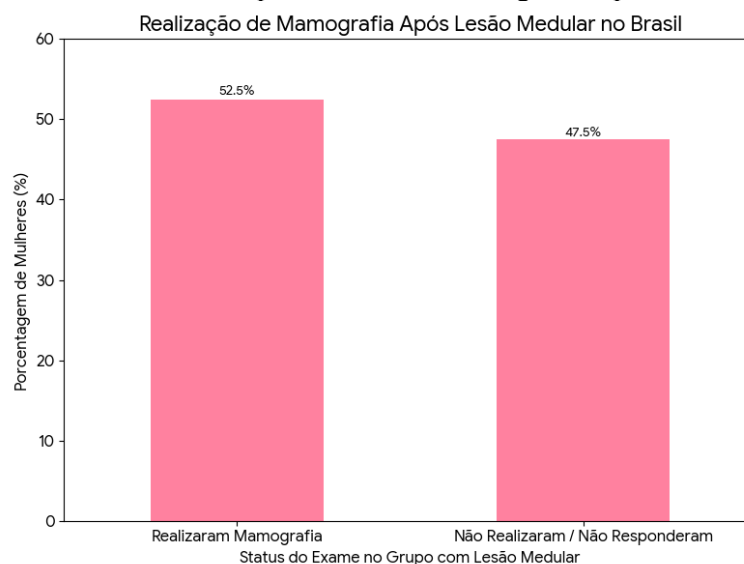
Quanto ao estágio e mortalidade por câncer de mama, os tumores encontrados em mulheres com deficiência no momento do diagnóstico possuem tamanho médio maior, possivelmente pela detecção tardia, contribuindo para as maiores taxas de mortalidade por câncer de mama em mulheres com deficiências em relação às sem. Além disso, o artigo relata que mesmo ajustando por características do tumor e características demográficas, mulheres com deficiência (para todos os tipos) apresentam maior risco de óbito por câncer de mama (KEEGAN et al, 2023).

Em acessão à Agaronnik et al (2022), os autores expõem as desigualdades no tratamento de mulheres com deficiência. Pacientes com deficiência têm metade da chance de receber tratamento conservador (tumorectomia) e são duas vezes mais propensas a mastectomia sem reconstrução. O rigor do tratamento também foi dissonante entre mulheres com e sem deficiência, uma vez que mulheres PcD tinham menor probabilidade de receber radioterapia e

dissecções de linfonodos, bem como duas vezes menos probabilidade de receber quimioterapia neoadjuvante. Sugerindo que as pacientes com deficiência recebem um tratamento menos rigoroso para o câncer de mama do que as mulheres sem deficiência (KEEGAN et al, 2023; TOSETTI et al, 2023).

A nível Brasil, das 120 mulheres com lesão medular participantes do estudo de Boer et al (2022) apenas 63 (52,5 %) realizaram mamografia após a lesão medular, enquanto 57 (47,5 %) não fizeram o exame ou não responderam a essa questão. Quase metade da amostra (57 mulheres) não respondeu sobre a periodicidade do exame, como é possível visualizar na Figura 7, o que pode indicar fragilidade no acompanhamento regular (BOER et al 2022).

Figura 7 – Percentual de Mulheres que Realizaram Mamografia Após Lesão Medular



Fonte: BOER et al 2022

Em suma, de modo geral, o coletivo dos estudos analisados demonstra que em comparação com pessoas sem deficiência, as pessoas com deficiência têm uma sobrevida menor, maior mortalidade, redução nas chances de acesso a cuidados melhores, atrasos no tratamento, subtratamento ou tratamento excessivamente invasivo. Além de pior acesso a serviços hospitalares, menor utilização de cuidados de saúde especializados, acesso mais difícil a medicamentos para dor e qualidade inadequada de cuidados no final da vida (TOSETTI et al, 2023).

4 SAÚDE AO ALCANCE DE TODOS

Enquanto definições mais obsoletas consideram o acesso apenas como um atributo dos serviços de saúde, referindo o fato de os serviços poderem ser utilizados por quem necessita de cuidados (SALKEVER, 1976), uma visão mais abrangente do acesso deve incorporar fatores relacionados com as características estruturais do sistema de cuidados de saúde (por exemplo, a disponibilidade), as características dos indivíduos, a interação social desses indivíduos e os fatores processuais (que descrevem as formas como o acesso é concretizado). Ou seja, deve compreender aspectos capazes de extinguir as barreiras enfrentadas por essas pessoas anteriormente citadas.

Nesse aspecto, o médico e pesquisador Avedis Donabedian introduziu em “*An Introduction to Quality Assurance in Health Care*” (2003), a acessibilidade como a facilidade com que os serviços de saúde podem ser alcançados e utilizados pelas pessoas quando necessários. Ele enfatiza que a acessibilidade não se limita apenas à disponibilidade geográfica ou física dos serviços, mas também inclui fatores socioeconômicas (custo acessível e compatível com a capacidade de pagamento do usuário), organizacionais (horários de funcionamento, agendamento e barreiras burocráticas), socioculturais (adaptação do serviço às necessidades, preferências e valores dos usuários) e a própria disponibilidade, ou seja, a existência de recursos e serviços adequados.

Complementando essa visão, Levesque, Harris e Russell (2013) contribuíram a partir de uma perspectiva dinâmica onde o acesso resulta de múltiplos fatores interligados, influenciado tanto por questões relacionadas a oferta (sistemas, instituições e profissionais de saúde) quanto da demanda de serviços (indivíduos, comunidades e a população) em processos contínuos.

Logo, o acesso pode ser traduzido como o fruto da interação completa e eficiente entre características individuais, contextos familiares, ambientes sociais e físicos, bem como aspectos dos sistemas de saúde, organizações e profissionais. Dessa forma, entende-se o acesso como a capacidade de reconhecer necessidades de saúde, buscar atendimento, alcançar recursos médicos, utilizar esses serviços e, efetivamente, receber cuidados alinhados às suas demandas.

Em sua revisão, Silva et al (2022) destaca estratégias para burlar algumas das barreiras mencionadas no tópico 3.5. Sendo categorizadas por nível de atenção: Básico, Especializado, Alta complexidade e Não especificado, tanto do ponto de vista de quem os utiliza (PcDs e seus familiares) quanto dos prestadores de cuidados.

- Em relação ao ponto de vista dos utilizadores, no nível Básico destaca-se a assistência de familiares, amigos e programas de apoio, as relações de confiança

com profissionais de saúde somado ao atendimento humanizado com respeito, comunicação clara e atenção as necessidades individuais do paciente, bem como sua participação ativa nas decisões do tratamento e, por fim, a oferta de informações, materiais educacionais e treinamento aos cuidadores e ao próprio paciente;

- Quanto ao nível Especializado, destaca-se a integração familiar e comunitária, por meio do acesso à informação (cuidadores com acesso a informações do tratamento dos filhos e dos serviços disponíveis), do cuidado considerando a família com o apoio de serviços sociais (boa relação entre profissionais e família, acompanhamento em casas de acolhimento e atendimento digno e acolhedor);
- No nível de Alta Complexidade observa-se fatores relacionados a otimização clínica e gestão eficiente, como intervenção ágil (como reabilitação multidisciplinar precoce), aumento da qualidade de vida com o tratamento, gestão eficiente dos casos com eficiência no atendimento, satisfação com o acesso de informação dos serviços, bem como relações positivas baseadas em confiança nos profissionais que resultam interações terapêuticas eficazes.
- Por último, no nível Não Especificado, há fatores relacionados à flexibilidade e inovação dos serviços para atender as necessidades diversas dos pacientes como customização dos serviços (adaptação de horários e atividade), uso de tecnologias para facilitar o atendimento (telerreabilitação e outros recursos), proteção aos cuidadores (atenção à sobrecarga e treinamento para qualidade de vida) e programas domiciliares.

Alguns pontos como confiança nos profissionais, troca eficaz de informações, respeito à dignidade e direitos, apoio social de família e amigos e a capacitação contínua de pacientes e cuidadores se apresentaram como fatores comuns a todos os níveis destacando a importância desses pontos.

Com relação aos facilitadores de acesso aos serviços de saúde do ponto de vista dos provedores:

- No nível Básico há foco em capacitação profissional e qualidade dos cuidados, com fatores que vão desde infraestrutura adequada, programas de prevenção e rastreio eficazes a relações colaborativas entre profissionais.
- Enquanto no nível Especializado há uma ênfase em integração setorial e eficiência operacional, destacando acessibilidade estrutural, como acessibilidade

arquitetônica, serviços online e disponibilidade de tecnologia assistiva e trabalho intersetorial, em que haja planejamento conjunto entre saúde, serviços sociais e educação.

- Quanto a Alta Complexidade, os fatores são relacionados excelência clínica e gestão avançada, como capacitação especializada dos profissionais em que eles possuam profundo conhecimento sobre deficiências e uma comunicação efetiva na troca de informações entre equipes multiprofissionais.
- Já no nível Não Especificado, similar ao anterior, exalta-se a inovação institucional e a abordagem inclusiva, com ações voltadas para políticas inclusivas, educação continuada e, principalmente, expansão de recursos como aumento de clínicos gerais e recursos tecnológicos.

Nesse aspecto, os fatores comuns estão relacionados ao acesso gerado pelas tecnologias (telemedicina, telerreabilitação), capacitação e educação continuada dos profissionais, comunicação eficiente, atitudes corretas não-estigmatizadas e abordagens preventivas.

Nas duas visões fica claro que a comunicação efetiva, os programas de prevenção e a educação continuada são identificados como primordiais para o acesso adequado de PcDs à saúde. Ainda em seu estudo, Silva realça que a qualidade de vida e o estado de saúde desse grupo de pessoas estão diretamente relacionados ao acesso a serviços de promoção da saúde, sendo necessário foco nos programas nacionais de prevenção e promoção da saúde.

