

**SAÚDE COLETIVA E SAÚDE
DA MULHER:
PARTICIPAÇÃO, CUIDADO E
PROTAGONISMO FEMININO
NA CONSTRUÇÃO DE
COMUNIDADES MAIS
SAUDÁVEIS**

**COLLECTIVE HEALTH AND WOMEN'S HEALTH: PARTICIPATION, CARE AND
FEMALE PROTAGONISM IN THE CONSTRUCTION OF HEALTHIER
COMMUNITIES**

Ciências da Saúde • 13/07/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/783530894](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/783530894)

Antonio Felipe Da Silva Fragoso¹
Rogerio Matheus Pinheiro Carreira²
Enio Grazianni Gonçalves Sirqueira³
Rilaury Carla da Silva⁴
Douglas Souza Freitas⁵
Deborah Simone de Souza Porto⁶
Evandriely de Souza Silva⁷
Gessi Milene Ferreira Alexandre⁸
Luzinete Rezende da Incarnação⁹
Ludmila Borges de Lima Brochado¹⁰
Fabiana Loyde Wakai Jorge Pinho¹¹

RESUMO

Este artigo analisa a relação entre saúde coletiva e saúde da mulher, com ênfase na participação social, no cuidado integral e no protagonismo feminino como dimensões estratégicas para a construção de comunidades mais saudáveis. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de abordagem qualitativa, natureza básica e finalidade exploratório-descritiva, desenvolvida a partir de 50 referências, incluindo documentos institucionais, marcos normativos, relatórios técnicos e produção científica nacional e internacional. A busca considerou bases e repositórios como SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, Google Scholar e portais institucionais, utilizando descritores relacionados a saúde da mulher, saúde coletiva, participação social, equidade de gênero e atenção primária. Os resultados indicam que políticas de saúde sensíveis ao gênero dependem da integração entre planejamento territorial, controle social, produção de dados desagregados, valorização do trabalho feminino no cuidado e enfrentamento das desigualdades interseccionais. Verificou-se, ainda, que o protagonismo das mulheres fortalece a identificação de necessidades reais, amplia a legitimidade das ações públicas e favorece respostas comunitárias mais equitativas. Conclui-se que a promoção da saúde da mulher, quando articulada à saúde coletiva, ultrapassa o enfoque materno-reprodutivo e se consolida como estratégia de justiça social, participação democrática e desenvolvimento comunitário saudável.

Palavras-chave: Saúde coletiva; Saúde da mulher; Participação social; Cuidado integral; Protagonismo feminino.

ABSTRACT

This article analyzes the relationship between collective health and women's health, emphasizing social participation, comprehensive care and female protagonism as strategic dimensions for building

healthier communities. This is a narrative literature review with a qualitative approach, basic nature and exploratory-descriptive purpose, based on 50 references, including institutional documents, normative frameworks, technical reports and national and international scientific literature. The search considered databases and repositories such as SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, Google Scholar and institutional portals, using descriptors related to women's health, collective health, social participation, gender equity and primary health care. The results indicate that gender-sensitive health policies depend on the integration of territorial planning, social control, disaggregated data production, recognition of women's work in care and confrontation of intersectional inequalities. The analysis also showed that women's protagonism strengthens the identification of real needs, increases the legitimacy of public actions and favors more equitable community responses. It is concluded that the promotion of women's health, when articulated with collective health, goes beyond the maternal-reproductive approach and becomes a strategy for social justice, democratic participation and healthy community development.

Keywords: Collective health; Women's health; Social participation; Comprehensive care; Female agency.

1. INTRODUÇÃO

A saúde coletiva compreende a saúde como fenômeno social, histórico e territorial, articulado às condições de vida, às formas de organização comunitária e à capacidade do Estado de formular políticas públicas coerentes com necessidades reais da população.

No contexto brasileiro, essa compreensão está vinculada ao direito social à saúde, à organização do Sistema Único de Saúde e ao

controle social como diretriz de gestão democrática (Brasil, 1988; Brasil, 1990a; Brasil, 1990b).

A literatura sobre o SUS, Sistema Único de Saúde também evidencia que universalidade, integralidade, equidade, financiamento adequado e atenção primária forte são condições estruturantes para que o sistema responda às desigualdades sanitárias do país (Paim *et al.*, 2011; Paim, 2018; Giovanella *et al.*, 2018; Brasil, 2024).

A saúde da mulher, nesse campo, não se restringe ao acompanhamento da gestação, do parto ou da contracepção, pois envolve atenção integral em todos os ciclos de vida, considerando diferenças etárias, territoriais, raciais, socioeconômicas, culturais e funcionais.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, os protocolos de atenção básica e o Plano Nacional de Saúde 2024-2027 orientam a superação de fronteiras exclusivamente sexuais e reprodutivas, enquanto os indicadores nacionais de gênero demonstram desigualdades persistentes no tempo dedicado ao cuidado, no acesso a posições de decisão e em desfechos como a mortalidade materna (Brasil, 2004; Brasil, 2016; Brasil, 2024; IBGE, 2024).

