REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

DESIGUALDADES NO CUIDADO À SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS DA SAÚDE COLETIVA E ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA E DO COLO DO ÚTERO

INEQUALITIES IN WOMEN'S HEALTH CARE: PUBLIC HEALTH CHALLENGES AND MULTIPROFESSIONAL STRATEGIES IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY FOR BREAST AND CERVICAL CANCER PREVENTION

Ciências da Saúde • 12/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/794295867

Suzy Cristina da Silva Costa[1]

Camila Aquino dos Santos Costa[2]

Larissa Rayane Cordeiro Alves[3]

Erick Alexandre Eloi Costa[4]

Any Tenorio Mascarenhas[5]

Patrik Tomazini dos Reis[6]

Carolina Trovão dos Santos Baima[7]

Michelly da Costa Cavalcante Muniz[8]

Ana Luiza Vieira Silva[9]

Patricia Maria Brito da Silva[10]

Sâmia Nagib Maluf[11]

Guilherme Vaz Silva[12]

Suzane Ingrid Aquino de Santana[13]

Leticia Akemi Sewo de Pinho[14]

Candice da Silva Flores[15]

Viviane Mackedanz[16]

Andreia Machado Tompsen[17]

Vinícius Gabriel Araújo de Souza[18]

Monaliza Silva de Sousa[19]

RESUMO

O câncer de mama e o câncer do colo do útero constituem desafios prioritários à saúde da mulher no Brasil, sobretudo pelas desigualdades territoriais, raciais e socioeconômicas que interferem na prevenção e na continuidade assistencial. O estudo objetiva analisar as barreiras ao cuidado e discutir estratégias multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família para ampliar a equidade no controle dessas neoplasias. Realizou-se revisão narrativa crítica, de caráter qualitativo, apoiada em artigos científicos e documentos técnicos nacionais e internacionais publicados predominantemente entre 2021 e 2026. A síntese temática abordou determinantes sociais, organização do rastreamento, vacinação contra o papilomavírus humano, diagnóstico oportuno e coordenação do cuidado. As evidências indicam que barreiras de transporte, renda, informação, racismo institucional e fragmentação dos encaminhamentos contribuem para diferenças na realização de exames e no estágio do diagnóstico. A busca ativa territorial, o registro qualificado, a educação culturalmente adequada, a vacinação, o rastreamento organizado e a navegação de pacientes aparecem como respostas complementares. Conclui-se que reduzir desigualdades depende da integração entre atenção primária, regulação e atenção especializada, com monitoramento de indicadores estratificados e garantia de seguimento das pessoas com resultados alterados.

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Equidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias da Mama; Neoplasias do Colo do Útero.

ABSTRACT

Breast and cervical cancers are priority challenges for women's health in Brazil, particularly because territorial, racial, and socioeconomic inequalities influence prevention and continuity of

care. This study aims to examine barriers to care and discuss multiprofessional strategies within the Family Health Strategy to promote equity in controlling these cancers. A qualitative critical narrative review was conducted using scientific studies and national and international technical documents, predominantly published from 2021 to 2026. The thematic synthesis addressed social determinants, organized screening, human papillomavirus vaccination, timely diagnosis, and care coordination. The evidence indicates that transportation and income barriers, inadequate information, institutional racism, and fragmented referral pathways contribute to differences in screening access and diagnostic stage. Territory-based active outreach, high-quality records, culturally responsive education, vaccination, organized screening, and patient navigation emerge as complementary responses. Reducing disparities requires integration of primary care, referral regulation, and specialized services, alongside disaggregated indicator monitoring and reliable follow-up of people with abnormal test results.
Keywords: Women's Health; Health Equity; Primary Health Care; Breast Neoplasms; Uterine Cervical Neoplasms.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama e o câncer do colo do útero expressam desafios sanitários que ultrapassam a dimensão clínica. As duas neoplasias apresentam trajetórias etiológicas e possibilidades preventivas distintas, mas compartilham o efeito das desigualdades de renda, escolaridade, raça/cor e local de moradia sobre o uso dos serviços. A estimativa nacional de incidência para 2026–2028 projeta 78.610 casos novos de câncer de mama por ano e reafirma a relevância do câncer cervical, especialmente nas regiões com menor

disponibilidade de serviços especializados. A prevenção, portanto, depende tanto da efetividade dos exames e imunizantes quanto das condições materiais e institucionais que permitem sua utilização ao longo do tempo (Instituto Nacional de Câncer, 2026; Bray *et al.*, 2024).

A dimensão social da doença aparece em diferentes estágios da linha de cuidado. Mulheres com jornadas de trabalho extensas, responsabilidades de cuidado doméstico, distância dos equipamentos de saúde ou dificuldade de deslocamento podem adiar consultas e exames, enquanto o acesso desigual aos serviços privados e à informação qualificada favorece trajetórias mais rápidas entre suspeita e tratamento. Estudos nacionais identificam associação entre diagnóstico avançado do câncer cervical, menor escolaridade e raça/cor preta, parda ou indígena, evidenciando que a cobertura agregada dos serviços não descreve integralmente as iniquidades de acesso e desfecho (Oliveira *et al.*, 2024; Góes *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2025).

O relatório mundial da Organização Mundial da Saúde sobre determinantes sociais da equidade ressalta que desigualdades evitáveis decorrem de condições de vida e de acesso assimétrico a poder, renda e recursos. Aplicado à prevenção oncológica, esse enfoque desloca o planejamento do atendimento puramente oportunístico para intervenções sobre barreiras institucionais e territoriais. Estudo espacial realizado em 5.570 municípios brasileiros identificou concentração de menores proporções de rastreamento cervical no Norte e no Nordeste e associação positiva entre cobertura da Estratégia Saúde da Família e realização do exame, sem que isso comprove causalidade no nível individual (Organização Mundial da Saúde, 2025; Gomes et al., 2025).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa um espaço decisivo para enfrentar essas diferenças porque vincula equipes a territórios e permite reconhecer necessidades que não chegam espontaneamente à unidade. Enfermeiros, médicos, agentes comunitários de saúde e profissionais de diferentes áreas podem compartilhar responsabilidade na orientação, identificação de fatores de risco, vacinação, solicitação e acompanhamento de exames segundo protocolos, acolhimento e articulação com serviços especializados. Essa atuação exige processos de trabalho contínuos e não apenas campanhas pontuais, sobretudo quando existem barreiras de comunicação e dificuldades na regulação do cuidado (Brasil, 2026a; Organização Mundial da Saúde, 2023).

A atualização das recomendações nacionais em 2025 tornou ainda mais necessária a discussão da implementação com equidade. Para mulheres assintomáticas de risco habitual, o rastreamento mamográfico populacional no SUS passou a priorizar a faixa de 50 a 74 anos, com periodicidade bienal; já a reorganização do rastreamento cervical incorporou o teste molecular de DNA-HPV oncogênico, em estratégia que prevê periodicidade de cinco anos após resultado negativo na população elegível. Diretrizes e práticas de rastreamento devem ser diferenciadas da investigação diagnóstica de sinais ou sintomas, que requer atendimento oportuno independentemente da faixa etária de rotina (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b; Instituto Nacional de Câncer, 2025b).

Diante desse cenário, o problema que orienta o estudo é compreender de que maneira os determinantes sociais e as fragilidades de organização dos serviços dificultam a prevenção dos cânceres de mama e do colo do útero e quais respostas

multiprofissionais podem ser operacionalizadas pela ESF. O objetivo é analisar criticamente as desigualdades relacionadas ao cuidado e sistematizar estratégias territorializadas para vacinação, rastreamento, diagnóstico oportuno, seguimento e monitoramento, distinguindo recomendações normativas de evidências empíricas e propostas de gestão.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Determinantes Sociais, Racismo Estrutural e Desigualdades Territoriais

A compreensão das desigualdades em saúde exige distinguir diferenças observadas de iniquidades evitáveis. Duas mulheres com indicação clínica semelhante podem enfrentar probabilidades distintas de chegar ao serviço por razões não biológicas, como custo do transporte, instabilidade de renda, discriminação, baixa oferta regional de exames e dificuldades na comunicação com profissionais. No campo da saúde coletiva, os determinantes sociais não se reduzem a características individuais: são produzidos por estruturas econômicas e políticas que distribuem desigualmente os recursos necessários à prevenção. A diretriz de atenção integral às mulheres reconhece a necessidade de considerar ciclos de vida, vulnerabilidades sociais, diversidade e acesso contínuo, e não somente eventos reprodutivos (Brasil, 2026b; Góes *et al.*, 2024).

