

DIVERSIDADE NA ONCOLOGIA

Guia de Diversidade

2° edição

SBOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

Índice

Como usar este material 03

1. Introdução 03

2. Interseccionalidade em oncologia: fundamentos e evidências 04

2.1 O conceito e sua aplicação clínica
2.2 Invisibilidade de populações nos dados e sistemas de saúde

3. Saúde LGBTQIAPN+ no cuidado oncológico 05

3.1 Acolhimento e comunicação sensível
3.2 Rastreamento de câncer de mama em pessoas trans
3.3 Rastreamento de colo do útero e HPV
3.4 PSA, próstata e cuidado urológico em pessoas trans
3.5 Violências e cuidado informado pelo trauma
3.6 Caso clínico: decisão compartilhada sobre hormonização

4. Racismo estrutural em oncologia 08

4.1 Raça como construção social com efeitos biológicos
4.2 Determinantes sociais, subtratamento e vieses implícitos
4.3 Representatividade médica e ações institucionais

5. Desigualdades regionais: o caso da Amazônia 09

5.1 Geografia como determinante de saúde
5.2 Infraestrutura oncológica insuficiente
5.3 Impacto climático e logístico
5.4 Estratégias adotadas e boas práticas

6. Institucionalização da diversidade, equidade e inclusão 11

6.1 Estratégia passo a passo
6.2 Coleta de dados sensíveis (raça/cor, gênero, orientação sexual)
6.3 Ferramentas, armadilhas e indicadores
6.4 Casos de sucesso

7. Plano de ação consolidado 13

7.1 Clínica e rastreamento
7.2 Acolhimento, linguagem e processos
7.3 Dados, pesquisa e evidências
7.4 Racismo estrutural e vieses
7.5 Território e desertos oncológicos
7.6 Institucionalização

8. Glossário 15

Referências bibliográficas 16

Ficha técnica 19

Como usar este material

Este volume complementa o Guia de Diversidade SBOC de 2025. Nesta edição, aprofundamos os eixos trabalhados na ampliação do cuidado inclusivo com populações específicas e indicamos mais condutas, fluxos e indicadores para transformar essa jornada em realidade.

Cada capítulo termina com um quadro "Na prática", com a sugestão das ações mais necessárias, dada a realidade do cuidado oncológico atualmente.

O capítulo 7 reúne todas as ações em um plano único, organizado por frente de trabalho, para uso por equipes clínicas, gestores, serviços públicos e privados, laboratórios e indústria.

1. Introdução

O Brasil deve registrar cerca de 781 mil casos novos de câncer por ano ao longo do triênio 2026–2028 (INCA, 2025). E essa carga não se distribui de forma neutra: risco, acesso ao rastreamento, momento do diagnóstico e qualidade do tratamento dependem do território, renda, raça/cor, identidade de gênero, orientação sexual, deficiência e rede de apoio de cada paciente. Por isso, equidade é uma questão de qualidade assistencial e de desfecho clínico, não uma pauta paralela à oncologia.

O 1º Workshop Diversidade na Oncologia, em 2025, reuniu as lideranças da SBOC, o Comitê de Diversidade e convidados para sensibilização e construção de repertório. O 2º Workshop, realizado em 22 de agosto de 2026, em São Paulo, deu um passo adiante: formar multiplicadores, profissionais capazes de levar o tema para serviços, consultórios, hospitais e equipes multiprofissionais. Participaram representantes da SBOC, da Comissão Nacional de Equidade, Diversidade e Inclusão da Associação Médica Brasileira (CONEDI-AMB), do Ministério da Saúde, do Instituto Nacional do Câncer (INCA), de diferentes hospitais públicos e privados e da indústria farmacêutica.

A programação combinou quatro palestras, um caso clínico discutido em painel e uma etapa de construção conjunta em quatro mesas temáticas, nas quais cada grupo diagnosticou barreiras e formulou propostas a partir de dados. As palestras foram conduzidas por Dra. Patrícia Almeida (interseccionalidade e saúde LGBTQIAPN+), Dra. Abna Vieira (racismo estrutural como barreira de fluxo), Enfª Msc Edilene Duarte Varela (desertos oncológicos na Amazônia) e Dr. Fleury Johnson (o papel das instituições no combate às disparidades). O caso clínico foi apresentado por Dra. Maria Felipe Medeiros, Dr. Jessé Lopes e Dr. Leonardo Silva.