Essa leitura exige perspectiva interseccional, pois gênero, raça, classe, território e deficiência podem operar simultaneamente na produção de vulnerabilidades (Crenshaw, 1991; Haldane *et al.*, 2019 ; Collins; Bilge, 2020).

No plano internacional, a redução de mortes maternas evitáveis permanece como desafio crítico para os sistemas de saúde e para a Agenda 2030. Estimativas globais recentes apontam que, em 2023,

mais de 700 mulheres morreram diariamente por causas preveníveis relacionadas à gravidez e ao parto, ao passo que a meta do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.1 prevê reduzir a razão de mortalidade materna para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 (World Health Organization *et al.*, 2025).

Relatórios globais sobre estatísticas de saúde, saúde sexual e reprodutiva e políticas de saúde materna reforçam que esses resultados dependem da qualidade da atenção primária, da continuidade do cuidado, do acesso oportuno e da proteção de direitos sexuais e reprodutivos (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2024; United Nations Population Fund, 2021; United Nations Population Fund, 2023; United Nations Population Fund, 2024).

As desigualdades em saúde sexual e reprodutiva não se distribuem de forma homogênea, pois tendem a ser agravadas por, pela questão social materializada na pobreza, racismo, barreiras territoriais, baixa autonomia decisória, violência de gênero e acesso insuficiente a serviços qualificados.

A violência contra mulheres e meninas, incluindo violência doméstica, sexual e comunitária, afeta diretamente a saúde física, mental, sexual e reprodutiva, exigindo respostas intersetoriais, vigilância qualificada e acolhimento institucional (World Health Organization, 2021; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

No cenário latino-americano, os perfis regionais de gênero e os relatórios sobre os ODS indicam que a superação dessas

desigualdades depende de políticas públicas capazes de associar cuidado, proteção social, autonomia econômica e participação política (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024; UN Women, 2024).

A participação feminina na construção das políticas de saúde também constitui elemento de qualidade democrática e efetividade sanitária. Embora as mulheres representem parcela majoritária da força de trabalho em saúde, sua presença em posições superiores de liderança ainda é limitada, o que reduz a incorporação de experiências, prioridades e saberes produzidos nos serviços e nas comunidades (Batson; Gupta; Barry, 2021; Women in Global Health, 2022).

Além disso, a economia do cuidado e as desigualdades salariais no setor de saúde demonstram que o trabalho feminino sustenta serviços e redes familiares, mas nem sempre recebe remuneração, proteção trabalhista e reconhecimento institucional proporcionais à sua centralidade social (International Labour Organization, 2022; International Labour Organization; World Health Organization, 2022; World Bank, 2024; Brasil, 2025).

Diante desse cenário, o problema que orienta este artigo consiste em compreender de que modo a participação social, o cuidado integral e o protagonismo feminino podem fortalecer a saúde coletiva e qualificar a atenção à saúde da mulher.

Tal problematização se justifica porque comunidades mais saudáveis dependem de políticas que reconheçam os determinantes sociais da saúde, a produção histórica das iniquidades e as formas pelas quais desigualdades se incorporam

aos corpos e aos territórios (Dahlgren; Whitehead, 1991; Solar; Irwin, 2010; Krieger, 2021).

Também se justifica porque desenvolvimento humano, sustentabilidade social e sociedade do cuidado exigem reconhecer as mulheres simultaneamente como usuárias, trabalhadoras, cuidadoras, lideranças, produtoras de saber e sujeitas de direitos (United Nations Development Programme, 2024; CEPAL, 2022; Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

O objetivo deste artigo é analisar a articulação entre saúde coletiva e saúde da mulher, discutindo como a participação, o cuidado integral e o protagonismo feminino contribuem para a construção de comunidades mais saudáveis.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

A fundamentação deste estudo parte da compreensão de que a saúde coletiva opera com uma concepção ampliada de saúde. Nessa perspectiva, a produção do cuidado não depende apenas de consultas, procedimentos e serviços especializados, mas da capacidade de articular vigilância, atenção primária, promoção da saúde, participação social, equidade e gestão intersetorial.

Sobre saúde coletiva, (Souza, 2014) compreende, que corresponde a uma área do saber que concebe como objeto as necessidades sociais de saúde, entendendo a situação de saúde como um processo social, com proximidade à estrutura da sociedade e apreendendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais. Sobretudo por intervenções articuladas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma abordagem multidisciplinar, com a

contribuição das ciências sociais, da epidemiologia crítica e do planejamento e da gestão estratégicas e comunicativas.

No Brasil, tais dimensões se apoiam nos marcos constitucionais e infraconstitucionais do SUS e em políticas nacionais de promoção da saúde, humanização, vigilância e planejamento sanitário (Brasil, 1988; Brasil, 1990; Brasil, 1990; Brasil, 2013; Brasil, 2018; Brasil, 2024; Brasil, 2024).

No plano regional e internacional, a atenção primária, a promoção da saúde e o monitoramento de sistemas de saúde são tratados como eixos para ampliar acesso, qualidade e equidade (Organização Pan-Americana da Saúde, 2019; Organização Pan-Americana da Saúde, 2022; World Health Organization, 2022).