A intersecção entre raça/cor e posição socioeconômica permite observar disparidades que seriam ocultadas pela análise de variáveis isoladas. Pesquisa vinculada à Coorte de 100 Milhões de Brasileiros identificou padrões distintos de mortalidade por câncer de mama e do colo do útero entre grupos de mulheres, segundo raça/etnia e

posição social. No nível ecológico, maior privação material aparece associada a desfechos desfavoráveis, exigindo cautela interpretativa porque associações territoriais não autorizam atribuição causal a indivíduos. Essas evidências reforçam a relevância de identificar quem não foi alcançada pelos serviços, além de contabilizar o total de procedimentos realizados (Góes *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2025; Guimarães *et al.*, 2026).

O território deve ser entendido como espaço de circulação e vínculo, não apenas como endereço no cadastro. Comunidades rurais, periferias urbanas, áreas ribeirinhas e municípios de pequeno porte podem depender de deslocamentos intermunicipais para mamografia, ultrassonografia, biópsia, colposcopia ou tratamento oncológico. Em análises de regiões de saúde brasileiras, renda, desigualdade de distribuição de recursos e cobertura de rastreamento se relacionam às tendências de mortalidade por câncer de mama e de colo do útero. Políticas de descentralização isoladas, portanto, não substituem coordenação regional, transporte sanitário e capacidade efetiva de resposta nos pontos de referência (Nogueira *et al.*, 2024; Camargo *et al.*, 2026).

A análise espacial da realização do rastreamento cervical no Brasil entre 2013 e 2022 destaca que a distribuição de exames não é homogênea: aglomerados de municípios com menores proporções de rastreamento coexistem com diferenças de renda, desenvolvimento humano e vulnerabilidade social. Para a ESF, a evidência sustenta o mapeamento de microáreas sem vínculo ou com exames desatualizados e a coordenação de agendas e transporte, evitando interpretar a quantidade de exames como sinônimo de acesso equitativo (Gomes et al., 2025).

O racismo institucional pode se manifestar na escuta insuficiente, no não reconhecimento de sintomas, no atendimento pouco acolhedor e no menor acesso a encaminhamentos. Não se trata de atribuir condutas discriminatórias a todos os trabalhadores, mas de reconhecer processos estruturais que produzem resultados desiguais. Estudo brasileiro com registros hospitalares encontrou associação entre diagnóstico cervical em estágio avançado, baixa escolaridade e pertencimento a grupos raciais historicamente vulnerabilizados. A análise de qualidade deve incorporar indicadores estratificados e espaços de participação social para corrigir mecanismos persistentes de exclusão (Oliveira *et al.*, 2024; Freitas *et al.*, 2025).

2.2. Magnitude Epidemiológica e Particularidades das Duas Neoplasias

O câncer de mama ocupa posição destacada na carga global de câncer entre mulheres e envolve diferentes perfis de risco, biologia tumoral e necessidades de atenção. O relatório brasileiro de estimativas 2026–2028 projeta incidência heterogênea entre regiões, o que demanda interpretação conjunta das estruturas etárias, das diferenças de detecção e da qualidade dos registros. A produção de estimativas não deve ser confundida com séries históricas diretamente comparáveis, pois mudanças metodológicas podem alterar valores entre edições. No plano global, análises da IARC também apontam diferenças persistentes entre incidência e mortalidade segundo o desenvolvimento dos sistemas de saúde (Instituto Nacional de Câncer, 2026; Bray *et al.*, 2024; Sung *et al.*, 2026).

A prevenção do câncer de mama contempla promoção da saúde, redução de exposições evitáveis quando pertinente, reconhecimento de sinais suspeitos, diagnóstico oportuno e rastreamento segundo faixa etária e perfil de risco. A mamografia de rastreamento é aplicada às pessoas assintomáticas elegíveis, enquanto nódulo palpável, secreção papilar espontânea sanguinolenta ou alterações cutâneas suspeitas demandam investigação diagnóstica, sem esperar a idade do rastreamento. As decisões devem reconhecer potenciais danos do rastreamento, como resultados falso-positivos, ansiedade, exames adicionais e sobrediagnóstico; por isso, a comunicação deve ser informada e centrada na pessoa (Instituto Nacional de Câncer, 2025b; Brasil, 2025b; U.S. Preventive Services Task Force, 2024).

O relatório nacional Controle do Câncer de Mama no Brasil: Dados e Números 2025 demonstra a utilidade de informações provenientes do SIA, SIM, Siscan e inquéritos populacionais para monitorar indicadores de detecção precoce e acesso à investigação. A comparação com a edição de 2024 requer observar definições e fontes empregadas, mas oferece subsídios à gestão para identificar os pontos da rede em que a suspeita clínica não se converte em diagnóstico concluído. Dessa perspectiva, acompanhamento nominal de pendências e devolutiva ativa dos resultados são componentes de qualidade assistencial, não meras atividades administrativas (Instituto Nacional de Câncer, 2024; Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

O câncer do colo do útero possui uma trajetória de prevenção específica, fortemente ligada à infecção persistente por tipos oncogênicos do papilomavírus humano (HPV). A vacinação preventiva e a identificação de lesões precursoras tornam possível

reduzir sua incidência por políticas sustentadas de imunização, rastreamento e tratamento. A Organização Mundial da Saúde organiza a agenda global em metas de vacinação, rastreamento e tratamento, conhecidas como 90–70–90, cuja efetividade exige alcance populacional, qualidade técnica e seguimento pós-teste. O objetivo de eliminação como problema de saúde pública é distinto da erradicação biológica da infecção (Organização Mundial da Saúde, 2021a; Organização Mundial da Saúde, 2026a).

A atualização internacional da política vacinal da OMS, publicada em 2022, reconhece esquemas com menos doses em condições específicas como estratégia para ampliar a proteção populacional. Entretanto, a implementação no Brasil deve obedecer ao calendário nacional e aos critérios próprios para situações especiais. No campo do rastreamento, a prevenção permanece dependente da garantia de acompanhamento das pessoas com teste positivo, uma vez que a alta capacidade de detectar HPV oncogênico não produz benefícios isoladamente se houver demora ou perda de seguimento (Organização Mundial da Saúde, 2022; Organização Mundial da Saúde, 2026b).

Em regiões brasileiras, a mortalidade por câncer cervical constitui marcador sensível de barreiras evitáveis de prevenção. A frequência de diagnóstico avançado e a demora entre os primeiros sintomas, a confirmação diagnóstica e o tratamento não dependem apenas da existência do teste, mas da capacidade de concluir cada etapa da rede. A identificação de mulheres com rastreamento atrasado, o acesso à avaliação colposcópica e o acompanhamento de resultados alterados devem integrar o planejamento territorial. A expansão de testes moleculares pode criar novas oportunidades, desde que a

APS disponha de protocolos claros de triagem e encaminhamento (Oliveira *et al.*, 2024; Wang; Elfström; Dillner, 2024; Brasil, 2025a).

2.3. Estratégia Saúde da Família e Coordenação Longitudinal do Cuidado

A ESF agrega potencial para operar uma linha de cuidado sustentada no vínculo. O cadastro nominal das pessoas, a visita domiciliar, as consultas de enfermagem e medicina, a atuação de agentes comunitários e o uso de informações territoriais permitem reconhecer demandas que não se expressam em atendimento espontâneo. Entretanto, cadastro sem revisão periódica pode produzir falsa impressão de cobertura, sobretudo em territórios de alta mobilidade residencial. A longitudinalidade se consolida quando as equipes conhecem o histórico de exames, acompanham necessidades de orientação e conferem se o resultado gerou a conduta adequada, evitando a perda de seguimento entre consultas (Brasil, 2026b; Instituto Nacional de Câncer, 2022).