4.1 Ações em prática

Em muitas nações de Primeiro Mundo, como Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, o crescimento na incidência do câncer de mama tem sido acompanhado por uma diminuição nas taxas de mortalidade. Esse cenário está relacionado, sobretudo, à implementação de programas de rastreamento mamográfico, que permitem um diagnóstico precoce, aliado à disponibilidade de tratamentos eficazes. Por outro lado, em nações como o Brasil, o aumento no número de casos vem sendo seguido por uma elevação nos óbitos, situação que reflete, principalmente, atrasos no diagnóstico e na iniciação de terapias adequadas. (BRASIL, 2004).

Considerando os desafios na prevenção primária do câncer de mama, as políticas públicas de saúde têm priorizado estratégias de diagnóstico precoce. Essa abordagem visa assegurar tanto a disponibilidade de métodos diagnósticos precisos quanto a implementação ágil de terapias adequadas.

Assim, para tratar das ações voltadas para incluir pessoas com deficiência no radar das ações de prevenção contra o câncer de mama, é necessário entender que inicialmente, os direitos de todas as pessoas estão fundamentados em princípios internacionais e nacionais que asseguram igualdade de oportunidades e dignidade.

Em primeiro lugar, é veementemente necessário ter em mente que o artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948, postula

Artigo 25º 1. Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade

Logo, é uma prerrogativa universal que ninguém pode ser discriminado com base em condições pessoais, incluindo deficiência.

A nível Brasil, o direito à igualdade é assegurado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã” e responsável por reger todo o ordenamento jurídico brasileiro, sendo a atual Carta Magna do país.

Neste documento, o artigo 1º apresenta que a dignidade do ser humano é um dos princípios da República, enquanto o artigo 3º determina a promoção do bem de todos, sem preconceitos ou discriminações como objetivo fundamental da República.

No contexto mais específico de saúde, o artigo 6º é claro ao determinar que saúde é um direito social garantido. Também reforçado pelo artigo 196º, o qual determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao tratar especificamente das pessoas com deficiência, o artigo 227º da Constituição determina a proteção e promoção de seus direitos. Em seu parágrafo 1º inciso II do fica claro o dever do Estado em criar programas específicos voltados para atender as necessidades desse grupo de pessoas e promover sua inclusão social.

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as pessoas portadoras de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente e do jovem portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de obstáculos arquitetônicos e de todas as formas de discriminação.

Cabe uma leitura mais amplificada deste artigo com foco em 3 pontos. O primeiro, em relação à criação de programas de prevenção e atendimento especializado, referindo-se ao desenvolvimento de políticas públicas que previnam situações de vulnerabilidade para pessoas com deficiência e ofereçam atendimento especializado nas áreas de saúde, educação, assistência social e outros serviços.

O segundo ponto a ser destacado diz respeito à “facilitação do acesso a bens e serviços coletivos” que se destina a garantir que esses cidadãos utilizem, de forma igualitária, espaços e serviços públicos ou privados abertos ao público, como transporte, educação, saúde e lazer. Logo, é uma leitura resultante dessa observação que garantir o direito igualitário às ações de prevenção e tratamento contra o câncer ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja imperativo ao Estado.

E por fim, ao observar o que margeia a “eliminação” de obstáculos arquitetônicos e de discriminação entramos em um cenário onde a Constituição estabelece a remoção de barreiras físicas (arquitetônicas) e atitudinais (discriminação) que impeçam ou dificultem o pleno exercício de direitos pelas pessoas com deficiência.

Como fruto de seus deveres anteriormente citados, o Estado brasileiro possui alguns marcos legais, ações, e políticas específicas de inclusão de PcD dentro do radar do SUS. A primeira conquista a ser mencionada se refere à Lei Brasileira de Inclusão (LBI) - Lei nº 13.146/2015, a qual exprime a obrigatoriedade da acessibilidade nos serviços de saúde, desde infraestrutura até comunicação, além de proibir a discriminação no atendimento e assegurar suporte adaptado, inclusive durante exames e tratamentos oncológicos.

Art. 244. A lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo atualmente existentes a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência, conforme o disposto no art. 227, § 2º.

Ainda que não seja uma lei com foco explícito em mamografia, a LBI visa assegurar o exercício da igualdade de direitos das pessoas com deficiência, bem como sua inclusão social e cidadania. Isso implica na necessidade de garantir que os serviços de saúde estejam aptos a oferecer atendimento equitativo a esse grupo de pessoas e que estas usufruam desses serviços, como os exames de rastreio e diagnóstico, por meio da adaptação de equipamentos, ambientes, protocolos etc.

Além da LBI, o acesso ao sistema de saúde é garantido por uma série de outros marcos legais e ações, desde princípios de direitos humanos até políticas específicas de inclusão no Brasil.

Nos últimos anos o país tem dado passos consideráveis em direção à proteção dos direitos da população com deficiência. Em 22 de dezembro de 2005 o Decreto nº 5.626 regulamentou a Lei nº 10.436/2002, que reconheceu a Língua Brasileira de Sinais (Libras) como meio legal de comunicação para garantir o direito à educação e à saúde para as pessoas surdas. Seu principal ganho diz respeito ao direito de atendimento em instituições de saúde com uso da Libras ou da presença de intérpretes.

Em 2009 houve a adoção da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU ao sistema jurídico nacional, representando um marco nessa trajetória. Consolidada pelos Decretos Federais nº 186/2008 e nº 6.949/2009, tornou-se lei que formalizou o comprometimento do Estado brasileiro na defesa das garantias fundamentais dessa população.

Um salto, de fato, foi dado em 2011 com o lançamento do Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612/2011), iniciativa que integrou diversas áreas governamentais através de ações coordenadas nos campos da educação, saúde, acessibilidade e integração social. Dentre seus desdobramentos práticos, destaca-se a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 2012 (Portaria nº 793/2012), estrutura que viabilizou a assistência abrangente no sistema público de saúde.

O ponto culminante desse processo evolutivo se deu em 2015 com a edição da Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015). Essa Lei representou uma transformação jurídica ao efetivar os princípios da Convenção Internacional, estabelecendo bases concretas para a equidade social e o exercício pleno da cidadania pelas pessoas com deficiência.

4.1.1 Iniciativas governamentais para inclusão no rastreamento do câncer de mama

Ao tratar da saúde da pessoa com deficiência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004 e atualizada em 2011, reconheceu a necessidade de ações específicas para mulheres com deficiência dentre outros grupos vulneráveis, considerando as barreiras que essas pessoas enfrentam para acessar os serviços de saúde. Em agosto de 2017 a 2ª Conferência Nacional da Saúde das Mulheres, organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), cujo tema foi “Saúde das mulheres: Desafios para a integralidade com equidade”, propôs: i) a realização de conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos; ii) pela implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; iii) e pela revisão da PNAISM resultando na Resolução nº 561, de 6 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017; SOUTO; MOREIRA, 2021).

Entre as principais determinações relacionadas à inclusão e acessibilidade de mulheres nessa resolução estão:

- Adaptação das unidades de saúde

73. Equipar e adaptar as unidades de saúde da atenção básica e especializada para atendimento às mulheres e meninas com deficiência, conforme a Lei Brasileira de Inclusão.
- Acessibilidade em consultas e exames

74. Garantir a acessibilidade para o atendimento de todas as mulheres com deficiência em consultas e exames, com tradutor intérprete de libras (TILS) para mulheres surdas e com guias-intérpretes para as mulheres surdo-cegas; melhorar a estrutura nos consultórios e ambulatórios para mulher com deficiência.
- Rede de atenção integral

75. Garantir o acesso e acessibilidade física, tecnológica, atitudinal, metodológica e instrumental na rede atenção a saúde das mulheres; Garantir à mulher com deficiência, acessibilidade na rede de enfrentamento a violência contra a mulher e de outros agravos, em todos os níveis de atenção à saúde, além equipes multidisciplinares que possam atender a essas mulheres em sua integralidade.
- Identificação no SUS

76. Garantir a identificação de pessoa com deficiência no cartão do cadastro do SUS com o objetivo de identificar as necessidades que cada deficiência requer no ato do atendimento pelas equipes de saúde.
- Unidade móvel acessível

78. Criar unidade móvel garantindo o direito à acessibilidade da mulher com deficiência, cadeirantes e/ou multietnia, composta por equipe multiprofissional para atender as mulheres de comunidades rurais e de difícil acesso. Esta unidade deve ser equipada com aparelhos, por exemplo, mamógrafos, USG, entre outros
- Hospital da Mulher inclusivo

95. Construir o hospital da mulher com política diferenciada de saúde contemplando a diversidade das mulheres da população LGBT, da população negra, das comunidades tradicionais de matriz africana, indígenas, quilombolas, mulheres ciganas, das mulheres em situação de rua, das mulheres com deficiência, das mulheres idosas, das mulheres apenadas, em situação de privação de liberdade, trabalhadoras sexuais e trabalhadoras do campo, das florestas e das águas, respeitando a acessibilidade de acordo com a LBI (Lei Brasileira de Inclusão nº 13.146/2016), sobretudo, garantindo a aquisição de equipamentos acessíveis em âmbito estadual com recursos ministeriais.
- Atendimento integral e humanizado

96. Garantir o atendimento integral e humanizado as mulheres em suas diversidades (negras, quilombolas indígenas, ciganas, LGBTT, com deficiência, mulheres do campo, das águas, da cidade etc.) assegurando o direito de acessibilidade nos serviços de saúde qualificados e agilidade nos processos de consultas e exames.

A Resolução ressalta algumas medidas sobre exames preventivos, em especial a mamografia de rastreamento, aplicáveis a todas as mulheres, incluindo as com deficiência. Como “garantir o cumprimento da Lei nº 11.664/2008 sobre a oferta de mamografia para as mulheres acima de 40 anos” e “garantir o acesso das mulheres ao rastreamento, procedimentos e tratamento de câncer de colo do útero e mama”, por meio da proposta de ampliação do financiamento e da tabela do SUS para os procedimentos ambulatoriais e de imagem relacionados aos cânceres de colo de útero e de mama (BRASIL, 2017). Mas não estabelece

pontos específicos de como aplicar ou aumentar a adesão desse grupo em programas de rastreamento contra o câncer de mama.