No campo da saúde da mulher, a integralidade exige superar abordagens centradas exclusivamente na reprodução. A atenção deve contemplar saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção de cânceres, cuidado a doenças crônicas, saúde mental, enfrentamento das violências, promoção da autonomia e acolhimento de demandas específicas de mulheres negras, indígenas, rurais, periféricas, idosas, adolescentes, mulheres com deficiência e outros grupos em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2004; Brasil, 2016; Brasil, 2022; World Health Organization, 2022).

Ao mesmo tempo, o pré-natal, o parto, o puerpério e o planejamento reprodutivo continuam sendo componentes essenciais, desde que inseridos em redes de cuidado resolutivas e territorializadas (Brasil, 2012; World Health Organization, 2024). A prevenção e o rastreamento de cânceres também exigem perspectiva de gênero, acesso oportuno e enfrentamento de barreiras sociais que dificultam

o diagnóstico precoce e a continuidade terapêutica (Ginsburg *et al.*, 2023).

Os indicadores sociais de gênero evidenciam que a saúde da mulher deve ser lida de forma interseccional. Em 2022, a razão de mortalidade materna no Brasil retornou a patamar próximo ao de 2019, após aumento expressivo em 2020 e 2021, mas permaneceu como indicador sensível à qualidade do cuidado, ao acesso oportuno e à capacidade de resposta do sistema de saúde. O mesmo levantamento aponta desigualdades no trabalho doméstico não remunerado e na ocupação de cargos gerenciais, fatores que afetam autonomia econômica, tempo disponível para autocuidado e participação social (IBGE, 2024).

A análise interseccional permite compreender que desigualdades de gênero não atuam isoladamente, mas se articulam a raça/cor, classe social, território, escolaridade, deficiência, ciclo de vida e exposição à violência (Crenshaw, 1991; Haldane *et al.*, 2019; Collins; Bilge, 2020; Krieger, 2021; UN Women, 2024; World Bank, 2024).

A participação social é um princípio organizador das políticas públicas de saúde e se expressa por conselhos, conferências, ouvidorias, movimentos sociais, coletivos territoriais e práticas comunitárias (Brasil, 1990). Quando as mulheres participam desses espaços, ampliam-se as chances de que problemas invisibilizados sejam reconhecidos, como violência doméstica, barreiras de acesso ao pré-natal, pobreza menstrual, sobrecarga de cuidados, insegurança alimentar, trajetos inseguros até os serviços e ausência de acolhimento culturalmente adequado (Brasil, 2025; United Nations Population Fund, 2024).

Estudos sobre participação comunitária indicam que o envolvimento social pode fortalecer legitimidade, corresponsabilização e adequação cultural das intervenções em saúde, especialmente quando há organização comunitária e devolutiva institucional (Haldane *et al.*, 2019). Nessa direção a educação popular contribui para esse processo ao reconhecer o saber produzido nas experiências cotidianas e ao favorecer práticas dialógicas entre serviços e territórios (Freire, 2019).

O protagonismo feminino também envolve liderança nos serviços e na gestão. Batson, Gupta e Barry (2021) demonstram que a baixa representação de mulheres em posições superiores de decisão limita a diversidade de perspectivas nas prioridades globais de saúde.

De modo complementar, Women in Global Health (2022) chama atenção para a presença de trabalhadoras não remuneradas ou sub-remuneradas em sistemas de saúde, o que revela que a agenda do cuidado precisa incorporar justiça econômica e valorização do trabalho feminino.

Essa dimensão é reforçada por estudos sobre licença, serviços de cuidado, remuneração e diferença salarial no setor de saúde e assistência social, nos quais a divisão sexual do trabalho aparece como determinante de desigualdade econômica e sanitária (International Labour Organization, 2022; International Labour Organization; World Health Organization, 2022).

Assim, a revisão da literatura permite sustentar que saúde coletiva e saúde da mulher se fortalecem mutuamente quando o cuidado é compreendido como prática técnica, política e comunitária. A

qualidade das respostas sanitárias depende de dados confiáveis, participação democrática, serviços territorializados, tecnologias digitais utilizadas com equidade e reconhecimento de que mulheres não são apenas destinatárias das políticas, mas agentes de transformação social e produtoras de saúde nos espaços familiares, institucionais e comunitários (World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2022; World Health Organization, 2024; Brasil, 2024; Brasil, 2024).

3. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura, de abordagem qualitativa, natureza básica e finalidade exploratório-descritiva. A opção por revisão narrativa justifica-se pela amplitude do tema e pela necessidade de articular evidências científicas, documentos oficiais, marcos normativos, relatórios técnicos e análise conceitual sobre saúde coletiva, saúde da mulher, participação social, cuidado integral e protagonismo feminino.

Diferentemente de uma revisão sistemática, não houve metanálise nem avaliação estatística de efeito, mas síntese interpretativa organizada por eixos temáticos. Ao final da seleção, foram incorporadas 49 referências, todas citadas ao longo do artigo.