A articulação multiprofissional deve diferenciar atribuições profissionais e distribuir responsabilidades de modo cooperativo, conforme protocolos e normas de exercício. Agentes comunitários contribuem para localizar usuárias, comunicar campanhas, reduzir barreiras de informação e acompanhar comparecimento; profissionais de enfermagem realizam acolhimento, educação em saúde, vacinação ou coleta quando habilitados e prevista em protocolos; médicos avaliam sinais de alerta e indicam investigação; equipes de apoio podem atuar em educação, cuidado psicossocial, nutrição e necessidades sociais. A responsabilização pelo retorno após exames anormais deve ser explícita e compartilhada, com fluxo

de comunicação documentado (Brasil, 2026c; Organização Mundial da Saúde, 2023).

A efetividade da APS não se mede exclusivamente por quantos exames foram solicitados. Indicadores de processo como proporção de mulheres elegíveis convidadas, realização, prazo de entrega do laudo, completude do registro e encaminhamento concluído precisam ser examinados em conjunto com marcadores de equidade. Estudos recentes sobre campanhas de rastreamento no Brasil sugerem ganhos sazonais na procura, porém com variação regional; tais iniciativas podem ampliar informação, mas não substituem oferta regular e acompanhamento durante todo o ano (Silva; Nicolella; Pazello, 2026; Dybal *et al.*, 2026).

2.4. Rastreamento Organizado, Prevenção Primária e Comunicação de Riscos

Programas oportunísticos dependem, em grande parte, de encontros ocasionais das usuárias com os serviços. O rastreamento organizado procura superar essa limitação ao identificar população-alvo, convidar pessoas elegíveis, registrar a realização de testes, monitorar laudos e oferecer tratamento quando indicado. Essa lógica é particularmente relevante quando mulheres com maior vulnerabilidade social apresentam menor oportunidade de realizar exames. A reorganização brasileira do rastreamento cervical com DNA-HPV é consistente com recomendações internacionais que priorizam testes com desempenho adequado e sistemas capazes de ofertar seguimento clínico (Brasil, 2025a; Organização Mundial da Saúde, 2021a; Rocha *et al.*, 2026).

A introdução de um exame mais sensível, entretanto, não elimina automaticamente as falhas na linha de cuidado. Resultados positivos para HPV exigem estratificação segundo genótipo ou testes complementares, avaliação dos riscos e decisão adequada sobre colposcopia e tratamento. A comunicação deve explicar que a presença viral não equivale a diagnóstico de câncer e que o resultado não constitui indicador de infidelidade sexual. Estudos de rastreamento demonstram benefícios do método molecular na prevenção do câncer invasivo, mas também maior demanda por exames de seguimento em certos contextos; a implantação deve prever esse efeito sobre a rede (Wang; Elfström; Dillner, 2024; Rocha *et al.*, 2026; Brasil, 2026d).

A vacinação contra HPV é estratégia de prevenção primária e deve ser trabalhada de forma contínua em escolas, unidades de saúde e comunidade. O calendário nacional prevê dose única para meninos e meninas de 9 a 14 anos em condições de rotina, com esquemas específicos para grupos especiais conforme as normas vigentes; em 2026, houve extensão da estratégia de resgate para adolescentes e jovens de 15 a 19 anos não vacinados. Evidências de estudos clínicos e avaliações populacionais sustentam o impacto preventivo das vacinas, mas o benefício coletivo depende de adesão equitativa, registros completos e capacidade de alcançar territórios com baixa cobertura (Brasil, 2026e; Brasil, 2026f; Barnabas *et al.*, 2023; Wendland *et al.*, 2026).

Estudo de séries temporais sobre vacinação contra HPV em Goiás identificou mudanças de cobertura ao longo do período analisado, mostrando a importância de acompanhar coortes e registros em lugar de tomar a oferta do imunizante como prova de alcance homogêneo. Em outra análise brasileira, a redução de alterações

citológicas relacionadas ao HPV não foi uniforme entre macrorregiões, o que reforça a necessidade de ações locais de busca ativa e educação em saúde, especialmente em áreas com cobertura insuficiente ou abandono de oportunidades preventivas (Oliveira et al., 2024; Graça; Brollo, 2024).

3. METODOLOGIA

Trata-se de revisão narrativa crítica da literatura, de abordagem qualitativa, com análise documental de recomendações técnico-normativas. A opção por esse delineamento decorre do interesse em integrar evidências epidemiológicas, estudos de acesso e documentos de implementação, produzidos por diferentes métodos e aplicáveis ao planejamento da atenção primária. Por não ter sido realizada uma revisão sistemática, este estudo não apresenta estimativas combinadas de efeito, avaliação padronizada de risco de viés ou pretensão de exaustividade. A designação de revisão narrativa é mantida de forma uniforme em todas as seções, evitando classificações metodológicas incompatíveis.

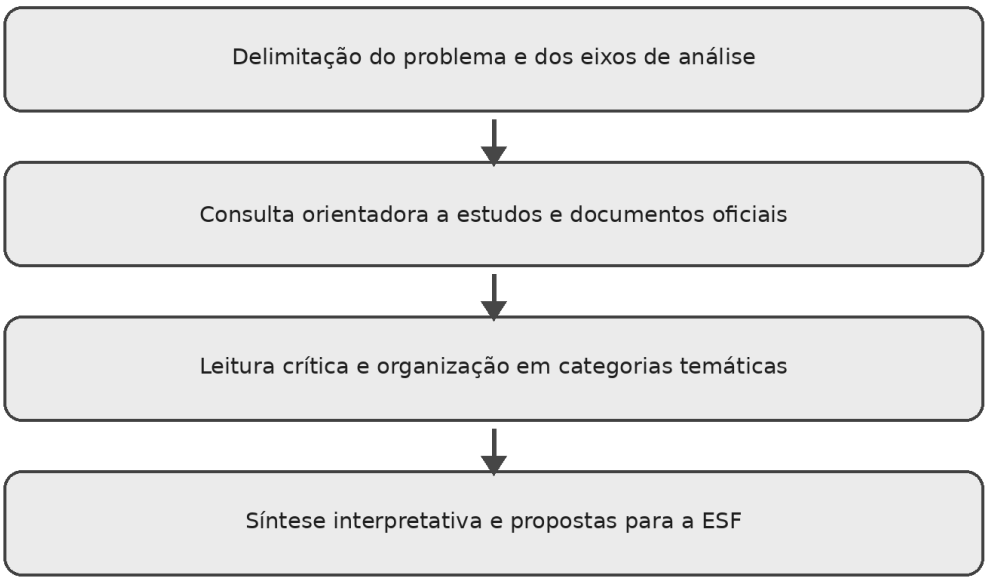
A busca orientadora considerou artigos indexados em PubMed/MEDLINE e SciELO, complementados por documentos disponíveis nos portais do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional de Câncer (INCA), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC). Foram utilizados, em português e inglês, combinações de termos relativos a saúde da mulher, câncer de mama, câncer do colo do útero, desigualdades em saúde, raça/cor, atenção primária, ESF, rastreamento, vacinação HPV, navegação de pacientes e acesso aos serviços. A consulta foi atualizada até 3 de novembro de 2026, com

predominância de material publicado de 2021 a 2026, sem excluir marcos legais anteriores indispensáveis à contextualização.

Para a atualização documental, foram confrontadas a Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13/2025 e o Relatório de Recomendação nº 977 da Conitec, distinguindo o ato normativo, a justificativa técnico-científica para a incorporação do teste e as implicações de implementação na rede. Esses documentos são empregados como fontes de diretrizes e de formulação de políticas, sem classificá-los como estudos clínicos originais ou como evidência direta de efetividade local de intervenções (Brasil, 2025c; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2025).

A seleção foi intencional e guiada por pertinência temática, confiabilidade da fonte e complementaridade das abordagens. Priorizaram-se estudos originais brasileiros, revisões sistemáticas de intervenções preventivas, diretrizes oficiais e sínteses internacionais relevantes para prevenção e acesso; textos de opinião sem dados ou documentos desatualizados por normas posteriores não sustentaram recomendações clínicas. As fontes selecionadas foram lidas segundo eixos de magnitude e distribuição do problema, barreiras interseccionais, organização do rastreamento, papel multiprofissional e indicadores de avaliação. A análise comparou convergências e divergências, distinguindo observação empírica, recomendação vigente e proposição operacional.

Figura 1. Percurso da revisão narrativa e da análise documental



Fonte: elaboração própria. Fluxo analítico sem contagem de registros ou elegibilidade sistemática.