Em 23 de novembro de 2016, a Lei nº 11.664/2008, que trata da prevenção, detecção, tratamento e acompanhamento dos cânceres de colo do útero e de mama no âmbito do SUS, foi alterada e tornou obrigatório a garantia de atendimento acessível às mulheres com deficiência, incluindo equipamentos e condições adequadas para exames e tratamento. Desse modo, a agora Lei nº 13.362/2016 adiciona a garantia de que mulheres com deficiência tenham acesso a esses serviços de forma adequada, assegurando que elas possam realizar exames e tratamentos sem barreiras de acessibilidade (BRASIL, 2016).

No ano de 2017, houve um dos maiores ganhos nesse cenário. A Portaria de Consolidação nº 3/2017 instituiu formalmente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS. Ou seja, o SUS deve gerir adequadamente serviços para oferecer atendimento integral às pessoas com deficiência. O ganho se exalta ao observar que a RCPD estende as ações e serviços de saúde aos familiares, cuidadores e acompanhantes dessa população (BRASIL, 2017).

De forma geral, a proposta da RCPD é a remoção de barreiras (arquitetônicas, de comunicação, atitudinais etc.) e adaptação dos serviços para assegurar que esse grupo de pessoas tenha acesso igualitário a todos os níveis de atenção no SUS. Entre as ações previstas, o Anexo VI dispõe que a RCPD deve “promover o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência, por meio da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos em saúde” (BRASIL, 2017)

Isso significa que exames de rastreamento e prevenção, como a mamografia, fazem parte das responsabilidades da rede SUS. Embora a portaria não cite especificamente a mamografia, seu conceito de cuidado integral engloba a detecção precoce de doenças. Em consonância, reforça-se que “às mulheres com deficiência serão garantidos as condições e os equipamentos adequados que lhes assegurem o atendimento” previsto nas normas de prevenção (Lei 11.664/2008 e Lei nº 13.362/2016).

Logo, o SUS deve viabilizar e facilitar o processo de marcação de exames, transporte e assistência de forma a atender mulheres com deficiência para o rastreamento do câncer de mama. Assim, objetivos da RCPD destacáveis para este trabalho se projetam no comprometimento para garantir o acesso integral à saúde por meio de “Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação”; “Detectar agravos que possam gerar limitações a longo prazo” e “Formação, Qualificação e Capacitação permanente de profissionais de saúde” (BRASIL, 2017).

Atualmente, o SUS tem reforçado essas metas por meio de normas e guias específicos. A Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, reestruturou as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, atualizando a PNAISPD e a RCPD, ao revogar trechos antigos e introduzindo novos conceitos, diretrizes e mecanismos operacionais. Com a atualização os termos e conceitos foram ampliados para abranger a LBI (Lei Brasileira de Inclusão), adotando suas definições legais. De forma a reforçar explicitamente a perspectiva biopsicossocial de deficiência e incluir noção de ambiente facilitador à vida (vínculo do paciente com deficiência com familiares e comunidade) (BRASIL, 2023).

O Ministério da Saúde também atualizou em maio de 2024 a publicação do “Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida” para fornecer orientações aos profissionais de saúde visando qualificar o cuidado e o acesso das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida à atenção integral à saúde e, faz parte da agenda de inclusão da pessoa com deficiência prevista no Plano Viver Sem Limites e na LBI.

Uma das diretrizes de destaque se refere a busca ativa, ou seja, identificação e mapeamento de mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida pela Atenção Primária (como as Unidades Básicas de Saúde), para verificar se elas realizam os exames preventivos de rotina, como Papanicolau e mamografia. Além de manter o cadastro dessas pessoas atualizado e da promoção de ações como rodas de conversa e outras atividades educativas no território dessas unidades de atenção primária. Caso sejam encontradas lacunas (mulheres não cadastradas ou sem exames atualizados), recomenda-se visitá-las em domicílio, incluí-las em listas de chamada ativa ou convidá-las em campanhas coletivas. Assim, agentes comunitários e equipes de Saúde da Família devem mapear essas mulheres, estimulando-as a buscar o serviço e esclarecendo o direito ao exame de mamografia de rastreamento (BRASIL, 2019).

O guia preconiza a capacitação profissional e comunicação, bem como acolhimento humanizado e atenção clínica, sempre enfatizando a importância da comunicação adequada entre profissionais e pacientes além do respeito às especificidades de cada deficiência e individualidade de cada paciente. Com práticas como permitir acompanhante, se desejado, e oferecer suporte físico durante os exames, além de perguntar diretamente à paciente o que pode ser feito para que o exame seja confortável e qual a melhor posição ou posicionamento para sua realização (BRASIL, 2019).

Quanto ao tema capacitação profissional, a Portaria MEC nº 1.793 de 1994 deixa como recomendação o art. 2º. Assim como “a manutenção e expansão de estudos adicionais”. Sendo

uma recomendação ministerial, não uma obrigação automática para todos os cursos (BRASIL, 1994).

Art. 2º. Recomendar a inclusão de conteúdos relativos aos aspectos—Ético—Políticos—Educação da Normalização e Integração da Pessoa Portadora de Necessidades Especiais nos cursos do grupo de Ciência da Saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Terapia Ocupacional), no Curso de Serviço Social e nos demais cursos superiores, de acordo com as suas especificidades.

Ainda nesse cenário, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e resoluções da Câmara de Educação Superior (CES) do Conselho Nacional de Educação (CNE) ainda variam por curso. As DCNs para cursos específicos como Medicina, Enfermagem, Pedagogia etc. definem competências e eixos formativos que contemplam atenção integral, direitos humanos, cuidado de populações vulneráveis e princípios do SUS. Contudo, a forma de inclusão (componente dedicado, ementas ou conteúdos integrados) fica a cargo das diretrizes específicas e do Projeto Pedagógico de Curso (PPC) da Instituição de Ensino Superior (IES). Assim, para saber se um curso exige componente curricular explícito, é preciso consultar a DCN específica daquele curso disponível no acervo de Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação (BRASIL, 2024).

Em 23 de novembro de 2023 o Plano Viver Sem Limite foi atualizado para o Novo Viver sem Limite, por intermédio do Decreto nº 11.793/ 2023, onde o termo “capacitismo” foi utilizado pela primeira vez na legislação brasileira sobre direitos humanos. Esse novo plano foi estruturado nos seguintes eixos de atuação: Gestão inclusiva e participativa; Enfrentamento à violência e ao capacitismo; Acessibilidade e tecnologia assistiva; e Promoção dos direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (BRASIL, 2024; BRASIL, 2025).

Entre as conquistas, destacam-se: reajuste de 35% no custeio dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), garantindo maior sustentabilidade financeira para serviços de reabilitação física, visual, auditiva e intelectual; Oferta de 250 000 vagas em cursos de formação para professores em educação inclusiva; Entrega de salas multissensoriais em aeroportos para pessoas neurodivergentes e Implementação de 28 laboratórios de Tecnologia Assistiva, com foco em estimular pesquisa, inovação e empreendedorismo na área (BRASIL, 2024; BRASIL, 2025).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Pesquisa

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa, que visa sintetizar evidências científicas sobre as barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência (PcD) nos programas de rastreio do câncer de mama.

A escolha dessa abordagem se deu pela necessidade de abranger perspectivas multidisciplinares sobre o tema e a dificuldade de encontrar materiais a respeito. E assim possibilitar a análise de dados, estudos científicos e documentos institucionais que discutem desigualdades de acesso, diretrizes de atendimento, políticas públicas e recomendações clínicas voltadas a essa população.

5.2 Estratégia de Busca

A seleção partiu do princípio básico de busca nas principais bases científicas e estatísticas, bem como consulta de documentos institucionais, legislações e fontes diversas como periódicos, livros, entre outros. Seguindo o seguinte:

- Bases científicas: PubMed, SciELO, National Library of Medicine e Web of Science
- Bases estatísticas: Global Cancer Observatory, IBGE e INCA
- Documentos oficiais: Legislação brasileira, portarias do Ministério da Saúde, diretrizes da FEBRASGO e SBOC e Relatórios Governamentais;
- Fontes diversas: Periódicos científicos.

Na barra de pesquisa, foi utilizado as combinações apresentadas conforme a Tabela 1, tanto em português quanto inglês.

Tabela 1 – Termos de busca utilizados

CATEGORIA	INGLÊS	PORTUGUÊS
Barreiras ao Acesso	“disability” AND “breast cancer screening” AND “access barriers”	“deficiência” AND “exame de câncer de mama” AND “barreiras de acesso”
	“accessibility” AND “mammography” AND “women with disability”	“acessibilidade” AND “mamografia” AND “mulheres com deficiência”
	“healthcare disparities” AND “women disability” AND “cancer diagnosis”	“disparidades no atendimento à saúde” AND “mulheres com deficiência” AND “diagnóstico de câncer”

Deficiência Intelectual e/ou Física e/ou Baixa Mobilidade	“intellectual disability” AND “breast cancer incidence”	“deficiência intelectual” AND “incidência de câncer de mama”
	“mobility impairment” AND “cancer treatment delays”	“comprometimento da mobilidade” AND “atrasos no tratamento do câncer”
Inclusão na Saúde e Experiência do Paciente	“patient-centered care” AND “breast imaging” AND “disability”	“cuidado centrado no paciente” AND “imagem mamária” AND “deficiência”
	“inclusive healthcare” AND “mammography” AND “best practices”	“atenção à saúde inclusiva” AND “mamografia” AND “melhores práticas”

Fonte: a autora

Quanto ao período, os materiais foram separados em 3 blocos principais. O primeiro, de 2010 a 2020, foi utilizado como contextualização geral do tema e verificação da evolução, principalmente no período pré-pandemia de COVID 19. O segundo, de 2021 a 2023, para acompanhamento e identificação de conquistas ou retrocesso nos ganhos para a população alvo. E, por fim, de 2024 a 2025, para identificar as atualizações mais recentes em relação ao tema, ou seja, compreender como está o acesso e as barreiras atualmente.

Para encontrar materiais que abordassem o cenário brasileiro também foi utilizado as combinações mais direcionadas.