A pergunta norteadora foi: de que modo a participação, o cuidado integral e o protagonismo feminino contribuem para qualificar a saúde da mulher e fortalecer comunidades mais saudáveis no campo da saúde coletiva?

A busca bibliográfica foi realizada no mês junho de 2026 e considerou, prioritariamente, publicações dos últimos cinco anos, compreendendo o período de 2021 a 2026. Também foram incluídos

marcos legais, normativos e conceituais anteriores a esse período quando considerados indispensáveis para compreender a constituição do SUS, a participação social, os determinantes sociais da saúde e a perspectiva interseccional.

Foram consultadas as bases e fontes SciELO, LILACS/BVS, PubMed/MEDLINE, Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, portal da Organização Mundial da Saúde, portal do Fundo de População das Nações Unidas, portal da Organização Pan-Americana da Saúde, portal da ONU Mulheres, portal do Banco Mundial, repositórios da CEPAL, IPEA e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, além de repositórios institucionais vinculados à agenda de gênero e saúde. A consulta em Google Scholar foi utilizada de modo complementar para localizar documentos institucionais e checar disponibilidade de textos completos.

Os descritores foram definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde e de termos equivalentes em inglês. Utilizaram-se, em português, as expressões “saúde da mulher”, “saúde coletiva”, “participação social”, “atenção primária à saúde”, “promoção da saúde”, “equidade em saúde”, “gênero e saúde”, “violência contra a mulher”, “determinantes sociais da saúde” e “protagonismo feminino”. Em inglês, utilizaram-se “women’s health”, “public health”, “community participation”, “social participation”, “primary health care”, “gender equity”, “women leadership in health”, “violence against women” e “social determinants of health”. As combinações foram feitas com os operadores booleanos AND e OR, priorizando combinações como “saúde da mulher” AND “participação social”, “women’s health” AND “community participation” e “gender equity” AND “health systems”.

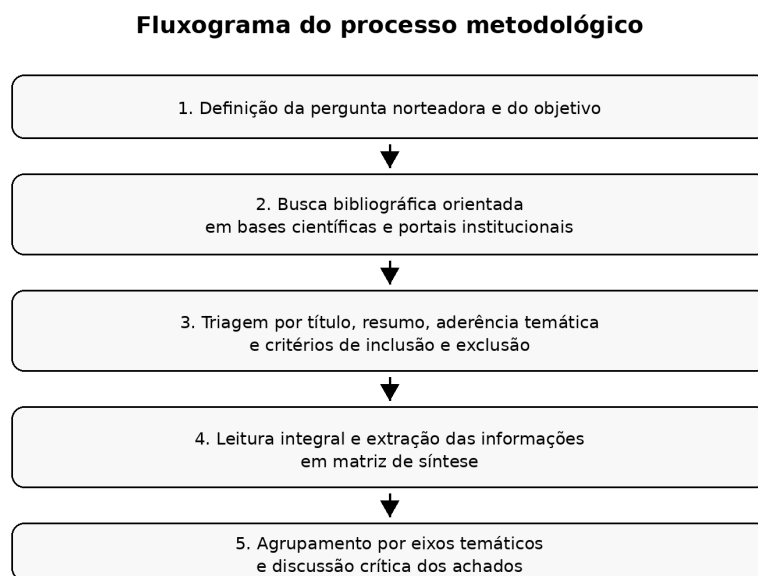
Foram incluídos artigos científicos revisados por pares, relatórios institucionais, documentos oficiais, publicações técnicas, legislações, políticas públicas e análises com aderência direta ao tema, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível e contribuição para ao menos um dos eixos analíticos do estudo. Foram excluídos materiais duplicados, textos sem autoria institucional ou científica identificável, publicações opinativas sem base documental, estudos sem relação direta com saúde da mulher ou saúde coletiva e conteúdos indisponíveis em texto integral. A inclusão de documentos anteriores a 2021 restringiu-se a obras clássicas, marcos legais e referências conceituais necessárias à fundamentação histórica e teórica.

A seleção ocorreu em quatro etapas. Na primeira, realizou-se leitura exploratória de títulos, resumos e sumários executivos. Na segunda, foram excluídos os materiais que não atendiam aos critérios de inclusão. Na terceira, os textos elegíveis foram lidos integralmente, com registro de informações sobre autoria, ano, tipo de publicação, objetivo, principais achados e relação com a pergunta norteadora. Na quarta, os achados foram agrupados em eixos temáticos: participação social e controle social; cuidado integral no território; protagonismo feminino e trabalho do cuidado; determinantes sociais e interseccionalidade; violência de gênero; e desafios para comunidades mais saudáveis.

A análise dos dados seguiu procedimento de síntese temática. Inicialmente, foram identificadas unidades de sentido recorrentes nos materiais selecionados. Em seguida, essas unidades foram comparadas com os objetivos do estudo e reorganizadas em categorias interpretativas. Por fim, realizou-se discussão crítica,

relacionando evidências, diretrizes institucionais e implicações para a prática da saúde coletiva.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico.