A construção dos resultados ocorreu mediante organização temática, sem contagem de artigos incluídos ou excluídos, uma vez que a busca não foi planejada como processo de elegibilidade exaustivo e auditável. O fluxograma a seguir representa exclusivamente o percurso analítico-documental, e não um diagrama PRISMA nem uma amostra quantificada. Por utilizar exclusivamente fontes públicas e não envolver acesso a dados pessoais identificáveis, esta revisão não demandou recrutamento de participantes ou procedimentos de intervenção; sua limitação central é a possibilidade de seleção não exaustiva e viés interpretativo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Expressões Empíricas das Desigualdades no Brasil

A síntese mostra que a desigualdade não se manifesta apenas no acesso inicial ao exame, mas em toda a trajetória assistencial. Em estudo hospitalar de base nacional, quase metade dos casos

analisados de câncer cervical recebeu diagnóstico em estágio avançado, com associação a menores níveis de escolaridade e a grupos raciais historicamente desfavorecidos. Estudos posteriores sobre atraso diagnóstico reafirmam a presença de desigualdades sociodemográficas e obstáculos de organização dos serviços. Embora esses trabalhos utilizem recortes e períodos diferentes, convergem na identificação de barreiras acumulativas entre o primeiro contato e a confirmação clínica (Oliveira *et al.*, 2024; Freitas *et al.*, 2025).

A natureza desigual do rastreamento emerge também da distribuição territorial dos serviços. A investigação espacial de Gomes et al. (2025) mostra que maior cobertura territorial da ESF se associa a maiores proporções de exame de rastreamento cervical, enquanto indicadores de desigualdade social se relacionam a menores proporções em parte do país. Tal associação é consistente com a importância de equipes com vínculo territorial, mas não permite concluir que ampliar cobertura administrativa seja suficiente sem acesso ao laboratório, devolução de laudos e serviços de referência (Gomes et al., 2025).

No rastreamento do câncer do colo do útero, levantamento com dados do Sistema de Informação do Câncer para 2021–2023 estimou cobertura de 39,03% entre mulheres usuárias do SUS de 25 a 64 anos, com variação segundo raça/cor e região. A estimativa depende das definições operacionais do estudo e da qualidade do registro disponível, não correspondendo diretamente à cobertura populacional real de todos os tipos de teste. Ainda assim, a distribuição aponta diferenças relevantes entre mulheres brancas, não brancas e indígenas, reforçando a necessidade de indicadores

desagregados e qualificação da informação (Santos Junior *et al.*, 2026).

A baixa realização de mamografias no SUS também revela que a mera presença de equipamentos não assegura cobertura suficiente. Investigação com população de referência de mais de 22 milhões de mulheres verificou variação expressiva na cobertura anual observada em 2022 e desigualdades na distribuição e no desempenho dos serviços. Estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 identificou vantagens de acesso para mulheres brancas, urbanas e com maior escolaridade. Esses resultados impedem interpretar o número bruto de procedimentos como sinônimo de atendimento equânime e sugerem necessidade de combinar oferta assistencial, busca ativa e condições de deslocamento (Dybal *et al.*, 2026; Santana *et al.*, 2026).

A distribuição espacial da mortalidade reforça essa leitura, mas exige cuidado com a qualidade dos dados. Pesquisa com correção de sub-registros identificou subestimações históricas de óbitos por câncer de mama, especialmente em regiões com sistemas de informação menos completos. Estudos de privação material e análises de regiões de saúde mostram que padrões de mortalidade se associam a características socioeconômicas e à organização da rede. Na prática, melhorar a qualidade do registro é uma estratégia de equidade, pois dados incompletos podem reduzir a visibilidade de necessidades nas áreas que mais precisam de investimentos (Camargo *et al.*, 2026; Costa *et al.*, 2025; Nogueira *et al.*, 2024).

4.2. Barreiras de Acesso: Do Território Ao Resultado do Exame

As barreiras geográficas combinam distância, tempo de deslocamento, custo indireto e concentração de serviços. Em municípios onde a mamografia ou a colposcopia depende de transporte intermunicipal, o agendamento pode gerar perda de jornada laboral, necessidade de acompanhante e gastos não ressarcidos. A presença de mulheres com deficiência, mobilidade limitada ou responsabilidades intensas de cuidado exige planejamento de horário e acessibilidade. A equipe da ESF deve registrar essas dificuldades como variáveis da organização assistencial, e não apenas como suposta falta de adesão individual (Nogueira *et al.*, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Fatores informacionais influenciam a relação com exames preventivos. Orientações contraditórias sobre faixa etária, periodicidade, riscos do rastreamento e significado de um teste positivo podem produzir medo ou interpretações equivocadas. A comunicação qualificada deve diferenciar rastreamento em pessoa assintomática de investigação diagnóstica, explicar resultados e assegurar linguagem acessível e respeitosa. Para o câncer do colo do útero, a associação do HPV à sexualidade torna especialmente importante evitar linguagem moralizante ou culpabilizante; para o câncer de mama, campanhas não devem substituir avaliação individual de sintomas suspeitos (Instituto Nacional de Câncer, 2025b; Organização Mundial da Saúde, 2021a).

O relatório mundial sobre equidade em saúde também destaca que as pessoas se encontram em posições distintas para exercer escolhas e usufruir de serviços. Por isso, decisões sobre rastreamento precisam ser comunicadas em linguagem compreensível, com registro de preferências, possibilidade de perguntas e esclarecimento de incertezas. A educação em saúde deve considerar

baixa escolaridade, deficiência, barreiras digitais e experiências de discriminação, evitando atribuir a não realização de um exame exclusivamente à motivação individual (Organização Mundial da Saúde, 2025).

Dificuldades de continuidade aparecem quando o serviço realiza o exame, mas não recebe o laudo a tempo, não localiza a usuária com alteração, não consegue vaga de confirmação ou perde informações na transferência entre municípios. O risco de perda de seguimento pode ser elevado para mulheres com telefone instável, alteração de endereço ou pouca disponibilidade de comparecer à unidade. A literatura sobre navegação de pacientes sugere benefício da mediação ativa entre etapas da rede, embora seus efeitos dependam da capacidade dos serviços de absorver a demanda identificada. Essa distinção impede prometer ganhos clínicos sem investimento em biópsias, colposcopias, cirurgias e tratamentos (Silva; Postali, 2026; Coles *et al.*, 2024).

Aspectos psicossociais também interferem na procura e na permanência no cuidado. Receio de dor, exposição do corpo, experiência prévia de discriminação, dificuldade de conversar sobre sexualidade e insegurança financeira podem ser relevantes. Profissionais devem oferecer privacidade, acolhimento de acompanhantes quando desejado, consentimento informado e possibilidade de agendamento conforme necessidades individuais. As ações educativas precisam ser construídas com escuta do território e diálogo com lideranças comunitárias, sem pressupor que uma mensagem única seja adequada a todas as mulheres (Brasil, 2026b; Mackay *et al.*, 2025).

4.3. Estratégias para Prevenção do Câncer do Colo do Útero

A vacinação contra HPV deve integrar o cuidado longitudinal e a agenda intersetorial entre saúde e educação. O esquema de rotina com dose única na faixa etária de 9 a 14 anos facilita a logística de vacinação, porém não elimina a necessidade de identificação nominal de adolescentes não vacinados, comunicação com responsáveis e ações em escolas e espaços comunitários. Pesquisa realizada em Minas Gerais demonstrou agrupamentos municipais com perfis diferentes de cobertura e vulnerabilidade socioeconômica, sugerindo que estratégias uniformes podem produzir resultados heterogêneos. O acompanhamento local deve considerar sexo, idade, área e oportunidades perdidas (Brasil, 2026e; Gusmão *et al.*, 2026).

Ensaios clínicos de dose única reforçam a efetividade preventiva da vacinação contra infecção persistente por tipos oncogênicos, e estudos populacionais brasileiros detectam redução de tipos vacinais nas faixas etárias mais alcançadas. Entretanto, prevenção primária e rastreamento não são medidas intercambiáveis: mesmo pessoas vacinadas podem necessitar dos exames recomendados na idade apropriada, pois a vacina não cobre todos os tipos oncogênicos. A ESF deve trabalhar essa complementaridade de maneira consistente e evitar interpretar cobertura vacinal elevada como autorização para abandonar o seguimento ginecológico (Barnabas *et al.*, 2023; Wendland *et al.*, 2026; Brasil, 2026f).