Para barreiras no contexto brasileiro

- “pessoas com deficiência” AND “acesso ao rastreio do câncer de mama”
- “acessibilidade” AND “mamografia” AND “deficiência física”
- “barreiras atitudinais” AND “saúde da mulher” AND “deficiência”

Para identificar Políticas Públicas voltadas para o tema:

- “Lei Brasileira de Inclusão” AND “saúde” AND “câncer de mama”
- “SUS” AND “equidade” AND “pessoas com deficiência”

É válido mencionar que a pesquisa foi feita majoritariamente em inglês por conta da escassez de informações sobre o tema no cenário nacional. Haja vista que o mesmo conjunto de busca foi utilizado nos dois idiomas, mas apenas os artigos “Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese” e “Facilitadores do acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: revisão de escopo” foram pertinentes ao tema.

5.3 Seleção e Análise dos Artigos

Tendo em mãos as fontes obtidas com a busca inicial, o processo seguiu com a triagem inicial, por meio da leitura dos títulos e resumo dos artigos, com exclusão daqueles fora do escopo (como estudos sem foco em PcD ou focados em outros tipos de câncer).

Critérios de inclusão:

- Pertinência ao tema da pesquisa e relevância do conteúdo;
- Estudos que abordassem barreiras ao rastreio do câncer de mama em PcD;
- Dados sobre incidência, estágio de diagnóstico ou políticas públicas.

Critérios de Exclusão:

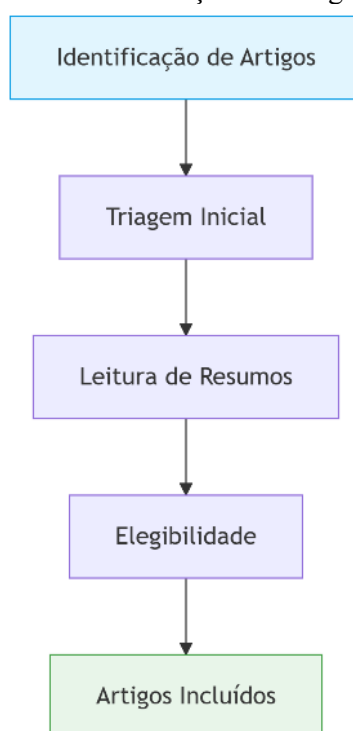
- Estudos sem foco em câncer de mama ou sem foco em pessoas com deficiência;

Em seguida, foi realizada a seleção final, por meio da leitura completa dos artigos pré-selecionados, avaliando a relevância para os objetivos do trabalho. Assim, nessa etapa, os artigos foram separados nas categorias chave:

- Dados Epidemiológicos (Incidência, Sobrevida)
- Barreiras ao rastreio (físicas, comunicacionais, atitudinais);
- Protocolos ou recomendações para equidade no atendimento.

Com o método de busca por palavras-chave foram encontrados 50 artigos, que passaram pelo processo de triagem apresentado na Figura 8.

Figura 8 – Fluxo de seleção dos artigos



Fonte: a autora

Como resultado, 12 artigos foram escolhidos, dentre os 50 inicialmente encontrados. apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 – Categorização das Referências

Dados Epidemiológicos	1. <i>Disparities in breast cancer among patients with disabilities: care gaps, accessibility, and best practices.</i> (KEEGAN et al, 2023)	2. <i>Do people with disabilities experience disparities in cancer care? A systematic review.</i> (TOSETTI; KUPER, 2023)	3. <i>Breast cancer screening among women with intellectual disability in Denmark.</i> (HORSBØL et al, 2023)
	1. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese. (GERALDO; JULIANA, 2022)	2. <i>Access and accessibility to cancer screening for Brazilian women with spinal cord injury.</i> (BOER et al, 2022)	3. <i>Implications of physical access barriers for breast cancer diagnosis and treatment in women with mobility disability.</i> (AGARONNIK et al, 2022)
Barreiras ao Rastreio	4. <i>Training physicians about caring for persons with disabilities: “Nothing about us without us!”.</i> (IEZZONI; LONG-BELLIL, 2012)	5. <i>A systematic review to evaluate the barriers to breast cancer screening in women with disability.</i> (ALMOHAMMED, 2024)	6. <i>Exploring disparities in cancer screening among women with disabilities.</i> (ASLAM et al, 2024)
	1. <i>Making mammography inclusive for patients with disabilities.</i> (ANDERSEN, Lene; BATCHELOR, 2023)	2. <i>Optimizing the patient experience for women with disabilities in the breast imaging clinic.</i> (NET et al, 2024)	3. <i>Strategies for accessible breast screening for people with intellectual disability.</i> (WEISE et al, 2024)
Recomendações para Equidade no Atendimento			

Fonte: a autora

Esses estudos foram incluídos na análise final, por atenderem aos critérios e oferecerem contribuições diretas ao tema. Além dos materiais de bases estatísticas e institucionais, como IBGE, INCA e GCO, como cartilhas, manuais e relatórios voltados para profissionais da área.

5.4 Limitações

Para este trabalho, foi observado que a maior limitação se dava pela disponibilidade de dados. Há uma certa escassez de literatura específica sobre PcD em programas de rastreio, ou políticas públicas e ações voltadas para a inclusão dessa população em programas de rastreio, especialmente em países em desenvolvimento.

Como o estudo utilizou apenas fontes secundárias (artigos públicos), não foi necessário submeter a projeto a um comitê de ética.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A realidade do PcD no cenário da saúde

A pesquisa realizada apontou um cenário complexo de barreiras que comprometem o acesso adequado e efetivo de pessoas com deficiência ao rastreamento e tratamento do câncer de mama. A Tabela 3 apresenta de forma resumida as disparidades sofridas por mulheres com deficiência em relação ao acesso a mamografia de rastreio do câncer de mama, bem como o tratamento adequado e em tempo hábil em comparação a mulheres sem deficiência discurridos neste trabalho.

Tabela 3 – Quadro resumo: Principais eventos resultantes da disparidade de acesso entre pessoas com e sem deficiência

CONTRIBUIÇÃO	REFERÊNCIA
Fatores cotidianos, como lama, cascalhos e terrenos irregulares possuem impacto considerável no acesso de pessoas com deficiência às EAS e consequentemente aos exames de rastreio e diagnóstico ¹ .	¹ GERALDO, Juliana P. B.; ANDRADE, Sonia Maria O. de. Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese (2022).
Pessoas com deficiência intelectual possuem menor probabilidade de já terem feito o exame de rastreio do câncer de mama do que pessoas sem DI ^{2, 4} .	
Esse grupo possui menor probabilidade de aderir às diretrizes de exame de mama em andamento do que as pessoas sem deficiência ² .	² WEISE, Janelle; CVEJIC, Rachael; TROLLOR, Julian. Strategies for accessible breast screening for people with intellectual disability (2024).
Ainda não foi observado um consenso de especialistas sobre as estratégias necessárias para garantir que o exame de mama seja acessível a pessoas com DI, bem como não há uma maneira concreta de os serviços de saúde auditar sua acessibilidade ² .	
As barreiras físicas afetam o processo de detecção do câncer ³ .	
O despreparo dos profissionais sobre o conhecimento e a preparação adequados para atender PcDs impede que esses pacientes busquem e sigam com o atendimento ³ .	³ AGARONNIK, Nicole; EL-JAWHARI, Areej; IEZZONI, Lisa. Implications of physical access barriers for breast cancer diagnosis and treatment in women with mobility (2022).
Os desafios para acomodar pacientes com deficiência motora podem limitar o exame de	

rotina do câncer de mama, incluindo o acesso a mamografia e atrasar o diagnóstico bem como o tratamento³.

As opções de tratamento dos pacientes PcDs são comprometidas. Pacientes com deficiência possuem maiores chances de serem submetidos a tratamentos mais invasivos como mastectomia sem reconstrução e menores chances de tratamento conservador, mesmo nos estágios iniciais do câncer de mama^{3, 7}.

As chances de realização do exame de mamografia e acompanhamento médico decaem de acordo com a elevação do grau da deficiência^{4, 6}.

⁴HORSBØL, Trine Allerslev et al. *Breast cancer screening among women with intellectual disability in Denmark* (2023).

As taxas de rastreamento de câncer de mama, de colo do útero e de cólon foram sempre inferiores para o grupo de mulheres com deficiência em relação às sem deficiência^{4, 5}.

⁵ASLAM, Anam; WAXMAN, Andrea; MARAN, Patricia. *Exploring disparities in cancer screening among women with disabilities* (2024)

Mulheres com deficiência possuem menores chances de realizar o rastreamento mamográfico regularmente, em comparação a mulheres sem deficiência⁶.

Os tumores mamários encontrados em mulheres com deficiência, no momento do diagnóstico, possuem tamanho médio maior⁶.

⁶KEEGAN, Grace; RIZZO, John-Ross; JOSEPH, Kathie-Ann. *Disparities in breast cancer among patients with disabilities: care gaps, accessibility, and best practices* (2023).

Mulheres com deficiência (para todos os tipos) apresentam maior risco de óbito por câncer de mama⁶.

Foram observadas desigualdades no rigor do tratamento de mulheres com deficiência em relação às mulheres sem deficiência⁷.

⁷TOSSETTI, Irene; KUPER, Hannah. *Do people with disabilities experience disparities in cancer care? A systematic review* (2023).

O pleno acesso a saúde e aos exames de rastreio do câncer de mama só ocorre quando o indivíduo possui capacidade de perceber, buscar, alcançar, pagar se envolver no que se requiere ao cuidado⁸.

⁸LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations* (2013).

É possível que haja uma fragilidade no acampamento regular de pacientes com deficiência adquirida. Uma vez que o número de pacientes que realizam mamografia após a deficiência é inferior ao número das que não fizeram e, grande parte das mulheres não sabia responder sobre a periodicidade do exame⁹.

⁹BOER, Renata; CASTRO, Fabiana Faleiros Santana; GOZZO, Thais de Oliveira. *Access and accessibility to cancer screening for Brazilian women with spinal cord injury* (2022).

Os obstáculos responsáveis pela disparidade de acesso ao exame de rastreio do câncer de mama para o grupo alvo desta pesquisa foram categorizados em três dimensões principais: físicas ou estruturais, comportamentais ou atitudinais e por fim, barreiras sistêmicas, conforme será detalhado neste tópico.