Fonte: autores (2026)

Quanto aos aspectos éticos, por se tratar de revisão de literatura com uso exclusivo de fontes públicas e documentos disponíveis para consulta, não houve participação direta de seres humanos, coleta de dados pessoais ou intervenção em serviços de saúde, razão pela qual não se aplicou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

Ainda assim foram observados os princípios de integridade acadêmica, citação adequada das fontes e inclusão, nas referências, apenas das obras efetivamente citadas no texto, em consonância com cuidados éticos aplicáveis às pesquisas em ciências humanas e sociais que utilizam dados de acesso público (Conselho Nacional de Saúde, 2016).

Como limitação metodológica, reconhece-se que a revisão narrativa permite interpretação aprofundada, mas não esgota toda a produção disponível nem quantifica a força de associação entre

intervenções e desfechos. Além disso, a inclusão de documentos institucionais pode produzir predominância de diretrizes e diagnósticos oficiais. Essa limitação foi minimizada pela triangulação entre fontes nacionais, internacionais e artigo científico revisado por pares.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Participação Social e Controle Social Como Eixo da Saúde Coletiva

A análise da literatura indica que a participação social constitui condição estruturante para que políticas de saúde deixem de ser apenas normativas e passem a responder às necessidades concretas dos territórios.

O Plano Nacional de Saúde 2024-2027 destaca que a participação social e popular deve orientar a formulação, o controle e a avaliação das políticas de saúde, de modo que movimentos sociais e população influenciem ações estatais e gastos públicos na direção do interesse coletivo (Brasil, 2024). Esse entendimento retoma a base legal do SUS, segundo a qual conselhos e conferências de saúde constituem mecanismos formais de controle social e deliberação pública (Brasil, 1990).

No campo da saúde da mulher, essa participação é particularmente relevante porque muitas necessidades permanecem subnotificadas quando os serviços operam apenas com indicadores biomédicos ou agendas verticalizadas. A presença de mulheres em conselhos locais, conferências, coletivos comunitários, associações de bairro e instâncias de planejamento contribui a identificar barreiras de acesso, padrões de violência, sobrecarga de cuidado, dificuldades de

deslocamento, discriminação institucional e ausência de acolhimento adequado (Brasil, 2025; United Nations Population Fund, 2024; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024).

A participação feminina também desloca a mulher da posição de usuária passiva para a de sujeito político do cuidado. Esse deslocamento é coerente com a saúde coletiva, pois reconhece que o conhecimento produzido na experiência cotidiana possui valor para o planejamento sanitário. Assim, a construção de comunidades saudáveis depende de canais permanentes de escuta, devolutiva e corresponsabilização, e não apenas de campanhas episódicas ou ações focalizadas.

Neste sentido, revisões sobre participação comunitária e experiências de educação popular sustentam que a efetividade das intervenções aumenta quando os sujeitos participam da identificação dos problemas, da definição de prioridades e da avaliação das respostas institucionais (Haldane *et al.*, 2019; Freire, 2019).

4.2. Cuidado Integral e Atenção Às Necessidades das Mulheres no Território

Os achados evidenciam que o cuidado integral à saúde da mulher deve ser organizado a partir de olhar ampliado, em relação a atenção primária, da vigilância em saúde e da articulação intersetorial. O planejamento nacional reconhece que a atenção à saúde das mulheres precisa alcançar todos os ciclos de vida e romper fronteiras restritas à saúde sexual e reprodutiva, sem abandonar a importância do pré-natal, do planejamento reprodutivo, da prevenção de cânceres e da assistência ao parto e

puerpério (Brasil, 2004; Brasil, 2012; Brasil, 2016; Brasil, 2022; Brasil, 2024).

A mortalidade materna permanece como indicador sensível da qualidade do cuidado e da equidade dos sistemas de saúde. No Brasil, dados consolidados pelo IBGE indicam aumento da razão de mortalidade materna em 2020 e 2021, seguido de retorno a 57,7 mortes por 100 mil nascidos vivos em 2022; no cenário global, estimativas interagenciais apontam que centenas de mortes maternas evitáveis ainda ocorrem diariamente (IBGE, 2024; World Health Organization et al., 2025).

Relatórios globais e levantamentos de políticas nacionais em saúde sexual, reprodutiva, materna, neonatal, infantil e adolescente reforçam que o enfrentamento desse problema requer serviços acessíveis, continuidade assistencial, dados qualificados e sistemas de referência bem coordenados (World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2024; World Health Organization, 2022).

Essa discussão demonstra que a integralidade não pode ser reduzida a um pacote de procedimentos, situam em cuidado integral, requer busca ativa, vínculo, acolhimento qualificado, atenção a determinantes sociais, continuidade assistencial e capacidade de reconhecer demandas que atravessam o corpo, a família, o trabalho, a renda, o território, a deficiência e a violência.

A saúde coletiva contribui ao ampliar a análise dos riscos e ao orientar intervenções que combinem cuidado individual, ação comunitária e políticas públicas (Dahlgren; Whitehead, 1991; Solar; Irwin, 2010; Krieger, 2021; World Health Organization, 2022). No caso da saúde das mulheres, tal lógica também se aplica à prevenção de

cânceres e às linhas de cuidado que exigem rastreamento, diagnóstico oportuno, acesso terapêutico e suporte psicossocial (Ginsburg *et al.*, 2023).