As soluções aqui propostas não são responsabilidade exclusiva das populações minorizadas. Cada profissional, reconhecendo de onde fala, pode contribuir (RIBEIRO, 2017), que é justamente a missão deste material.

Boa leitura!

2. Interseccionalidade em oncologia: fundamentos e evidências

2.1 O conceito e sua aplicação clínica

Interseccionalidade é o conceito que descreve como diferentes formas de discriminação se cruzam e produzem experiências que não podem ser compreendidas pela soma de cada uma isoladamente (CRENSHAW, 1989). É a interseccionalidade que explica o porquê uma mulher trans negra da periferia não enfrenta transfobia, racismo e pobreza em camadas separadas. Na verdade, ela enfrenta uma barreira única, que pode aparecer na recepção, no formulário, no exame e na fila.

No cuidado oncológico, rastreamento, acesso e diagnóstico não podem ser desenhados como se todos partissem do mesmo ponto. Raça/etnia, território, renda, deficiência, idioma, identidade de gênero, orientação sexual, religião e rede de apoio modulam todo o percurso de cuidado.

Dra. Patrícia Almeida (2026) descreveu esse processo como uma rota da desigualdade: o paciente que não é reconhecido, evita a consulta, perde o rastreamento, recebe o diagnóstico tardio e enfrenta um tratamento mais difícil. Trata-se, portanto, de uma sequência de barreiras que pode ser interrompida em qualquer etapa.

E em uma consulta, a interseccionalidade pode ser traduzida em três perguntas simples, feitas com explicação do motivo e registro seguro, a saber: como a pessoa prefere ser chamada e quais pronomes usa; quais órgãos e intervenções anteriores precisam ser considerados; e se há algo sobre exposição, segurança, transporte ou apoio que possa mudar o cuidado (ALMEIDA, 2026).

2.2 Invisibilidade de populações nos dados e sistemas de saúde

Se um dado falta, ele também exclui. Sem coleta padronizada de raça/etnia, identidade de gênero e orientação sexual, não é possível medir inequidades, auditar qualidade ou corrigir trajetórias de cuidado. A lógica para avançarmos na inclusão é sequencial: medir, melhorar, reparar (KRATZER et al., 2024).

No Brasil, as lacunas são estruturais. O Censo 2022 não incluiu identidade de gênero nem orientação sexual no mapeamento da população. Os registros oncológicos tampouco coletam esses dados de forma rotineira (ALMEIDA, 2026).

O quesito raça/etnia é obrigatório nos sistemas do SUS desde 2017 (BRASIL, 2017), mas a opção "ignorado" não foi retirada, e a heteroidentificação, quando a equipe classifica o paciente sem perguntar, segue comum. O efeito é o branqueamento dos registros, que subestima disparidades.

A população indígena frequentemente desaparece dentro da categoria "parda" ou em campos em branco. No monitoramento das Leis dos 30 e 60 dias (BRASIL, 2012; BRASIL, 2019), apenas 52,3% dos casos têm informação suficiente para calcular o prazo diagnóstico, ou seja, quase metade da realidade é invisível ao indicador (RADAR DO CÂNCER, 2025).

Na prática | Interseccionalidade e dados

- Incorpore à anamnese as três perguntas: nome e pronomes; intervenções anteriores; detalhes sobre a realidade de segurança, transporte e apoio.
- Verifique se o sistema permite "ignorado" em raça/etnia e se há campos de nome social, identidade de gênero e orientação sexual.
- Antes de aplicar um estudo ou escore, verifique quem foi incluído.

3. Saúde LGBTQIAPN+ no cuidado oncológico

3.1 Acolhimento e comunicação sensível

O afastamento do sistema de saúde é causa central de diagnóstico tardio nessa população. Em levantamento nacional de 2023, 62% das pessoas LGBTQIAPN+ disseram ter evitado buscar atendimento por medo de preconceito, e 36% das pessoas trans relataram já ter tido atendimento recusado (SBOC, 2026a). Entre mulheres lésbicas, 40% não revelam a orientação sexual no serviço, e 17% das que revelam deixaram de solicitar exames que julgavam necessários (IEPS, 2023). Quando um paciente some do seguimento, a equipe precisa investigar a barreira clínica, a logística e também a relacional.