A transição para o teste molecular DNA-HPV em rastreamento organizado requer cadastro adequado, critérios de elegibilidade, coleta ou acesso ao método, laboratório com controle de qualidade e comunicação clara dos resultados. A diretriz brasileira atual orienta rastreamento primário com teste molecular em mulheres de 25 a 64 anos, com intervalo quinquenal após resultado negativo, observadas

situações específicas previstas em protocolo. Revisão sistemática nacional recente identificou maior detecção de lesões cervicais relevantes com testes baseados em HPV em comparação à citologia, acompanhada da necessidade de triagem e manejo apropriados de resultados positivos (Brasil, 2025a; Brasil, 2026g; Rocha *et al.*, 2026).

A Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13/2025 estabeleceu marco normativo para o rastreamento organizado com teste molecular de DNA-HPV oncogênico. O relatório técnico da Conitec evidencia a necessidade de articular tecnologia, indicação clínica, interpretação de resultados e seguimento. Sua implantação desigual entre territórios pode ampliar disparidades caso a ampliação da coleta não seja acompanhada por financiamento, regulação, capacitação e controle de qualidade na rede de exames e tratamento das lesões precursoras (Brasil, 2025c; Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, 2025).

A autocoleta de amostras para testes de HPV pode representar alternativa promissora para pessoas pouco alcançadas pelo rastreamento, ao reduzir constrangimentos e barreiras de deslocamento. Contudo, a efetividade depende do teste validado, da logística de armazenamento e transporte e da disponibilidade de confirmação diagnóstica. Revisões de estratégias de convite indicam aumento da participação em experiências internacionais com oferta de kits, especialmente quando o convite não depende da solicitação espontânea. Os resultados são relevantes para desenho de pilotos locais, mas não autorizam adoção indiscriminada sem aprovação e protocolos aplicáveis à rede brasileira (Wong; Wong, 2024; Mackay *et al.*, 2025; Dixit *et al.*, 2026).

Em ensaio randomizado realizado na região dos Apalaches, nos Estados Unidos, o envio de kits de autocoleta por correio foi testado como recurso para elevar a participação de pessoas com rastreamento atrasado. Um estudo de validação clínica publicado em 2025 examinou a aplicabilidade de amostras vaginais autocoletadas no domicílio. Os achados ampliam o repertório de estratégias de implementação, mas a adoção pela ESF deve considerar exames efetivamente aprovados, condições logísticas locais, regras brasileiras de rastreamento e responsabilidade pelo retorno dos resultados alterados (Reiter et al., 2025; Fitzpatrick et al., 2025).

O retorno de resultados alterados necessita fluxo transparente: identificação da pessoa, orientação individual sobre o significado do exame, encaminhamento conforme algoritmo, comunicação com a referência e confirmação do desfecho. Quando o seguimento é interrompido, um método de rastreamento tecnicamente superior pode não se traduzir em prevenção efetiva. As evidências sobre benefícios do DNA-HPV no risco de câncer invasivo destacam a importância de programas organizados, enquanto a atualização nacional reforça a responsabilidade da rede no manejo após o teste (Wang; Elfström; Dillner, 2024; Brasil, 2026d).

4.4. Estratégias para Prevenção e Detecção Precoce do Câncer de Mama

A prevenção e a detecção precoce do câncer de mama exigem mensagens distintas para pessoas assintomáticas e para aquelas com manifestações clínicas. A diretriz brasileira atual recomenda mamografia de rastreamento bienal prioritariamente para a faixa de 50 a 74 anos de risco habitual, enquanto sinais suspeitos impõem

avaliação diagnóstica sem dependência da idade de rastreamento. Para outras faixas etárias ou circunstâncias individuais, a decisão clínica deve considerar o risco e a discussão informada de benefícios e danos. A comunicação padronizada ajuda a reduzir solicitação de exames sem indicação e, simultaneamente, a evitar atraso de mulheres sintomáticas (Brasil, 2025b; Instituto Nacional de Câncer, 2025b).

A organização da ESF pode combinar relação nominal das mulheres elegíveis, convite ativo, verificação de mamografia anterior e acompanhamento do laudo, com atenção aos grupos subatendidos. A prioridade não deve ser apenas aumentar a quantidade de solicitações, mas garantir que as pessoas convidadas consigam realizar o exame e que achados suspeitos sejam esclarecidos rapidamente. Pesquisas nacionais revelam desigualdades educacionais, raciais e territoriais na utilização de rastreamento mamográfico. Medidas de apoio a deslocamento, horários adaptados e pactuação de vagas com a atenção especializada são elementos concretos para reduzir tais diferenças (Santana *et al.*, 2026; Dybal *et al.*, 2026).

Os indicadores consolidados pelo INCA em 2025 permitem situar o rastreamento no conjunto da linha assistencial, incluindo realização da mamografia, acesso a procedimentos diagnósticos e análise regional de mortalidade. A ESF pode combinar esses dados secundários com sua lista nominal de pessoas com indicação de exame e com registros de comunicação de resultados, produzindo indicadores de cobertura real e de continuidade. A rastreabilidade de um resultado suspeito até a confirmação diagnóstica tende a ser mais útil para a segurança da paciente do que o simples número de solicitações emitidas (Instituto Nacional de Câncer, 2025a).

Campanhas periódicas, como Outubro Rosa, possuem potencial de visibilidade e sensibilização, mas o impacto tende a depender da capacidade assistencial preexistente e da integração com o cuidado longitudinal. Estudo de séries temporais no Brasil observou efeitos regionais heterogêneos da campanha, sugerindo relação com a cobertura da atenção primária. Assim, eventos comunitários devem oferecer educação baseada em evidências, avaliação de sintomas, agendamento e encaminhamento, sem concentrar indevidamente a oferta de cuidado em um único mês do calendário (Silva; Nicolella; Pazello, 2026).

A Comissão da revista The Lancet sobre câncer de mama enfatiza a importância de integrar diagnóstico oportuno, tratamento adequado, apoio psicossocial e qualidade de vida. A Iniciativa Global para o Câncer de Mama organiza esforços em promoção da saúde para detecção precoce, diagnóstico tempestivo e manejo abrangente. Essas diretrizes respaldam uma abordagem que não se encerra na mamografia: é preciso garantir anatomopatológico, avaliação do estadiamento, orientação familiar e início de tratamento em tempo clinicamente apropriado, com comunicação entre APS e referência especializada (Coles *et al.*, 2024; Organização Mundial da Saúde, 2023).

As equipes também devem trabalhar com cuidado centrado na pessoa, respeitando autonomia, preferências e necessidades de suporte durante decisões sobre diagnóstico e tratamento. A escuta e o cuidado psicossocial tornam-se especialmente importantes quando há suspeita de câncer, momento em que barreiras informacionais e medo podem afetar o seguimento. Cuidados paliativos, quando indicados, integram a atenção oncológica e não devem ser confundidos exclusivamente com o fim de vida. A rede

precisa manter vínculo com a atenção primária inclusive quando a mulher está em tratamento especializado (Instituto Nacional de Câncer, 2024; Coles *et al.*, 2024).

A ficha técnica internacional atualizada em 2026 para câncer do colo do útero reitera que a prevenção depende do conjunto vacinação, rastreamento e tratamento de lesões ou câncer identificado. Na esfera local, o trabalho multiprofissional deve garantir transição segura entre unidades e atenção especializada, com coordenação de necessidades clínicas e sociais. Esse arranjo reduz o risco de priorizar indicadores de produção de exames enquanto persistem perdas de seguimento das pessoas com achados positivos (Organização Mundial da Saúde, 2026b).

4.5. Atribuições Multiprofissionais e Integração da Rede

A atuação do agente comunitário de saúde está vinculada à identificação das pessoas do território, às ações de orientação e ao apoio ao comparecimento às unidades, sem substituir avaliação clínica. Em áreas com baixa adesão ao rastreamento, visitas programadas podem identificar barreiras individuais, atualizar contatos e organizar encaminhamentos. A abordagem deve preservar confidencialidade de resultados e consentimento da pessoa acompanhada. O guia nacional de bolso voltado aos agentes comunitários sistematiza orientações sobre prevenção e rastreamento dos cânceres de mama e colo do útero, favorecendo a comunicação entre comunidade e equipe (Brasil, 2026c).