4.3. Protagonismo Feminino, Liderança e Trabalho do Cuidado

O protagonismo feminino apareceu como eixo central para compreender a produção de comunidades saudáveis. Mulheres atuam como cuidadoras familiares, lideranças comunitárias, agentes de saúde, profissionais da enfermagem, gestoras, conselheiras, educadoras populares e articuladoras de redes solidárias. Contudo, essa centralidade nem sempre é acompanhada por reconhecimento, remuneração adequada ou poder decisório proporcional (Women in Global Health, 2022; International Labour Organization, 2022).

Batson, Gupta e Barry (2021) apontam que as mulheres compõem grande parte da força de trabalho em saúde, mas permanecem sub-representadas nos níveis superiores de liderança. Essa assimetria afeta a formulação de prioridades e pode limitar a incorporação de temas que impactam mais diretamente mulheres e meninas, como violência, divisão sexual do trabalho, cuidado informal, acesso a métodos contraceptivos, saúde mental e barreiras de mobilidade.

A diferença salarial no setor de saúde e cuidado, analisada em escala global, reforça que a feminização da força de trabalho não elimina desigualdades econômicas nem assimetrias decisórias (International Labour Organization; World Health Organization, 2022).

Os dados brasileiros também revelam contradições. Em 2022, as mulheres ocupavam 39,3% dos cargos gerenciais em geral, embora

representassem 70,0% dos cargos de liderança no grupo de atividades de saúde humana e serviços sociais. Mesmo nesse setor, o rendimento médio das mulheres em cargos gerenciais era inferior ao dos homens, evidenciando que a feminização do cuidado não elimina desigualdades de poder e remuneração (IBGE, 2024).

Em perspectiva comparada, relatórios sobre legislação, trabalho e desenvolvimento humano mostram que autonomia econômica, proteção social, segurança e cuidado infantil são dimensões decisivas para ampliar participação e bem-estar das mulheres (World Bank, 2024; United Nations Development Programme, 2024; CEPAL, 2022).

Dessa forma, reconhecer o protagonismo feminino não significa apenas valorizar narrativas de participação, mas enfrentar estruturas que concentram decisão e recursos. Para a saúde coletiva, esse reconhecimento implica promover liderança feminina nos serviços, nos conselhos, na gestão, na pesquisa e na educação em saúde, além de considerar a carga de trabalho não remunerado que reduz tempo, renda e possibilidades de participação política das mulheres.

As políticas públicas precisam, portanto, articular equidade de gênero, organização territorial do cuidado e criação de condições institucionais para participação efetiva (Brasil, 2025; Organização Pan-Americana da Saúde, 2024; UN Women, 2024).

4.4. Desafios para Comunidades Mais Saudáveis: Equidade, Intersetorialidade e Informação

Os resultados apontam que comunidades mais saudáveis dependem de políticas que integrem equidade, intersetorialidade e informação de qualidade. Indicadores desagregados por sexo,

raça/cor, idade, território e condição socioeconômica são essenciais para identificar desigualdades que médias nacionais tendem a ocultar.

O IBGE destaca a importância de estatísticas públicas oficiais e de recortes interseccionais para revelar desigualdades entre homens e mulheres e entre diferentes grupos de mulheres (IBGE, 2024). Essa exigência dialoga com a tradição dos determinantes sociais, com a teoria ecossocial e com os marcos regionais de promoção da saúde, que compreendem o território como espaço de produção de riscos, proteção, vínculos e oportunidades (Dahlgren; Whitehead, 1991; Solar; Irwin, 2010; Krieger, 2021; Organização Pan-Americana da Saúde, 2019).

A intersectorialidade é necessária porque muitos determinantes da saúde da mulher não se resolvem exclusivamente no serviço de saúde. Violência doméstica, insegurança alimentar, pobreza, saneamento precário, baixa escolaridade, trabalho informal, ausência de transporte e cuidado infantil insuficiente interferem na capacidade de acessar serviços, aderir a tratamentos e participar de espaços de decisão.

Relatórios internacionais recentes reforçam que desigualdades sexuais e reprodutivas persistem quando direitos, serviços e proteção social não alcançam mulheres e meninas em maior vulnerabilidade (United Nations Population Fund, 2021; United Nations Population Fund, 2023; United Nations Population Fund, 2024; World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2024).

No Brasil, dados sobre violência e segurança pública reforçam a necessidade de integrar saúde, a política de assistência social, justiça, educação e segurança na proteção das mulheres (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Outro desafio consiste em transformar participação em impacto real. Espaços institucionais de controle social podem perder potência quando não há formação política, acesso à informação, linguagem acessível, horários compatíveis com a vida das mulheres ou retorno sobre as propostas apresentadas.