E o acolhimento precisa começar antes mesmo da consulta: políticas de não-discriminação devem estar visíveis no espaço, e materiais que representem a diversidade e símbolos de acolhimento sinalizam segurança para pacientes. Formulários devem ter nome de registro e nome social, bem como mais de duas opções de gênero. O nome social é direito garantido no SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2016); chamar a pessoa pelo nome de registro (ao invés do nome social) na sala de espera é violência simbólica e motivo frequente de abandono.

Na comunicação, não presuma anatomia, parceiros, práticas ou identidade. Pergunte apenas o clinicamente necessário e explique o motivo (GRIGGS et al., 2017). Se errar o pronome, peça desculpas, corrija e siga. O desconforto do profissional é um problema da equipe, não do paciente, portanto não cabe a ele educar quem o atende. A capacitação precisa alcançar toda a cadeia, da recepção aos terceirizados.

Duas práticas institucionais merecem atenção:

- Deve ser ampliada a **educação por pares**, em que mulheres trans formadas e remuneradas integram a equipe como elo com a comunidade; e
- Deve ser eliminado o **isolamento trânsito**: a internação de pessoas trans em quartos individuais sob justificativa de segurança que, na prática, reduz o suporte social e as exclui do cuidado (SBOC, 2026b).

A orientação central para condutas é o inventário anatômico: o registro dos órgãos presentes, da história hormonal e das cirurgias realizadas. Rastreiam-se órgãos, exposições e risco. Ninguém deve perder um exame necessário por causa do nome ou do gênero que aparece no formulário.

3.2 Rastreamento de câncer de mama em pessoas trans

Mulheres trans em hormonização têm risco de câncer de mama muito maior que homens cis e menor que mulheres cis; homens trans têm risco menor que mulheres cis e maior que homens cis (DE BLOK et al., 2019).

Em mulheres trans, o risco sobe já com períodos curtos de hormonização, e os tumores se assemelham aos de mulheres cis, com predomínio ductal e receptores hormonais positivos (ECKHERT et al., 2023). A auto-hormonização com doses altas, muitas vezes desde a adolescência, amplia a exposição.

Recomendações práticas:

- **Homens trans e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer, sem mastectomia:** indica-se o mesmo rastreamento de mulheres cis de risco habitual, conforme a diretriz adotada pelo serviço (USPSTF, 2024). Após a mastectomia, o acompanhamento deve ser individualizado devido ao tecido mamário residual. Para risco habitual e assintomáticos, indica-se exame físico anual (parede torácica e axilas). Exames de imagem (USG ou RM) são reservados para alterações físicas ou alto risco genético/familiar.

- **Mulheres trans em hormonização:** considerar mamografia após cerca de cinco anos de hormonioterapia, seguindo os intervalos recomendados para mulheres cis; não há consenso sobre idade de início e término (HEMBREE et al., 2017; SBOC, 2026a).

- **Em todos os casos:** considerar história familiar, sintomas, cirurgias e tempo de exposição hormonal.

No exame físico de homens trans, o binder (faixa compressora) tem forte carga simbólica e pode causar lesões crônicas: peça a retirada com respeito, explique a finalidade e ofereça privacidade.

3.3 Rastreamento de colo do útero e HPV

Todas as pessoas com colo do útero devem ser rastreadas conforme a diretriz nacional, independentemente de orientação sexual, identidade de gênero, uso de hormônios ou vacinação prévia (FONTHAM et al., 2020; INCA, 2024). Isso inclui mulheres lésbicas e bissexuais e homens trans que mantêm o colo. Mulheres não heterossexuais têm 17% menos chance de ter feito exame citopatológico nos últimos três anos (JOMAR; ALVES; MEIRA, 2026), que é reflexo da ideia equivocada de que a ausência de relação pênis-vagina dispensa o exame. A anamnese deve investigar práticas sexuais sem presumi-las.

As principais barreiras são trauma sexual prévio, aversão ao exame especular, falta de recomendação explícita e dificuldade de acesso (SPENCER et al., 2025). A **autocoleta** para teste de DNA-HPV, compatível com a transição para o rastreamento molecular no Brasil, é indicada. Em homens trans em uso de testosterona, a atrofia aumenta as amostras citológicas insatisfatórias, o que reforça o valor do teste molecular.