A enfermagem desempenha papel estratégico no acolhimento, na educação em saúde, na organização de agendas preventivas, na vacinação e no acompanhamento de resultados, conforme

regulamentação e protocolos institucionais. A consulta de enfermagem pode reconhecer lacunas de rastreamento, avaliar necessidades, orientar sobre sinais de alerta e acionar a equipe quando necessária investigação clínica. O trabalho médico agrega avaliação diagnóstica, decisão compartilhada, solicitação e interpretação de exames segundo recomendações, além de tratamento de condições coexistentes. A articulação com serviço social, psicologia, farmácia e outras áreas contribui para enfrentar necessidades que vão além do procedimento isolado (Brasil, 2026b; Organização Mundial da Saúde, 2023).

A navegação assistencial é uma estratégia de apoio para reduzir lacunas entre identificação de necessidade e resolução do problema. Pode envolver pessoa ou equipe responsável por orientar exames, facilitar comunicação, confirmar agendamentos e detectar obstáculos de comparecimento. Avaliação recente de programa brasileiro de navegação em câncer de mama encontrou melhoria em determinado tempo de acesso à radioterapia, com efeitos dependentes da disponibilidade regional de recursos. Assim, a navegação deve ser tratada como instrumento de coordenação e não como solução autônoma para filas e subfinanciamento; o processo necessita metas realistas e supervisão da rede (Silva; Postali, 2026).

A regulação assistencial tem papel decisivo porque os fluxos para mamografia diagnóstica, biópsia, colposcopia e tratamento transcendem a responsabilidade isolada da UBS. A legislação brasileira estabelece prazos para a realização de exames necessários à elucidação diagnóstica de suspeita principal de câncer e para o primeiro tratamento após confirmação, com ressalvas previstas em lei. O monitoramento desses prazos, entretanto, requer informação

completa e articulação contínua entre unidades solicitantes, centrais de regulação e serviços executantes. O cumprimento formal de solicitação não equivale ao cuidado concluído quando o laudo ou o tratamento não chega à pessoa (Brasil, 2012; Brasil, 2019).

Equipes multiprofissionais devem incorporar práticas de educação permanente sobre novas recomendações de rastreamento e imunização. Mudanças de faixa etária ou de método diagnóstico podem produzir mensagens divergentes entre serviços, o que prejudica a confiança e favorece uso inadequado dos exames. Reuniões interprofissionais, protocolos locais baseados nas diretrizes nacionais, supervisão de casos com resultados alterados e análise mensal de indicadores criam condições para respostas consistentes e para aprendizado coletivo. Essas ações podem ter menor custo imediato que a implantação de novas tecnologias, porém exigem tempo protegido e liderança clínica e gerencial (Brasil, 2025a; Brasil, 2025b; Brasil, 2026g).

4.6. Matriz de Intervenção Territorial e Indicadores de Equidade

Uma resposta operacional deve começar pelo diagnóstico situacional do território, com identificação de população elegível, faltas a exames, mulheres com resultados pendentes, cobertura vacinal e demora de encaminhamentos. Recomenda-se estratificar os indicadores, quando eticamente apropriado e com proteção dos dados pessoais, por idade, território, raça/cor autodeclarada e situações de vulnerabilidade relevantes. A equipe deve interpretar cada diferença à luz das condições locais e usar a informação para corrigir barreiras, e não para responsabilizar individualmente as usuárias (Santos Junior *et al.*, 2026; Santana *et al.*, 2026; Brasil, 2026b).

A segunda etapa consiste em pactuar intervenções com metas monitoráveis, como atualização cadastral, convites ativos, manutenção de estoque de vacinas, agendas de coleta e regras para retorno de laudos. A terceira consiste em garantir resposta para casos positivos ou suspeitos, com responsável nominal na equipe, prazo de verificação e articulação com a regulação. A quarta envolve avaliação da experiência das usuárias, acolhimento, transporte e comunicação culturalmente adequada. O conjunto evita que indicadores sejam reduzidos ao número de exames, preservando a centralidade do cuidado concluído (Organização Mundial da Saúde, 2023; Brasil, 2026c).

A avaliação precisa distinguir indicadores de estrutura (disponibilidade de serviço, transporte, equipe e laboratório), processo (convite, coleta, entrega de laudo e retorno) e resultado (diagnóstico oportuno, tratamento iniciado e redução de perdas de seguimento). Indicadores de qualidade de dados, como percentual de raça/cor ignorada e completude de telefone ou endereço, também são relevantes porque afetam a precisão das estimativas. O quadro a seguir apresenta uma proposta de aplicação gerencial, que deve ser adaptada aos protocolos locais e à capacidade de informação de cada município, sem ser interpretada como escala validada ou metas nacionais obrigatórias (Dybal *et al.*, 2026; Santos Junior *et al.*, 2026).

Em síntese, os diferentes eixos de atuação são mutuamente dependentes: a vacinação reduz risco futuro, o rastreamento busca detectar alterações antes da doença invasiva, a investigação de sintomas permite diagnóstico sem atraso e a navegação reduz interrupções entre etapas. Caso a rede especializada permaneça inacessível, o aumento da testagem pode ampliar resultados

pendentes sem produzir os desfechos desejados. O compromisso com equidade implica articular oferta técnica, participação comunitária e responsabilidade compartilhada, assegurando que a pessoa seja acompanhada até a conclusão de cada necessidade clínica (Guimarães *et al.*, 2026; Silva; Postali, 2026; Organização Mundial da Saúde, 2023).

Quadro 1. Matriz operacional de ações e indicadores de equidade na ESF

Eixo	Ação territorial proposta	Indicador de acompanhamento
Cadastro e vínculo	Atualizar população elegível, contatos e barreiras de acesso	Cobertura cadastral e percentagem de contatos atualizados
HPV e prevenção primária	Convocar adolescentes, articular escolas e realizar resgate vacinal	Cobertura por faixa etária/território; oportunidades perdidas
Rastreamento cervical	Convidar elegíveis para exame conforme diretriz e monitorar laudos	Exame registrado; retorno e seguimento de resultado alterado
Câncer de mama	Orientar sinais de alerta e organizar mamografia indicada	Tempo entre solicitação, realização e conclusão diagnóstica
Navegação e regulação	Rastrear pendências de biópsia, colposcopia e início do tratamento	Perdas de seguimento e demora entre etapas
Equidade e qualidade	Analisar diferenças por raça/cor e microterritório, com sigilo	Diferenças de acesso e percentual de dados ignorados

Fonte: elaboração própria a partir da síntese narrativa. Indicadores propostos, não validados como escala.

4.7. Limitações da Evidência e Implicações para Políticas Públicas

Os estudos analisados apresentam delineamentos heterogêneos, incluindo análises ecológicas, estudos de registros, pesquisas transversais, ensaios de intervenção e revisões sistemáticas. Seus denominadores, períodos e definições de cobertura não são intercambiáveis. Por isso, resultados como prevalência de rastreamento ou taxas de atraso diagnóstico não devem ser somados nem generalizados de modo uniforme ao conjunto do país. A publicação de diretrizes atualizadas em 2025 e 2026 também torna inadequado utilizar conclusões de estudos com faixas etárias anteriores sem explicitar sua referência temporal (Instituto Nacional de Câncer, 2025b; Santana *et al.*, 2026; Rocha *et al.*, 2026).

Além disso, parte da evidência sobre autocoleta, convite por correspondência e navegação foi produzida em sistemas de saúde distintos do brasileiro. Esses achados indicam plausibilidade e oferecem subsídios para desenho de estratégias, mas precisam de avaliação local antes de adoção em larga escala. Avaliações devem incluir adesão, completude de seguimento, custo, satisfação, experiências de discriminação e impacto distributivo. É desejável priorizar estudos de implementação na APS e pesquisas participativas com comunidades historicamente subatendidas, para que o avanço tecnológico não amplie desigualdades preexistentes (Pretsch *et al.*, 2023; Wong; Wong, 2024; Mackay *et al.*, 2025).