Assim, a efetividade do protagonismo feminino exige condições materiais e institucionais para participação, incluindo transporte, acolhimento, cuidado de crianças, respeito à diversidade e abertura para saberes comunitários, além de olhar para a totalidade dos sujeitos sociais.

A literatura sobre participação e educação popular indica que escuta sem devolutiva e participação sem poder decisório tendem a reproduzir hierarquias, enquanto processos dialógicos podem favorecer corresponsabilidade e emancipação comunitária (Haldane *et al.*, 2019; Freire, 2019).

A discussão sintetiza que participação, cuidado e protagonismo formam dimensões interdependentes. Sem participação, o cuidado tende a ser verticalizado; sem cuidado integral, a participação pode não se converter em melhoria concreta de vida; sem protagonismo feminino, comunidades perdem capacidade de reconhecer experiências, vulnerabilidades e soluções construídas pelas próprias mulheres. A incorporação de tecnologias digitais pode apoiar

vigilância, comunicação e acesso, desde que orientada por equidade, proteção de dados, alfabetização digital e redução de barreiras territoriais (World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2022; Brasil, 2024).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao demonstrar que a articulação entre saúde coletiva e saúde da mulher fortalece comunidades saudáveis quando integra participação social, cuidado integral e protagonismo feminino, este artigo retrata que seu objetivo foi atingido. A análise evidenciou que a saúde da mulher deve ser compreendida para além do enfoque materno-reprodutivo, incorporando ciclos de vida, determinantes sociais, desigualdades territoriais, raça/cor, trabalho do cuidado, violência, deficiência, autonomia e presença das mulheres nos espaços de decisão.

Conclui-se que a participação feminina qualifica o planejamento em saúde porque aproxima as políticas das necessidades reais dos territórios. O cuidado integral, por sua vez, amplia a resposta sanitária ao articular atenção primária, vigilância, promoção da saúde, proteção social e intersetorialidade. O protagonismo feminino constitui dimensão política e prática dessa transformação, pois reconhece as mulheres como produtoras de saúde, lideranças comunitárias e agentes de mudança social.

As principais contribuições do estudo consistem em evidenciar que comunidades mais saudáveis não resultam apenas da ampliação de serviços, mas da democratização das decisões, da valorização do trabalho de cuidado e da incorporação de experiências femininas no desenho das políticas públicas.

Como limitação, destaca-se o caráter narrativo da revisão, que não permite mensuração estatística dos achados. Sugere-se que estudos futuros aprofundem análises empíricas em conselhos de saúde, unidades básicas, coletivos comunitários liderados por mulheres e redes intersetoriais de proteção, com atenção aos marcadores de gênero, raça, classe, território e ciclo de vida .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATSON, Amie; GUPTA, Geeta Rao; BARRY, Michele. More Women Must Lead in Global Health: A Focus on Strategies to Empower Women Leaders and Advance Gender Equality. **Annals of Global Health**, [s. l.], v. 87, n. 1, p. 67, 2021. DOI: 10.5334/aogh.3213. Disponível em: <https://annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.3213>. Acesso em: 18 fev. 2026.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 20 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 fev. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1990b. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 26 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Cadernos de Atenção Básica, n. 32. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 5 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância em saúde: volume 1**. 6. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_6_edrev_v1.pdf. Acesso em: 21 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de gestão de alto risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 15 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2024-2027**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_pns_2024_2027.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 3 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 8 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 12 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2023: análise da situação de saúde com enfoque nas crianças brasileiras**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/saude-brasil-2023-analise-da-situacao-de-saude-com-enfoque-nas-criancas-brasileiras>. Acesso em: 18 mar. 2026.

BRASIL. Ministério das Mulheres. **Guia para criação e implementação de Secretarias de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF: Ministério das Mulheres, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/central-de-conteudos/publicacoes/ministeriodasmulheres-guiaspms2025.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2026.

CEPAL. **The care society: a horizon for sustainable recovery with gender equality**. Santiago: Economic Commission for Latin America

and the Caribbean, 2022. Disponível em: <https://www.cepal.org/en/publications/48362-care-society-horizon-sustainable-recovery-gender-equality>. Acesso em: 2 abr. 2026.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Intersectionality**. 2. ed. Cambridge: Polity Press, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2026.

CRENSHAW, Kimberlé. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. **Stanford Law Review**, Stanford, v. 43, n. 6, p. 1241-1299, 1991. DOI: 10.2307/1229039.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2026.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2024/07/anuario-2024.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2026.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 71. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019.

GINSBURG, Ophira et al. Women, power, and cancer: a Lancet Commission. **The Lancet**, London, v. 402, n. 10417, p. 2113-2166, 2023. DOI: 10.1016/S0140-6736(23)01701-4. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(23\)01701-4/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(23)01701-4/fulltext). Acesso em: 11 abr. 2026.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05562018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/>. Acesso em: 13 abr. 2026.

HALDANE, Victoria et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. **PLoS ONE**, San Francisco, v. 14, n. 5, e0216112, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0216112. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0216112>. Acesso em: 15 abr. 2026.