A vacinação contra HPV é prevenção e também equidade. No SUS, além da rotina de 9 a 14 anos em dose única, a vacina está indicada, em três doses, para pessoas de 9 a 45 anos vivendo com HIV, pacientes oncológicos e transplantados, vítimas de violência sexual e, desde julho de 2024, para usuários de PrEP de 15 a 45 anos (BRASIL, 2024). A vacinação pode ter sua indicação ampliada para todas as pessoas que praticam sexo anal receptivo.

O câncer anal é um ponto cego relevante. A incidência chega a 45,9 casos por 100 mil ao ano em homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV, contra 5,1 por 100 mil entre os HIV-negativos (CLIFFORD et al., 2021). No SUS, atualmente, a citologia anal está restrita, na prática, a pessoas vivendo com HIV.

Em mulheres trans com **neovagina** construída por inversão peniana, o tecido é pele não rastreada previamente, e atualmente não há protocolo validado: sugere-se citologia a cada três anos, e a testagem de HPV pode ser mais sensível (LANG; REDDY; RENZ, 2024). Serviços que atendem essa população devem compilar dados locais e lembrar que a próstata permanece e pode ser acometida.

3.4 PSA, próstata e cuidado urológico em pessoas trans

A próstata é mantida após a cirurgia de afirmação de gênero, e mulheres trans continuam em risco de câncer de próstata. A conduta indicada é individualizar: interpretar qualquer elevação de PSA com cautela, valorizar sintomas e decidir o rastreamento com a paciente (NIK-AHD et al., 2024; MANFREDI et al., 2023). Em mulheres com neovagina, o toque prostático pode ser feito pela parede anterior da neovagina.

Em homens cisgênero gays e bissexuais, a conversa médico-paciente é o preditor mais forte de rastreamento. O coito anal receptivo pode elevar transitoriamente o PSA; recomenda-se orientar abstinência dessa prática antes da coleta para evitar sobrediagnóstico e sobretratamento (DICKSTEIN et al., 2024).

3.5 Violências e cuidado informado pelo trauma

A média de idade de morte de pessoas trans no Brasil é estimada em cerca de 35 anos, frequentemente por violência ou suicídio (BENEVIDES, 2023). A violência chega ao consultório: homens trans com vagina podem ter histórico de estupro dito "corretivo", muitas vezes intrafamiliar, o que torna o exame ginecológico potencialmente retraumatizante e leva ao adiamento de exames.

O **cuidado informado pelo trauma** parte do pressuposto de que qualquer paciente pode ter uma história de trauma e organizar o atendimento para não reproduzi-la. Seus princípios são segurança, confiança e transparência, colaboração, escolha e respeito ao contexto cultural (ARCHER-NANDA; DWYER, 2024). Na prática do exame genital ou mamário, isso significa:

- Explicar o exame antes de começar, o que será feito e por quê;
- Pedir consentimento e devolver o controle: a pessoa pode interromper, pausar ou retornar outro dia;
- Oferecer acompanhante, escolha do profissional quando possível, espéculo de menor calibre e autocoleta como alternativa;
- Avançar gradualmente e registrar no prontuário o que funcionou.

3.6 Caso clínico: decisão compartilhada sobre hormonização

Maria, 55 anos, mulher trans casada, fez a transição ainda jovem e usa estrogênio há mais de 30 anos. Nunca havia feito rastreamento mamográfico. Percebeu um nódulo de 1,3 cm na mama esquerda. A biópsia mostrou carcinoma luminal A (receptores hormonais fortemente positivos, HER2 negativo, Ki-67 de 10%). Foi submetida a cirurgia conservadora, com linfonodo negativo e indicação de radioterapia adjuvante. O dilema: a hormonioterapia adjuvante, habitual em tumores com receptores positivos, versus a manutenção da hormonização de afirmação de gênero (SBOC, 2026b).