Como limitação específica desta revisão, a seleção narrativa não assegura identificação de toda a produção científica relevante, não contou com pares independentes de revisores e não aplicou ferramenta padronizada de avaliação de risco de viés. As recomendações práticas expostas devem, portanto, ser entendidas

como síntese fundamentada e propostas de organização do cuidado, não como prova de efetividade causal de cada intervenção em qualquer contexto. Pesquisas futuras poderão medir o impacto de fluxos coordenados da ESF sobre rastreamento oportuno, estadiamento ao diagnóstico, qualidade de vida, desigualdades raciais e tempo até tratamento, com indicadores previamente definidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de analisar as desigualdades no cuidado à saúde da mulher e sistematizar estratégias multiprofissionais para a prevenção do câncer de mama e do colo do útero foi atendido por meio de uma síntese crítica de estudos e recomendações recentes. A literatura evidencia que as iniquidades não se restringem à realização de exames: atravessam a informação recebida, a possibilidade de deslocamento, a escuta profissional, a devolutiva do laudo, a confirmação diagnóstica e o início do tratamento. A organização da rede, portanto, constitui componente essencial da efetividade das ações preventivas.

Na Estratégia Saúde da Família, destacam-se como prioridades a identificação territorial da população elegível, a vacinação contra o HPV, a aplicação contextualizada das recomendações de rastreamento, o reconhecimento de sinais suspeitos, a busca ativa de pessoas com resultados pendentes e a integração da equipe com serviços de referência. A coordenação efetiva do cuidado exige atribuição clara de responsabilidades, informação qualificada e respostas a obstáculos sociais como transporte, renda e discriminação.

Conclui-se que a equidade precisa ser traduzida em práticas verificáveis: monitoramento de indicadores estratificados, redução das perdas de seguimento, transparência dos fluxos e participação das mulheres nas decisões sobre seu cuidado. Recomenda-se que gestores e equipes avaliem permanentemente a distância entre recomendar um exame e garantir sua conclusão diagnóstica e terapêutica. O avanço das tecnologias preventivas será socialmente significativo quando alcançar com qualidade e continuidade as mulheres que historicamente enfrentam maiores dificuldades de acesso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://legis.senado.gov.br/norma/588108/publicacao/34619085. Acesso em: 3 out. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019.** Altera a Lei nº 12.732/2012 para dispor sobre prazo para a realização de exames necessários à elucidação diagnóstica. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13896.htm. Acesso em: 7 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário de vacinação.** Brasília, DF, 2026e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario. Acesso em: 2 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de Colo do Útero – Parte II:** avaliação, tratamento e seguimento de mulheres identificadas no

rastreamento. Brasília, DF, 2026d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/c. Acesso em: 9 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como funciona o rastreamento do câncer no SUS?** Brasília, DF, 2026g. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-ao-cancer/faq/faq/como-funciona-o-rastreamento-do. Acesso em: 5 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero:** Parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/r/rastreamento-cancer-do-colo-do-utero/view. Acesso em: 1 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de bolso para agentes comunitários de saúde:** rastreamento dos cânceres de mama e do colo do útero. Brasília, DF, 2026c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_agente_saude_rastreio_cancer.pdf. Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Jovens de 15 a 19 anos podem se vacinar contra o HPV até dezembro.** Brasília, DF, 2026f. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-ms/2026/julho/jovens-de-15-a-19-anos-podem-se-vacinar-contra-o-hpv-ate-dezembro. Acesso em: 4 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 626/2025-CGCAN/DECAN/SAES/MS:** acesso ao exame de mamografia no SUS. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-

br/composicao/saes/cgcan/notas-tecnicas-e-informativas/nota-tecnica-no-626-2025-cgcan-decan-saes-ms. Acesso em: 10 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.** Brasília, DF, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/pnaism. Acesso em: 6 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025.** Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I. Brasília, DF, 2025c. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2025/poc0013_18_08_2025.html. Acesso em: 3 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher.** Brasília, DF, 2026a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher. Acesso em: 8 out. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Teste para detecção precoce do câncer do colo do útero já está disponível em 26 estados do país.** Brasília, DF, 2026h. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2026/outubro/teste-para-deteccao-precoce-do-cancer-do-colo-do-utero-ja-esta-disponivel-em-26-estados-do-pais/. Acesso em: 31 out. 2026.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians,** v. 74, n. 3, p. 229-263, 2024. DOI: 10.3322/caac.21834. Disponível em: https://doi.org/10.3322/caac.21834. Acesso em: 2 out. 2026.

CAMARGO, J. D. A. S. et al. Regional disparities in breast cancer mortality in Brazil: a spatial analysis using uncorrected and adjusted data, 2000-2023. **Scientific Reports,** v. 16, art. 6770, 2026. DOI: 10.1038/s41598-026-37844-w. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41598-026-37844-w. Acesso em: 7 out. 2026.

COLES, C. E. et al. The Lancet Breast Cancer Commission. **The Lancet,** v. 403, n. 10439, p. 1895-1950, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00747-5. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00747-5. Acesso em: 4 out. 2026.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS (Brasil). **Relatório de recomendação nº 977:** Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero – Parte I. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2025/relatorio-de-recomendacao-no-977-diretrizes-rastreamento-colo-de-utero. Acesso em: 9 out. 2026.

COSTA, A. C. O. et al. Material deprivation, racial inequalities and mortality from female breast, prostate, and cervical neoplasm in the Brazilian adult population: an ecological study. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 30, n. 1, e02212024, 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.02212024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.02212024. Acesso em: 5 out. 2026.

DIXIT, R. et al. Comparative performance of HPV self-sampling and conventional screening methods: a systematic review and bivariate meta-analysis. **Gynecologic Oncology,** 2026. DOI: 10.1016/j.ygyno.2026.05.019. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2026.05.019. Acesso em: 1 out. 2026.

DYBAL, V. et al. Mammographic screening in the Brazilian Unified Health System. **JCO Global Oncology,** v. 12, e2500426, 2026. DOI: 10.1200/GO-25-00426. Disponível em: https://doi.org/10.1200/GO-25-00426. Acesso em: 10 out. 2026.

FITZPATRICK, M. B. et al. Clinical validation of a vaginal cervical cancer screening self-collection method for at-home use: a nonrandomized clinical trial. **JAMA Network Open,** v. 8, n. 5, e2511081, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.11081. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.11081. Acesso em: 6 out. 2026.

FREITAS, A. K. M. S. O. et al. Sociodemographic and clinical factors associated with delayed diagnosis of cervical cancer: a cross-sectional study, Brazil, 2016-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 34, e20240764, 2025. DOI: 10.1590/S2237-96222025v34e20240764.en. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40929504/. Acesso em: 3 out. 2026.

GÓES, E. F. et al. The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. **Ethnicity & Health,** v. 29, n. 1, p. 46-61, 2024. DOI: 10.1080/13557858.2023.2245183. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2245183. Acesso em: 8 out. 2026.

GOMES, M. L. S. et al. Spatial-temporal analysis of cervical cancer screening and social and health indicators in Brazil. **Public Health,** v. 243, art. 105747, 2025. DOI: 10.1016/j.puhe.2025.105747. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2025.105747. Acesso em: 2 out. 2026.

GRAÇA, A. V.; BROLLO, L. C. S. Regional disparities in the impact of human papillomavirus-induced lesions after 10 years of HPV vaccination program in Brazil. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention,** v. 25, n. 11, p. 3755-3759, 2024. DOI: 10.31557/APJCP.2024.25.11.3755. Disponível em: https://doi.org/10.31557/APJCP.2024.25.11.3755. Acesso em: 7 out. 2026.

GUIMARÃES, J. M. N. et al. Racial inequities in cervical cancer mortality and the role of the Bolsa Família conditional cash transfer programme: results from the 100 Million Brazilian Cohort. **The Lancet Regional Health – Americas,** v. 62, art. 101562, 2026. DOI: 10.1016/j.lana.2026.101562. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.lana.2026.101562. Acesso em: 4 out. 2026.

GUSMÃO, J. D. et al. Clusters and their social determinants associated with vaccination against human papillomavirus in the state of Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia,** v. 29, e260009, 2026. DOI: 10.1590/1980-549720260009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720260009. Acesso em: 9 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama no Brasil:** dados e números 2024. Rio de Janeiro: INCA, 2024. 69 p. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17002. Acesso em: 1 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama no Brasil:** dados e números 2025. Rio de Janeiro: INCA, 2025a. 85 p. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17733. Acesso em: 10 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Controle do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama. Acesso em: 5 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Cuidados paliativos:** controle do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/cuidados-paliativos. Acesso em: 6 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Detecção precoce:** câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama/versao-para-profissionais-de-saude/deteccao-precoce. Acesso em: 3 out. 2026.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). **Estimativa 2026:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. 168 p. Disponível em: https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17914. Acesso em: 8 out. 2026.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **Global cancer statistics 2024:** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. Lyon: IARC, 2026. Disponível em: https://www.iarc.who.int/news-events/global-cancer-statistics-2024-globocan-estimates-of-incidence-and-mortality-worldwide-for-34-cancers-in-186-countries. Acesso em: 2 out. 2026.