Ainda que as definições não sejam exatamente as mesmas, é notável nos trabalhos apresentados a demonstração de um cenário comum: a questão é bem mais ampla do que falta de rampas ou piso tátil. Há uma convergência entre as classificações dadas por diferentes autores, como demonstrado no tópico “3.2 Barreiras”. Por isso, a Tabela 4 tem como objetivo apresentar uma sumarização do que é citado nesses artigos.

Tabela 4 – Sumarização das barreiras mais comuns no cotidiano da pessoa com deficiência para acessar os serviços de saúde

CATEGORIA	EXEMPLO
Barreiras Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Balcões de atendimento inacessíveis para pessoas que usam cadeira de rodas e pessoas com nanismo • Banheiros inacessíveis • Instalações, vias de circulação e salas de atendimento bloqueadas ou inadequadas • Portas sem acessibilidade • Rampas de acesso ausentes ou inadequadas • Vagas de estacionamento prioritário insuficientes
Barreiras Assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento inadequado ou discriminatório • Ausência de um plano terapêutico compartilhado • Conhecimento limitado a respeito das deficiências • Falta de qualificação específica • Falta de diretrizes e protocolos de atendimento para os profissionais • Profissionais despreparados
Barreiras Tecnológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de equipamentos adaptados (balanças, mesas de exames, mamógrafos) • Balanças de peso não acomodam cadeira de rodas • Mamógrafo sem apoio e segurança • Desajuste dos equipamentos ao corpo
Barreiras Organizacionais e Políticas	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de estratégia para atendimento especializado • Falta de intérpretes de LIBRAS • Inacessibilidade geográfica das EAS • Lentidão no fluxo de atendimento • Longos tempos de espera • Serviços fragmentados e desorganizados • Tempo insuficiente para o atendimento
Barreiras nos Transportes	<ul style="list-style-type: none"> • Agendamento inflexível • Ausência de transportes com dispositivos de auxílio à mobilidade • Falta de pontualidade

	<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de acompanhante ou funcionário de apoio • Rede de transporte deficiente
Barreiras Atitudinais	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamentos discriminatórios • Desvalorização do conhecimento • Falta de sensibilidade dos profissionais durante os processos • Tratamento infantilizado e paternalista
Barreiras na Comunicação e Informação	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de intérpretes de línguas de sinais • Falta de materiais em braile ou em Língua de sinais (Ex.: LIBRAS) • Postura corporal do profissional não colaborativa para leitura labial • Sinalização inadequada no ambiente
Barreiras Culturais e Simbólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Estigma social • Medo de procedimentos • Sensação de desvalorização • Desmotivação para procurar cuidado • Insegurança quanto a dúvidas ignoradas ou não sanadas de forma efetiva • Desconforto físico • Falta de autonomia
Barreiras Econômico-Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Alto custo dos atendimentos especializados • Alto custo de intérpretes particulares

Fonte: (ALMOHAMMED, 2024; BOER et al, 2022; GERALDO; ANDRADE, 2022; NET et al 2024; TRACI, 2020; TOSETTI; KUPER, 2023)

A Tabela 4 demonstra como a atitude dos profissionais de saúde, a comunicação efetiva e um tratamento adequado estão intimamente relacionados. Ademais, a barreira física afeta todas as pessoas com deficiência, desde deficiências relacionadas à falta de mobilidade até deficiências como visuais, ou intelectuais. Essa barreira especificamente está relacionada à falta de ambientes mais acessíveis, mas também está espalhada por todos os meios de convivência social quando não há atenção para esses pontos, por parte de políticas públicas voltadas para a acessibilidade nos transportes, vias e demais ambientes.

6.1.1 Barreiras Estruturais e Tecnológicas

Barreiras tecnológicas e físicas: a ausência de equipamentos adaptados, como mesas de exames e mamógrafos com ajustes de altura, plataformas de transferência e suporte móvel, impede o posicionamento adequado de mulheres com limitações motoras, como evidenciado nos casos de tetraplegia espástica (AGARONNIK et al., 2022). O estudo de Andersen & Batchelor (2023), reafirma esse empecilho quando mulheres com limitações motoras relataram dificuldades em posicionar-se adequadamente durante o exame mamográfico, resultando em

imagens inconclusivas ou na necessidade de substituição por ultrassom, método menos sensível.

Inacessibilidade geográfica: a falta de transporte adaptado e a distância de unidades de saúde especializadas foram destacadas, especialmente em regiões periféricas do Brasil (GERALDO & ANDRADE, 2022). Podendo gerar uma dupla marginalização dessa população, quando observado a alta concentração de PcDs na região Nordeste (31,2% dos indivíduos) em adição às menores taxas de acesso.

6.1.2 Barreiras Comportamentais

Comunicação excludente: no aspecto comunicacional, a ausência de intérpretes de Libras e materiais informativos em formatos acessíveis (braile e áudio) limita a compreensão sobre a importância do rastreamento (GERALDO & ANDRADE, 2022) e pode inviabilizar o consentimento informado, contrariando o Princípio IV do *Committee on Quality of Health Care* (2001). Estudos mostram que parte das mulheres surdas não compreende orientações pós-exame (NET et al., 2024).

Vieses Atitudinais: há profissionais de saúde que subestimam as necessidades de pessoas com deficiência, como evidenciado por relatos de pacientes que receberam orientações inadequadas ou foram desencorajadas a realizar exames periódicos (IEZZONI & O'DAY, 2006). Além disso, a desconsideração desses pacientes como centro do cuidado médico em sua plenitude pode levar à subestimação de sintomas, diagnósticos tardios e a não realização da mamografia (HORSBOL et al., 2023).

6.1.3 Barreiras Sistêmicas

Ociosidade nas políticas públicas: ainda que a Lei Brasileira de Inclusão (2015) garanta direitos a população com deficiência, sua implementação é inconsistente. Programas como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, possuem abrangência limitada, focando mais em reabilitação do que em prevenção, revelando uma lacuna operacional crítica (BRASIL, 2023).

Escassez de dados: estatísticas insuficientes sobre câncer de mama em PcD no Brasil dificulta o planejamento de ações direcionadas. Poucas pesquisas brasileiras abordam o tema, impedindo políticas customizadas quando comparado com países como Dinamarca e EUA, onde registros mais detalhados favorecem a implementação de intervenções políticas direcionadas (HORSBØL et al. 2023; WEISE et al., 2024).

6.2 Meios para a Equidade no Atendimento

A Tabela 5 apresenta de forma resumida as recomendações, práticas, leis e normas observados no decorrer deste trabalho em relação ao que se tem até o momento da pesquisa voltado para inclusão de pessoas com deficiência no rastreamento do câncer de mama.

Tabela 5 – Quadro Resumo: Ações para Inclusão no Rastreamento do Câncer de Mama para Pessoas com Deficiência

	Recomendações e Leis	Instrumentos Legais
Atendimento Primário	Busca ativa na Atenção Primária com identificação e mapeamento de mulheres com deficiência ou mobilidade reduzida; manutenção de cadastro atualizado; inclusão em listas de chamada; convites em campanhas coletivas	Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida: recomenda busca ativa, cadastro e capacitação visando qualificar o cuidado e o acesso das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida à atenção integral à saúde
	Visitas domiciliares e acompanhamento por Agentes Comunitários de Saúde quando identificada a necessidade	
	Identificação de PcD no cadastro do SUS para sinalizar necessidades no atendimento.	Portarias de Consolidação nº 2, 3 e 6 de 2017: orientações sobre inclusão nas ações de saúde da mulher
	Abordagem centrada na pessoa com permissão de acompanhante: perguntar à paciente qual posicionamento/arranjo facilita exames.	
Adaptação de Infraestrutura	Capacitação de equipes de atenção primária para triagem e rastreio (ações educativas, rodas de conversa, divulgação de direitos).	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) atualizada em 2011
	Adequação arquitetônica, tecnológica e instrumental de UBS, consultórios, ambulatórios etc.	Constituição Federal de 1988 (artigos 196, 227 e 244) que tratam do fundamento do direito à saúde e proteção às PcD bem como planos relacionados à adaptação de espaços públicos.
	Equipamentos acessíveis: disponibilidade de aparelhos e condições para realizar mamografia/USG e demais exames (ex.: adaptações para cadeirantes; suporte físico; técnicas de posicionamento alternativas).	
	Unidade móvel acessível com mamógrafo/USG para comunidades rurais e de difícil acesso.	Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146/2015): obrigatoriedade de acessibilidade em serviços de saúde
		Lei nº 11.664/2008 (e sua atualização Lei nº 13.362/2016):

Políticas Públicas e Estratégias	Acessibilidade comunicacional: intérpretes de Libras, guias-intérpretes para surdocegos e materiais de comunicação adaptados.	garantia de atendimento acessível para prevenção e tratamento de câncer. Resolução CNS nº 561/2017 (itens 73, 74, 78 e 95).
	Hospital da Mulher inclusivo: construção/adequação com política de atendimento que contemple diversidade (LBI) e aquisição de equipamentos acessíveis.	
	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visando oferecer cuidado integral (promoção, prevenção, diagnóstico, reabilitação etc.) e remover barreiras (arquitetônicas, comunicacionais e atitudinais).	Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e decretos de incorporação (Decretos nº 186/2008 e nº 6.949/2009): base internacional incorporada ao ordenamento brasileiro: marca o comprometimento do Estado brasileiro em defender as garantias fundamentais das pessoas com deficiência.
	Plano Viver sem Limite / Novo Viver sem Limite: eixo intersetorial com ações de acessibilidade, tecnologia assistiva, enfrentamento ao capacitismo e formação.	Portaria nº 793/2012: implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Portaria de Consolidação nº 3/2017
	Atualizações normativas recentes: revisão de portarias e guias para incorporar LBI e visão biopsicossocial; ênfase em financiamento e capacitação de serviços (ex.: custeio dos CERs, laboratórios de tecnologia assistiva).	Plano Viver sem Limite (Decreto nº 7.612/2011): ações coordenadas nos campos da educação, saúde, acessibilidade e integração social.
	Integração intersetorial (saúde, assistência social, educação) para rastreio e continuidade de cuidado; formação continuada de profissionais para atendimento humanizado e qualificado.	Portaria GM/MS nº 1.526 (11 out 2023): reestruturação das Portarias de Consolidação e atualização da PNAISPD e RCPD; incorpora definições da LBI.
	Medidas específicas para rastreio: ampliação do financiamento e tabela do SUS para procedimentos de imagem; inclusão de PcD nas estratégias nacionais de prevenção e rastreio.	Decreto nº 11.793/2023: Institui o plano Novo Viver sem Limite.