Suspender o estrogênio significava perder características femininas, reduzir a passabilidade e ficar mais exposta à transfobia. No painel, a síntese foi direta: para ela, não sofrer transfobia era prioridade maior que o próprio tratamento do câncer; a mama é um escudo e é identidade. A suspensão também afeta a saúde óssea, o perfil lipídico, a libido e a saúde mental, e uma decisão imposta aumenta o risco de abandono. A conduta proposta foi a decisão compartilhada, estruturada em quatro passos:

1. **Estimar o benefício absoluto** da hormonioterapia e o risco associado à manutenção do estrogênio, considerando tamanho tumoral, proliferação, status linfonodal e potencial de cura cirúrgica.

2. **Escutar** o que a hormonização representa para a paciente e quais perdas ela considera inaceitáveis.

3. **Construir alternativas** que preservem a expressão de gênero em caso de ajuste ou suspensão: estratégias de reconstrução mamária com prioridade no SUS, dispositivos externos, trabalho da musculatura peitoral e suporte psicológico.

4. **Revisar a formulação hormonal:** quando a hormonização for mantida, preferir estradiol bioidêntico, de menor risco trombótico, ao etinilestradiol de contraceptivos, historicamente usado pela facilidade de acesso.

O caso expõe uma lacuna estrutural: as terapias hormonais usadas por pessoas trans foram transpostas de outras indicações (menopausa, contracepção, câncer de próstata). É preciso financiar pesquisa específica, com pessoas trans como participantes e pesquisadoras.

Na prática | Saúde LGBTQIAPN+

- Adote o inventário anatômico no prontuário e use-o para orientar rastreamentos, registrando o sexo atribuído ao nascer apenas quando clinicamente relevante.
- Garanta nome social em telas, pulseiras, chamadas e documentos.
- Ofereça autocoleta de DNA-HPV e vacinação contra HPV a quem tem indicação.
- Interprete o PSA de mulheres trans em uso de estrogênio com cautela.
- Encerre o isolamento trânsito e documente cada bloqueio de sistema ligado ao sexo registrado.

4. Racismo estrutural em oncologia

4.1 Raça como construção social com efeitos biológicos

Raça é uma construção social, e a classificação racial é útil porque descreve padrões de exposição, acesso e tratamento produzidos pelo racismo (BUSH, 2021).

As desigualdades começam antes do adoecimento, na educação, na renda e na moradia, e atravessam todo o contínuo do câncer: mais exposição a fatores de risco, menos prevenção, diagnóstico tardio, tratamento subótimo, pior controle de dor e piores experiências de cuidado.

O racismo opera em três níveis que se reforçam: o estrutural, na distribuição de recursos e oportunidades; o institucional, em normas, fluxos e sistemas que produzem resultados desiguais mesmo sem intenção; e o interpessoal, na interação clínica, por vieses explícitos ou implícitos.

4.2 Determinantes sociais, subtratamento e vieses implícitos

Os dados brasileiros mostram que a desigualdade persiste dentro do mesmo sistema público. Entre 59.811 mulheres que iniciaram tratamento para câncer de mama no SUS entre 2008 e 2010, a proporção de diagnósticos em estádio III ou IV foi de 48,6% entre brancas, 55,5% entre pardas e 60,3% entre pretas (VIEIRA, 2026). Um estudo de coorte nacional recente (LEMOS et al., 2024) confirmou menor sobrevida de mulheres negras tratadas no SUS, mesmo após ajuste para características clínicas e de tratamento. No câncer de colo do útero, atualmente, a mortalidade é de 6,7 por 100 mil entre mulheres indígenas, 4,2 entre negras e 3,7 entre brancas (SBOC, 2026a).

A desigualdade também é fluxo: pacientes não brancos percorrem em média 145,6 km até a radioterapia, contra 97,3 km dos brancos (MORAES et al., 2026). Homens negros têm maior incidência e mortalidade por câncer de próstata, diagnóstico mais tardio e menor acesso à terapia adequada (SOUZA et al., 2026).
Há evidência consistente de subtratamento. Em 5.142 pacientes com câncer de mama RH+/HER2–, mulheres negras com alto risco genômico receberam menos quimioterapia que brancas; no estudo RxPONDER, com escore de recorrência semelhante, tiveram pior sobrevida livre de doença invasiva (HR = 1,38) (VIEIRA, 2026). O ajuste por condição socioeconômica, comorbidades e subtipos não elimina as diferenças. No fim de vida, pacientes negros com câncer recebem menos analgesia opioide que pacientes brancos (ENZINGER et al., 2023).