IBGE. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 38. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102066_informativo.pdf. Acesso em: 17 abr. 2026.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Atlas da violência 2024**. Brasília, DF: IPEA; FBSP, 2024. Disponível em:

<https://repositorio.ipea.gov.br/items/6554d2f4-fd60-411a-ac4c-997f39034914>. Acesso em: 24 abr. 2026.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19**. Geneva: ILO; WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052895>. Acesso em: 22 abr. 2026.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. **Care at work: investing in care leave and services for a more gender equal world of work**. Geneva: ILO, 2022. Disponível em: <https://www.ilo.org/publications/care-work-investing-care-leave-and-services-more-gender-equal-world-work>. Acesso em: 19 abr. 2026.

KRIEGER, Nancy. **Ecosocial theory, embodied truths, and the people's health**. New York: Oxford University Press, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Estratégia e plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030**. Washington, DC: OPAS, 2019. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/10f7018c-752a-4f10-bc92-ca36698e5305>. Acesso em: 26 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Health in the Americas 2022: overview of the region of the Americas in the context of the COVID-19 pandemic**. Washington, DC: PAHO, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/items/d0717dff-c6c4-48dc-a920-673e045b803d>. Acesso em: 28 abr. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Regional Gender Equality Profile for Latin America and the Caribbean.** Washington, DC: PAHO, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/regional-gender-equality-profile-latin-america-and-caribbean>. Acesso em: 30 abr. 2026.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561655/>. Acesso em: 9 fev. 2026.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.09172018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/>. Acesso em: 6 fev. 2026.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/44489>. Acesso em: 12 fev. 2026.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde Coletiva: breve reflexão sobre os desafios atuais para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4565-4570, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.22822013>. Acesso em: 3 jul. 2026.

UN WOMEN. **Progress on the Sustainable Development Goals: the gender snapshot 2024.** New York: UN Women, 2024. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2024/09/progress-on-the-sustainable->

[development-goals-the-gender-snapshot-2024](#). Acesso em: 28 fev. 2026.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2023/2024: breaking the gridlock: reimagining cooperation in a polarized world**. New York: UNDP, 2024. Disponível em: <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>. Acesso em: 15 fev. 2026.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **8 billion lives, infinite possibilities: the case for rights and choices**. State of World Population 2023. New York: UNFPA, 2023. Disponível em: <https://www.unfpa.org/swp2023>. Acesso em: 21 fev. 2026.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **Interwoven lives, threads of hope: ending inequalities in sexual and reproductive health and rights**. State of World Population 2024. New York: UNFPA, 2024. Disponível em: <https://www.unfpa.org/swp2024>. Acesso em: 25 fev. 2026.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. **My body is my own: claiming the right to autonomy and self-determination**. State of World Population 2021. New York: UNFPA, 2021. Disponível em: <https://www.unfpa.org/swp2021>. Acesso em: 17 fev. 2026.

WOMEN IN GLOBAL HEALTH. **Subsidizing global health: women's unpaid work in health systems**. [S. l.]: Women in Global Health, 2022. Disponível em: <https://womeningh.org/pay-women-report/>. Acesso em: 4 mar. 2026.

WORLD BANK. **Women, Business and the Law 2024**. Washington, DC: World Bank, 2024. Disponível em:

<https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/853a55af-f1ba-4979-949c-61979af2fbb9>. Acesso em: 7 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>. Acesso em: 3 abr. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on health equity for persons with disabilities**. Geneva: World Health Organization, 2022b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>. Acesso em: 20 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy on digital health 2020-2025**. Geneva: World Health Organization, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>. Acesso em: 9 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens**. Geneva: World Health Organization, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>. Acesso em: 16 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health policy survey 2023: report on global progress**. Geneva: World Health Organization, 2024b.

Disponível em: <https://www.who.int/publications/b/75561>. Acesso em: 29 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women.** Geneva: World Health Organization, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>. Acesso em: 13 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2024: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals.** Geneva: World Health Organization, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240094703>. Acesso em: 24 mar. 2026.

¹ Discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Patos (UNIFIP). ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-0621-3122>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

² Enfermeiro. Universidade Norte do Paraná. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3651-4308>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

³ Bacharel e Licenciado em Ciências Biológicas, Bacharel em Direito e Mestre em Ciências do Ambiente. Universidade Federal do Tocantins. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6773-2031>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁴ Estudante de Nutrição. Centro Universitário Maurício de Nassau. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁵ Especialista. Universidade Estadual do Tocantins — UNITINS. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-3011-6149>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁶ Graduada em Serviço Social. Universidade Norte do Paraná — UNOPAR. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁷ Universidade do Estado do Pará — UEPA. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6978-7979>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁸ Médica, graduada pela Universidad Amazônica de Pando, Bolívia. Pós-graduada em Educação Superior pela UAP. Docente na UNITEPC, Bolívia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7245-9887>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

⁹ Mestre. Universidade Federal de Goiás / Hospital das Clínicas / Hospital Universitário — UFG/HC/HU Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-3705-7931>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹⁰ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Universidade Iguaçu. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5909-0780>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

¹¹ Doutoranda em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos — UNISANTOS. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1480-7822>. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#).