Fonte: a autora.

Com base nos estudos realizados e apresentados neste trabalho sugere-se um modelo integrado para garantir acesso eficaz, onde as EAS e programas de saúde incluam processos facilitadores para um bom atendimento afim de mitigar as barreiras apresentadas na Tabela 4.

A superação dessas barreiras exige um modelo sinérgico que integre tecnologia, formação profissional e políticas públicas.

6.2.1 Atendimento Primário

Implementação de protocolos para uma triagem inicial proativa com identificação das necessidades e especificidades do paciente durante o agendamento, como intérprete de libras ou adaptações durante o exame. Bem como priorização do atendimento conforme critérios de criticidade. Nesse caso é possível estabelecer pontuações de criticidade para mobilidade reduzida, questões psiquiátricas ou que causem dor, entre outras de acordo com a estrutura do ambiente e as necessidades do paciente.

6.2.2 Adaptação de Infraestrutura

Equipamentos médicos que comportem os diferentes tipos de deficiência. Não apenas mamógrafos com ajuste de altura para cadeirantes. Assim, é importante a existência de equipamentos, como mesas de exames com plataformas móveis e suporte para apoio do paciente em caso de baixa mobilidade. Bem como protocolos de manutenção preventiva focados nos fatores críticos desses equipamentos para atender pacientes PcD quando necessário.

Quanto ao espaço, é necessário que o ambiente possua mobiliário capaz de suportar qualquer paciente, locais de circulação espaçosos, com piso antiderrapante e livres de obstáculos, bem como balcões de atendimento com ajuste de altura para atender pacientes cadeirantes ou com nanismo sem colocá-los em situações de constrangimento. Corrimãos duplos e barras de apoio são primordiais. Além disso, garantir que o espaço atenda às normas da NBR 9050 já representa um ganho para a EAS, visto que essa norma estipula os tamanhos ideais das estruturas do ambiente para atender a pacientes com deficiência.

Treinamento de técnicos em radiologia para auxiliar no posicionamento de pacientes com limitações motoras ou pacientes surdos. Haja vista que esses profissionais são diretamente responsáveis por direcionar esses pacientes. Aqui, exalta-se a necessidade de uma comunicação eficiente entre profissional da saúde e paciente, de modo a transpor as barreiras para que o exame seja de fato proveitoso para um diagnóstico adequado. Os tópicos 2.2.3, 3.2 e 3.2.1 do presente trabalho explicitam a necessidade de um profissional capaz de transmitir informações claras e objetivas, em um cenário onde terminologias complexas e o próprio exame podem

apresentar uma perspectiva de apreensão para o paciente PcD, como também apresentado na Tabela 4.

Inclusão de rotinas de treinamento e capacitação de equipe nas EAS, para um acolhimento humanizado focado em abordagem não discriminatória, para evitar infantilização, paternalismo ou suposições sobre capacidades. Além de capacitação em técnicas de comunicação não violenta e primeiros socorros emocionais para crises de ansiedade ou pânico

Inclusão de profissionais com proficiência em Libras tanto no corpo clínico quanto demais cargos de contato direto com o público. Bem como inclusão de sinalizações visuais e demais formas de comunicação não verbal nos equipamentos e nas dependências da EAS para atender pacientes surdos.

Inclusão de um ambiente específico para pacientes com hipersensibilidade sensorial. Haja vista que muitos equipamentos são barulhentos e ao somar com um ambiente de luminosidade excessiva pode gerar crises sensoriais ou impedir que o paciente chegue aos locais de exame. Uma possível solução seria um “quarto do pânico” com iluminação suave e redução de ruídos para pessoas com autismo e hipersensibilidade sensorial bem como outras neurodivergências que implicam em questões sensoriais.

Inclusão de sinalização universal tátil e visual como pictogramas, letras em alto relevo, contraste de cores e iluminação adequada, placas e mapas em braile, bem como pontos com tecnologias sonoras estratégicas para auxiliar na locomoção independente dos pacientes e audiodescrição de procedimentos.

6.2.3 Políticas Públicas e Estratégias

Do ponto de vista das políticas públicas, cabe a criação de um sistema de monitoramento nacional para registrar incidência e estágio de diagnóstico do câncer de mama em PcD. Além da ampliação do programa Novo Viver sem Limite para incluir campanhas de rastreamento itinerante, priorizando regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Quanto às estratégias, cabe a utilização da tecnologia e comunicação a favor dessa evolução, uma vez que o desenvolvimento de aplicativos com recursos de acessibilidade (ex.: alertas para agendamento de mamografias com instruções em vídeo Libras) e a distribuição de cartilhas em formatos acessíveis, como Braile, em parceria com o SUS e ONGs favoreceria a inclusão de mais pessoas no radar do sistema.

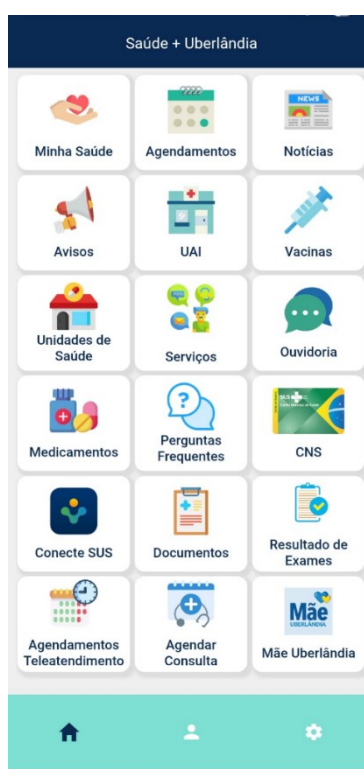
Por fim, ao unir os dois pontos mencionados anteriormente, com a criação de uma metodologia de acompanhamento de PcDs por regiões abarcadas pelas UBS, seria possível acessar pessoas com baixa mobilidade ou em situações de incapacidade de sair de casa. Nesse

ponto, cabe inicialmente um rastreio geral da população da região com baixa possibilidade de fazer exames de rastreio e acompanhamento. Atualmente, há programas semelhantes para combate à dengue. Nesse caso, as equipes designadas responderiam a UBS responsável por cada região. Ao associar esse rastreio e coleta de informações com um aplicativo acessível, por exemplo, seria possível gerar estatísticas e acompanhar de forma mais facilitada o acesso aos exames.

Somado a esse rastreio, a garantia de transportes públicos adaptados para PcD em tempos de ações contra o câncer de mama é uma ação que diversas barreiras fossem transpostas levando essa população periodicamente às unidades de saúde

Atualmente, em Uberlândia - MG, existe o **Saúde+ Uberlândia**, como apresentado na Figura 9, aplicativo de acompanhamento de saúde em que seus cidadãos da cidade, com cadastro ativo no SUS, podem acompanhar informações sobre vacinação, exames, medicamentos disponíveis e demais dúvidas sobre as unidades de saúde.

Figura 9 – Captura de tela da interface “Home” do aplicativo Saúde+ Uberlândia



Fonte: Prefeitura de Uberlândia

Entretanto, o próprio Saúde+ Uberlândia, até o momento, não possui acessibilidade para pessoas surdas ou cegas navegarem de forma totalmente independente. Pois ele não fornece transcrição em Libras ou audiodescrição integrados, há ícones pouco autoexplicativos, redundância na iconização das ações disponíveis ao usuário, permitindo interpretações

ambíguas e há ícone com representação em texto, demandando compreensão da Língua Portuguesa escrita.

Uma proposta é que aplicativos similares incluam funções como acompanhamento e rastreio. Por meio de um cadastro com informações específicas do paciente PcD vinculado à sua unidade de saúde para acompanhamento mais próximo e facilitado. No caso do Saúde+, por exemplo, a função “Minha Saúde”, como observado na Figura 10, apresenta um histórico dos últimos atendimentos, dos problemas/condições/alergias, dos medicamentos ativos e lembretes/outros antecedentes do paciente que o utiliza. Favorecendo um acompanhamento mais adequado dos residentes da região abarcada pela UBS em questão. Haja vista que a atualização do cadastro e acompanhamento próximo, por meio de iniciativas como visitas residenciais, por exemplo, são atividades da Atenção Primária e fruto da interação efetiva e com vínculo de confiança entre profissionais da saúde e pacientes.

Figura 10 – Captura de tela da interface “Minha Saúde” do aplicativo Saúde+ Uberlândia



Fonte: Prefeitura de Uberlândia

E o mais importante, que o direito ao acesso à saúde seja respeitado nesses aplicativos por meio da garantia de acessibilidade, de modo que possuam navegação facilitada e amigável para leitores de tela, transcrição em Libras, audiodescrição, legendas, ajustes de contraste e fonte integrados no próprio aplicativo e iconização adequada das ações. Haja vista que a equidade de acesso à saúde no cotidiano PcD faz parte de seus direitos como cidadãos e, isso

inclui o acesso ao conhecimento necessário. Pois de nada adianta uma ferramenta repleta de informações, notícias sobre saúde, informações de campanhas ativas, entre outros, se estão inacessíveis a uma grande parcela da população.

6.2.3.1 Capacitação Profissional

A capacitação profissional adequada ocorre quando as instituições de ensino preparam os futuros profissionais para atender pessoas com deficiência. Logo, incluir módulos sobre deficiência intelectual e saúde mental (incluindo abordagem de pacientes que apresentem alterações psicológicas), além de simulações práticas de atendimento a pessoas com diferentes tipos de deficiência em cursos de saúde bem como os relacionados (Engenharia Biomédica, por exemplo e, qualquer outro que possa interagir com um paciente em um EAS), abordando comunicação não violenta e técnicas de atendimento inclusivo se faz essencial. Além disso, tornar Libras como parte obrigatória da grade curricular para todos os cursos que envolvam possível necessidade de comunicação com esse grupo de pessoas. Pois, atualmente, a Libras é obrigatória somente nos cursos de licenciatura e fonoaudiologia, pelo decreto 5626/2005.