MACKAY, O.; LIFFORD, K. J.; KALRA, A.; WILLIAMS, D. Identifying optimum implementation for human papillomavirus self-sampling

in underserved communities: a systematic review. **Journal of Medical Screening,** v. 32, n. 1, p. 2-18, 2025. DOI: 10.1177/09691413241274312. Disponível em: https://doi.org/10.1177/09691413241274312. Acesso em: 7 out. 2026.

NOGUEIRA, M. C. et al. Mortality due to cervical and breast cancer in health regions of Brazil: impact of public policies on cancer care. **Public Health,** 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39276562/. Acesso em: 4 out. 2026.

OLIVEIRA, I. M.; MARTINS, B. C. T.; SOARES, L. R. Human papillomavirus vaccination coverage among the female population living in the state of Goiás, Brazil, 2014-2020: a time series study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 33, e2023895, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024V33E2024895.EN. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38716974/. Acesso em: 9 out. 2026.

OLIVEIRA, N. P. D. et al. Desigualdades sociais no diagnóstico do câncer do colo do útero no Brasil: um estudo de base hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 29, n. 6, e03872023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.03872023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024296.03872023. Acesso em: 5 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cervical Cancer Elimination Initiative.** Genebra: WHO, 2026a. Disponível em: https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative. Acesso em: 10 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cervical cancer.** Fact sheet. Genebra: WHO, 2026b. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer. Acesso em: 1 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global breast cancer initiative implementation framework:** assessing, strengthening and scaling up of services for the early detection and management of breast cancer. Genebra: WHO, 2023. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240065987. Acesso em: 6 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, December 2022. **Weekly Epidemiological Record,** v. 97, n. 50, p. 645-672, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672. Acesso em: 3 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention:** use of mRNA tests for HPV. Genebra: WHO, 2021b. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240040434. Acesso em: 2 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention.** 2. ed. Genebra: WHO, 2021a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824. Acesso em: 8 out. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on social determinants of health equity.** Genebra: WHO, 2025. 248 p. ISBN 978-92-4-010758-8. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240107588. Acesso em: 7 out. 2026.

PRETSCH, P. K. et al. Effect of HPV self-collection kits on cervical cancer screening uptake among under-screened women from low-income US backgrounds (MBMT-3): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. **The Lancet Public Health,** v. 8, n. 6, p. e411-e421, 2023. DOI: 10.1016/S2468-2667(23)00076-2. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00076-2. Acesso em: 4 out. 2026.

REITER, P. L. et al. A mail-based HPV self-collection program to increase cervical cancer screening in Appalachia: results of a group randomized trial. **Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention,** v. 34, n. 1, p. 159-165, 2025. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-24-0999. Disponível em: https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-24-0999. Acesso em: 9 out. 2026.

ROCHA, K. C. et al. Human papillomavirus-based vs. cytology for cervical cancer screening: a systematic review with meta-analysis. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 48, e-rbgo130, 2026. DOI: 10.61622/rbgo/2026rbgo130. Disponível em: https://doi.org/10.61622/rbgo/2026rbgo130. Acesso em: 5 out. 2026.

SANTANA, F. G. et al. Educational, racial, and geographic inequalities in breast cancer screening and diagnosis among Brazilian women. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities,** 2026. DOI: 10.1007/s40615-026-03029-4. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40615-026-03029-4. Acesso em: 1 out. 2026.

SANTOS JUNIOR, É. C. A.; RIBEIRO, C. M.; JARDIM, B. C.; SILVA, G. A. Rastreamento para câncer do colo do útero no Sistema Único de Saúde segundo raça/cor da pele: desigualdades regionais no Brasil (2021-2023). **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 72, n. 1, 2026. DOI:

10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5430. Disponível em: https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5430. Acesso em: 10 out. 2026.

SILVA, A. R.; NICOLELLA, A. C.; PAZELLO, E. T. Breast cancer screening and regional inequalities: effects of Pink October in Brazil. **Health Education & Behavior,** 2026. DOI: 10.1177/10901981261449209. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10901981261449209. Acesso em: 6 out. 2026.

SILVA, A. R.; POSTALI, F. A. S. The Brazilian breast cancer patient navigation program: impact on waiting times and treatment costs. **Health Policy and Planning,** v. 41, n. 9, p. 1568-1579, 2026. DOI: 10.1093/heapol/czag105. Disponível em: https://doi.org/10.1093/heapol/czag105. Acesso em: 3 out. 2026.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2024: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 34 cancers in 186 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians,** v. 76, n. 4, e70090, 2026. DOI: 10.3322/caac.70090. Disponível em: https://doi.org/10.3322/caac.70090. Acesso em: 8 out. 2026.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for breast cancer: recommendation statement. **JAMA,** v. 331, n. 22, p. 1918-1930, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.5534. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jama.2024.5534. Acesso em: 2 out. 2026.

WANG, J.; ELFSTRÖM, K. M.; DILLNER, J. Human papillomavirus-based cervical screening and long-term cervical cancer risk: a randomised health-care policy trial in Sweden. **The Lancet Public Health,** v. 9, n. 11, p. e886-e895, 2024. DOI: 10.1016/S2468-

2667(24)00218-4. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00218-4. Acesso em: 7 out. 2026.

WENDLAND, E. M. et al. Population-level impact of quadrivalent HPV vaccination in Brazil: a repeated cross-sectional study. **npj Vaccines,** v. 11, art. 177, 2026. DOI: 10.1038/s41541-026-01495-9. Disponível em: https://doi.org/10.1038/s41541-026-01495-9. Acesso em: 4 out. 2026.

WONG, H. Y.; WONG, E. L.-Y. Invitation strategy of vaginal HPV self-sampling to improve participation in cervical cancer screening: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. **BMC Public Health,** v. 24, art. 2461, 2024. DOI: 10.1186/s12889-024-19881-0. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-024-19881-0. Acesso em: 9 out. 2026.

---

[1] Graduanda em Medicina. Centro Universitário Uninorte, Rio Branco/AC. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4867-3405

[2] Médica. Faculdade de Medicina de Olinda. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0002-6004-9554

[3] Farmácia (formação informada). Centro Universitário Maurício de Nassau, Caruaru/PE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[4] Enfermeiro. Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-2044-482X

[5] Enfermagem (formação informada). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[6] Bacharel em Medicina. Universidade de Rio Verde (UniRV). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-8478-2714

[7] Mestrado (conforme informado). Universidade Federal do Maranhão (UFMA). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8264-5887

[8] Especialista em Obstetrícia e Neonatologia. Universidade Federal do Amapá. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-9797-6694

[9] Graduanda em Medicina, 3° período. Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão (UEMASUL). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-9072-3508

[10] Mestranda em Saúde Coletiva. Universidade Católica de Santos. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9048-0862

[11] Doutora em Economia. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8319-555X

[12] Médico. Universidade de Rio Verde (UniRV). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-

3830-252X

[13] E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-8190-3300

[14] Médica. Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-4018-4681

[15] Enfermeira. Mestre. Faculdade Integrada Santa Maria (FISMA). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9620-8206

[16] Pós-graduada em Gestão Hospitalar. Universidade Católica de Pelotas (UCPel). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0000-5837-5209

[17] Enfermeira. Mestrado (conforme informado). Estratégia Saúde da Família/Secretaria da Saúde de Alvorada, RS. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[18] Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8284-6840.

[19] Graduada em Enfermagem desde 2009, pela Faculdade Integradas de Santa Fé do Sul - SP - FUNEC. Pós graduada em Saúde da Família pela UFMA. Pós graduada em Saúde Materno Infantil pela Escola de Saúde Pública do Maranhão. Pós graduada em Gestão do trabalho e Educação em Saude pela UFMA. E-mail:

acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-7159-4413.