É inconcebível que ainda hoje o acesso linguístico seja profundamente desigual indo contra um direito fundamental das pessoas. O acesso à informação é imprescindível para garantir inclusão social, autonomia e participação plena dos indivíduos na sociedade. O que não ocorre de forma completa com pessoas surdas usuárias de Libras se as informações difundidas nos ambientes de saúde e na sociedade como um todo, não as alcança.

Cabe uma atenção especial a capacitação de profissionais pois, o que se observa atualmente é uma recomendação ministerial do Ministério da Educação (MEC) para que sejam inseridos conteúdos relacionados a temática “deficiência e equidade de acesso” nos cursos da área da saúde e serviço social. É recomendação ministerial, não uma obrigação automática para todos os cursos. A inclusão e a prática desses conteúdos ficam a critérios dos PPCs de cada curso (BRASIL, 2024).

Ainda hoje, a Língua Brasileira de Sinais é uma disciplina de oferta obrigatória somente para os cursos de formação de professores e fonoaudiólogos, sendo de oferta optativa para os demais cursos, segundo o Decreto nº 5.626/2005 que regulamenta a Lei nº 10.436/2002, responsável por reconhecer a Libras como meio legal de comunicação e expressão (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005).

Dentre os cursos de Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional, apenas Enfermagem (Parecer CNE/CES nº 443/2024) e Fonoaudiologia (Parecer

CNE/CES nº 444/2024) dispunham da necessidade de abordar a temática de pessoas com deficiências físicas, sensoriais, intelectuais, mentais, múltiplas, além do transtorno do espectro autista e outras condições. Entretanto, ambas Diretrizes Curriculares Nacionais seguem aguardando homologação, pois foram incluídas no acervo do MEC em 2024. Enquanto para Medicina, a diretriz apenas estipula que o profissional deve ser capaz de “reconhecer, acolher e valorizar as múltiplas dimensões da diversidade humana”, mencionando a singularidade do cuidado às populações vulnerabilizadas.

Todavia, quando se trata de instituição de ensino pública, é dever do Estado estender suas políticas de inclusão ao meio acadêmico, considerando que a equidade no tratamento PcDs começa quando a informação é disseminada no cotidiano de alunos que serão os profissionais responsáveis por esses tratamentos. O próprio Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) pode integrar em seu escopo, metodologias que avaliem além da capacidade de a instituição atender a comunidade acadêmica com deficiência. Com foco em observar o impacto dos PPCs e disciplinas obrigatórias em uma formação capaz de preparar o futuro profissional para atender as necessidades de uma pessoa com deficiência, seja qual for o espectro desta (BRASIL, 2016).

Nesse aspecto cabe às políticas públicas uma visão mais integrada e inclusiva da sociedade considerando educação e saúde como partes complementares da sociedade. Iniciativas como parcerias entre instituições de ensino e instituições como a Febrasgo para divulgar protocolos adaptados, não apenas para cursos da área da saúde, mas também para cursos que formam profissionais da comunicação são formas de expandir o conhecimento sobre o câncer de mama e boas práticas para o atendimento de pessoas com deficiência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama, enquanto desafio global de saúde pública, exige abordagens inclusivas que garantam equidade no acesso aos serviços de diagnóstico e tratamento. Por meio da análise dos artigos referenciados neste trabalho e a observação de relatórios oriundos de bases estatísticas, a investigação das barreiras enfrentadas por pessoas com deficiência para alcançar, de forma efetiva, os meios de rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, evidenciou que essa parcela da população enfrenta barreiras multidimensionais que comprometem seu direito à saúde, podendo resultar em diagnósticos tardios, tratamentos menos eficazes e, até piores desfechos clínicos. Uma vez que devido às barreiras, é possível que essas pessoas não consigam identificar o câncer de mama no estágio inicial para contribuir com prognósticos super favoráveis, como os 90 a 95% de cura se detectado no início, segundo a SBOC e a FEBRASGO.

Essas barreiras refletem uma divergência entre legislação e prática na vida real. Por exemplo, ainda que a LBI exija acessibilidade, muitos estabelecimentos de saúde não possuem sequer rampas, como identificado pelo IBGE em 2022, onde menos da metade (47,2%) desses locais tinha rampa para cadeirante. Além disso, a falta de integração entre setores (saúde, transporte, assistência social) aumenta as desigualdades, como mencionado em alguns dos relatos utilizados neste trabalho.

Estudos internacionais, como o *Right to Know Campaign* (EUA), demonstram que campanhas direcionadas aumentam a adesão ao rastreamento do câncer. No Brasil, iniciativas semelhantes estão andando em direção ao progresso, mas poderiam ser mais bem replicadas mediante investimento em divulgação midiática inclusiva e parcerias com associações de PcDs, centros de inovação e pesquisa e entidades públicas.

Nesse cenário, compreende-se que a equidade no cuidado ao câncer de mama para esse grupo exige uma abordagem intersetorial, combinando adaptações práticas, educação continuada e políticas robustas. A implementação concreta dos pontos levantados não apenas reduziria diagnósticos tardios, mas também alinharia o Brasil a diretrizes globais de saúde inclusiva, como as da OMS. Haja vista que as pesquisas que contribuíram para este trabalho ressaltaram que as barreiras comunicacionais e estruturais são as que mais influenciam para que o paciente desista do acompanhamento médico antes mesmo de chegar a uma unidade de saúde. Nota-se que antes de pensar em garantir que as pessoas com deficiência integrem o radar das ações contra o câncer de mama, é necessário atestar que as instituições de assistência, EAS e demais entidades do âmbito social estejam aptos a receber essa população.

Mesmo diante das diretrizes, não foi encontrado um método concreto de implantação das recomendações, como a Resolução 561/2017 que exige adaptação e garantia de acessibilidade, mas não define pontos específicos de como aplicar esses pontos ou ampliar a adesão de PcDs nos programas de rastreamento do câncer de mama. Isso impossibilita auditar a qualidade do acesso e rastrear os pontos de melhoria nos EAS e assim garantir que essa população possua os meios para buscar, acessar e usufruir do cuidado médico.

Outro ponto a ser ressaltado diz respeito à capacitação dos futuros profissionais da saúde, que terão um contato mais próximo e direto com pacientes PcD. Pois entende-se que esses futuros profissionais possuem grande parte da responsabilidade de realizar um atendimento eficiente, seguro e centrado no paciente favorecendo a procura pelo cuidado e o acompanhamento clínico rotineiro. Para isso, é necessário que ainda enquanto alunos sejam familiarizados com as especificidades de um atendimento envolvendo um paciente com deficiência, demandando das instituições de ensino a inclusão de componentes curriculares e atividades que demonstrem a vivência PcD como parte do cenário habitual de atendimento ao paciente.

Por fim, este estudo também revelou problemas críticos, como a carência de pesquisas sobre a incidência de câncer de mama no grupo alvo desta pesquisa no Brasil, limitando o planejamento de ações assertivas. Futuros trabalhos poderiam explorar parcerias entre universidades, órgãos públicos e organizações de PcD para gerar evidências locais e fomentar intervenções baseadas em dados. Colocando em prática algumas das iniciativas propostas para coletar informações mais assertivas e direcionar estudos mais ricos sobre o tema.

Em síntese, a equidade no atendimento oncológico não é apenas uma questão de justiça social, mas uma necessidade de saúde pública. A efetivação dos direitos garantidos por lei exige compromisso coletivo, inovação tecnológica e uma visão sistêmica que integre prevenção, diagnóstico e tratamento em um ciclo de cuidado que esteja ao alcance de todos.

Cabe neste momento uma reflexão do contraste entre o cenário ideal estabelecido pelas Leis, bem como marketing realizado em certos aspectos quando se trata de acessibilidade em EAS. É necessário atestar a acessibilidade nesses ambientes e garantir que o direito à saúde seja respeitado, por meio da implantação de metodologias de investigação, correção e acompanhamento dos desfalques em acessibilidade. Haja vista que, apenas afirmar a existência de equipamentos ou processos adaptados às necessidades de pessoas com deficiência não garante sua disponibilidade frente à necessidade.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DO IBGE. **Pessoas com deficiência têm menor acesso à educação, ao trabalho e à renda.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda#:~:text=A%20popula%C3%A7%C3%A3o%20com%20defici%C3%AAncia%20no,defici%C3%AAncia%2C%20da%20Pnad%20Cont%C3%ADnua%202022>. Acesso em: 15 set. 2024.
- AGARONNIK, Nicole; EL-JAWHARI, Areej; IEZZONI, Lisa. **Implications of physical access barriers for breast cancer diagnosis and treatment in women with mobility disability.** *Journal of Disability Policy Studies*, v. 33, n. 1, p. 46–54, jun. 2022. doi: 10.1177/10442073211010124.
- ALMOHAMMED, Huda I. **A systematic review to evaluate the barriers to breast cancer screening in women with disability.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 11, p. 3283, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm13113283>.
- ANDERSEN, Lene; BATCHELOR, Natasha. **Making mammography inclusive for patients with disabilities.** *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, v. 54, n. 4S, p. S10-S14, dez. 2023. DOI: 10.1016/j.jmir.2023.08.003. PMID: 37684148.
- ASLAM, Anam; WAXMAN, Andrea; MARAN, Patricia. **Exploring disparities in cancer screening among women with disabilities.** *Obstetrics & Gynecology*, [S.l.], v. 143, n. 5S, p. 19S, maio 2024. Suplemento: Annual Clinical and Scientific Meeting Abstracts. DOI: 10.1097/01.AOG.0001013112.92136.e0.
- BANKS, Lena Morgon; POLACK, Sarah. **The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities: evidence from low and middle income countries.** London: International Centre for Evidence in Disability, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2014. Disponível em: https://www.iapb.org/wp-content/uploads/CBM_Costs-of-Exclusion-and-Gains-of-Inclusion-Report_2015.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.
- BASILE, T.M.A. et al. **Microcalcification detection in full-field digital mammograms: a fully automated computer-aided system.** *Physica Medica: European Journal of Medical Physics*, v. 64, p. 1-9, ago. 2019. DOI: 10.1016/j.ejmp.2019.05.001.
- BOER, Renata; CASTRO, Fabiana Faleiros Santana; GOZZO, Thais de Oliveira. **Access and accessibility to cancer screening for Brazilian women with spinal cord injury.** *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 26, e20210451, 2022. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0451en>
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 561, de 6 de outubro de 2017.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-561.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. **Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 abr. 2002. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110436.htm. Acesso em: 15 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).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 15 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.362, de 23 de novembro de 2016. **Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para assegurar o atendimento às mulheres com deficiência.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 nov. 2016, p. 1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113362.htm. Acesso em: 07 jul. 2025

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Portaria n.º 1.793, de 16 de dezembro de 1994. **Recomenda a inclusão da disciplina “Aspectos ético-político-educacionais da normalização e integração da pessoa portadora de necessidades especiais” nos cursos de graduação.** Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 1994. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port1793.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares – cursos de graduação.** Brasília, DF: MEC, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/cne/normas-classificadas-por-assunto/diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 444, de 3 de julho de 2024. Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fonoaudiologia, bacharelado.** Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=264161-pces444-24&category_slug=julho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES nº 443/2024, aprovado em 3 de julho de 2024 - Revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado.** Disponível em: https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=264151-pces443-24&category_slug=julho-2024&Itemid=30192. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Documento orientador das comissões de avaliação in loco para instituições de educação superior com enfoque em acessibilidade.** Brasília, DF: Inep, 2016. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_institucional/documentos_orientad

ores/2016/documento_orientador_em_acessibilidade_avaliacao_institucional.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Mamografia: da prática ao controle**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 109 p. (Recomendações para profissionais de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, edição extra, 29 set. 2017, p. 360. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ed. 196, 16 out. 2023, p. 99. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de atenção à saúde das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 84 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/publicacoes/guia-de-atencao-a-saude-das-mulheres-com-deficiencia-e-mobilidade-reduzida.pdf/view#:~:text=O%20objetivo%20deste%20guia%20%C3%A9,SUS>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Pessoas com deficiência: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos, pesquisas e sistemas do Governo Federal**. Brasília, DF: MDHC, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/publicacoes/Relatorio_CGIE_PCD_23.10.2023_FINAL.pdf. Acesso em: 15 set.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Novo Viver sem Limite completa um ano e amplia direitos das pessoas com deficiência**. Agência Gov, Brasília, DF, 23 nov. 2024. Disponível em: <https://agenciagov.etc.com.br/noticias/202411/novo-viver-sem-limite-completa-um-ano-com-acoes-que-ampliam-direitos-das-pessoas-com-deficiencia-no-brasil>. Acesso em: 07 jul. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite**. Brasília, DF, 23 jun. 2023. Atualizado em: 24 fev. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-com-deficiencia/acoes-e-programas/plano-novo-viver-sem-limite>. Acesso em: 07 jul. 2025.

CANELO-AYBAR, C. et al. **Benefits and harms of breast cancer mammography screening for women at average risk of breast cancer: A systematic review for the**

European Commission Initiative on Breast Cancer. J Med Screen. 2021 Dec;28(4):389-404. doi: 10.1177/0969141321993866. Epub 2021 Feb 25. PMID: 33632023.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care.** New York: Oxford University, 2003.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Diagnóstico precoce garante cura de 95% dos casos de câncer de mama.** Febrasgo, 5 out. 2022. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1511-diagnostico-precoce-garante-cura-de-95-dos-casos-de-cancer-de-mama>. Acesso em: 10 out. 2024.

GERALDO, Juliana P. B.; ANDRADE, Sonia Maria O. de. **Pessoas com deficiência e as barreiras aos serviços de saúde: uma metassíntese.** Research, Society and Development, v. 11, n. 6, e25811629082, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29082>.

HORSBØL, Trine Allerslev et al. **Breast cancer screening among women with intellectual disability in Denmark.** JAMA Network Open, v. 6, n. 1, e2248980, 3 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.48980>.

IEZZONI, Lisa I.; O'DAY, Bonnie L. **More than ramps: a guide to improving health care quality and access for people with disabilities.** New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-517276-8.

IEZZONI, Lisa I.; LONG-BELLIL, Linda M. **Training physicians about caring for persons with disabilities: "Nothing about us without us!"**. Disability and Health Journal, v. 5, n. 3, p. 136–139, jul. 2012. DOI: 10.1016/j.dhjo.2012.03.003.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. **Formulating new rules to redesign and improve care.** In: INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Cap. 3. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222277/>. Acesso em: 22 fev. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** IBGE, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749>. Acesso em: 10 out. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pessoas com deficiência têm menor acesso à educação, ao trabalho e à renda.** Agência de Notícias IBGE, 07 jul. 2023. Atualizado em: 16 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37317-pessoas-com-deficiencia-tem-menor-acesso-a-educacao-ao-trabalho-e-a-renda>. Acesso em: 10 out. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Câncer de mama: vamos falar sobre isso?** 8. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2023. 12 p. : il. color. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//cartilha_cancer_de_mama_2022_visualizacao.pdf. Acesso em: 15 set. 2024.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. Números absolutos, Incidência e Mortalidade, Ambos os sexos, em 202. Mundo (15 principais tipos de cancer). Adaptado de: **Absolute numbers, Incidence and Mortality, Both sexes, in 2022. World (Top 15 cancer sites)**. Relatório Global Cancer Statistics. IARC, 2022. Disponível em: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/bars?types=0_1&mode=cancer&group_populations=0&sort_by=value1&key=total&populations=900&age_end=17&age_start=0&cancers=20&multiple_populations=1&sexes=0. Acesso em: 15 set. 2024.

JALES, R. M. **Posicionamento mamográfico**. Dez. 2015. Dr. Pixel - FCM - Unicamp. Disponível em: <https://drpixel.fcm.unicamp.br/conteudo/posicionamento-mamografico>. Acesso em: 20 set. 2024.

KEEGAN, Grace; RIZZO, John-Ross; JOSEPH, Kathie-Ann. **Disparities in breast cancer among patients with disabilities: care gaps, accessibility, and best practices**. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, v. 115, n. 10, p. 1139–1144, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djad130>.

LEVESQUE, Jean-Frederic; HARRIS, Mark F.; RUSSELL, Grant. **Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations**. International Journal for Equity in Health, Londres, v. 12, n. 18, 2013.

NELSON, Heidi. D. et al. **Screening for breast cancer: a systematic review to update the 2009 U.S. preventive services task force recommendation**. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2016. Report No.: 14-05201-EF-1. PMID: 26889531.

NET, Jose M. et al. **Optimizing the patient experience for women with disabilities in the breast imaging clinic**. Journal of Breast Imaging, Oxford, v. 6, n. 2, p. 183–191, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/jbi/wbad106>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; BANCO MUNDIAL. **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução de Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPCD, 2012. 334 p. Título original: World report on disability 2011. ISBN 978-85-64047-02-0. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Acesso em: 15 set. 2024.

SALKEVER, David S. **Accessibility and the demand for preventive care**. Social Science & Medicine, [S.l.], v. 10, n. 9–10, p. 469–475, set./out. 1976. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(76\)90114-1](https://doi.org/10.1016/0037-7856(76)90114-1). Acesso em: 17 maio 2025

SERPA, Rodrigo. **Menos de 10% das salas de cinema no Brasil têm recursos de acessibilidade**. CBN Globo Rádio, 25 fev. 2019. Disponível em: <https://cbn.globo.com/media/audio/248279/menos-de-10-das-salas-de-cinema-no-brasil-tem-recu.htm>. Acesso em: 01 fev. 2025.

SILVA, Simone V. da et al. **Facilitadores do acesso da pessoa com deficiência aos serviços de saúde: revisão de escopo**. Acta Fisiátrica, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 219-231, 2022. DOI: 10.11606/issn.2317-0190.v29i3a194435.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Dia Nacional da Mamografia: SBM esclarece dúvidas sobre o exame**. Sociedade Brasileira de Mastologia. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/dia-nacional-da-mamografia-sbm-esclarece-duvidas-sobre-o->

exame/#:~:text=A%20SBM%20recomenda%20a%20mamografia,para%20mulheres%20de%20alto%20risco. Acesso em: 15 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). **Detecção precoce do câncer de mama pode aumentar em até 90% as chances de cura.** SBOC, 3 out. 2023. Disponível em: <https://sboc.org.br/noticias/item/3029-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-pode-aumentar-em-ate-90-as-chances-de-cura>. Acesso em: 15 out. 2024.

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo R. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres.** Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul./set. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113020.

TOSETTI, Irene; KUPER, Hannah. **Do people with disabilities experience disparities in cancer care? A systematic review.** PLOS ONE, v. 18, n. 12, e0285146, 13 dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285146>.

TRANI, Jean-Francois; LOEB, Mitchell M. **Poverty and disability: A vicious circle? Evidence from Afghanistan and Zambia.** Journal of International Development, v. 24, p. S19-S52, 2012. DOI: 10.1002/jid.1709. Brown School Faculty Publications. Disponível em: https://openscholarship.wustl.edu/brown_facpubs/33. Acesso em: 15 set. 2024.

TRACI, Meg A. et al. **Improving mammography access for women with disabilities: outcomes of the CDC's Right to Know campaign.** *Frontiers in Women's Health*, v. 5, n. 3, set. 2020. doi: 10.15761/fwh.1000188.

WEISE, Janelle; CVEJIC, Rachael; TROLLOR, Julian. **Strategies for accessible breast screening for people with intellectual disability.** Journal of Primary Care & Community Health, v. 15, p. 1-9, 2024. DOI: 10.1177/21501319241251938.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on disability.** Geneva: WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities.** Geneva: World Health Organization, 2022. 312 p.