Os vieses implícitos também ajudam a explicar esse padrão. Uma revisão sistemática de 15 estudos, entre os quais 14 deles com o Teste de Associação Implícita (IAT), identificou viés implícito moderado a favor de pessoas brancas entre profissionais de saúde; pacientes negros eram associados a menor colaboração, adesão e responsabilidade. Quanto maior o viés, piores a comunicação e as recomendações de tratamento. Entre pacientes negros com câncer e cuidadores, 63% relataram experiência negativa com a equipe oncológica, e 31% a atribuíram à raça (HALL et al., 2015; VIEIRA, 2026).

O **daltonismo racial** ("não vejo cor, trato todos iguais") não protege contra esses vieses: invisibiliza desigualdades reais e prediz oposição a ações afirmativas (WEST; GREENLAND; VAN LAAR, 2021). **Tratar todos igualmente em um sistema desigual reproduz a desigualdade**.

4.3 Representatividade médica e ações institucionais

Protocolos reduzem disparidades. Quando o tratamento segue diretrizes de forma estrita, as diferenças diminuem; em câncer de próstata avançado com acesso equitativo, pacientes negros e brancos tiveram sobrevida global e livre de progressão semelhantes (VIEIRA, 2026). O ensaio pragmático ACCURE (CYKERT et al., 2020) combinou três engrenagens: registro em tempo real que sinaliza faltas e marcos de cuidado não cumpridos, navegação por enfermagem e devolutiva às equipes com dados estratificados por raça. A taxa de conclusão do tratamento entre pacientes negros subiu de 79,8% para 88,4%, praticamente igualando a de pacientes brancos.

O racismo deve ser enfrentado com a mesma energia dedicada a vencer o câncer (ASCO, 2020). No Brasil, são referências o Comitê de Diversidade da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), o Grupo de Pesquisa RACE.ID da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o Grupo Brasileiro de Estudo em Diversidade e Inclusão em Oncologia (GBEDIO), a CONEDI-AMB e a comissão de equidade do INCA. A educação continuada em formato de pílulas de conhecimento (por exemplo, na plataforma OncoAcademy da SBOC), a repadronização de protocolos institucionais com retirada de dados irrelevantes que possam induzir vieses (como antecedentes criminais em fichas clínicas), a auditoria e monitoramento de resultados, e a navegação oncológica podem ser direções priorizadas para um cuidado oncológico mais inclusivo.

Na prática | Racismo estrutural

- Faça o Teste de Associação Implícita (Projeto Implicit, Harvard) e discuta o resultado em espaço seguro com a equipe.
- Estratifique por raça/etnia o estadiamento, tempo até o tratamento, indicação de quimioterapia e analgesia em fim de vida.
- Siga protocolos de forma estrita e audite desvios: eles reduzem o espaço dos vieses.
- Pergunte a cada decisão: estou presumindo menor adesão, menor suporte familiar ou menor capacidade de retorno desse paciente?

5. Desigualdades regionais: o caso da Amazônia

5.1 Geografia como determinante de saúde

No SUS, o CEP funciona como uma roleta: dois pacientes com o mesmo diagnóstico, um no Sul e outro no Norte, têm chances de cura muito diferentes. A Região Norte apresenta as maiores taxas de mortalidade por câncer do país, com carga historicamente maior também no Nordeste (SANTOS JUNIOR et al., 2025). Não é só biologia: é acesso, território e vulnerabilidade. Na Amazônia, o câncer somado à pobreza e à distância é, com frequência, uma sentença de morte.

Em Roraima e no Amapá, 100% dos pacientes precisaram se deslocar para radioterapia, a maioria por mais de 2 mil km; antes da inauguração do primeiro centro estadual, em 2025, a população do Amapá levava em média 38 horas de transporte terrestre até o serviço mais próximo (SBOC, 2026a). No Amazonas, comunidades ribeirinhas dependem da "rabeta", canoa com motor de popa, e alguns percursos até a capital levam até cinco a sete dias de barco (VARELA, 2026). O deslocamento separa o paciente da rede de apoio, gera toxicidade financeira e causa abandono terapêutico.

5.2 Infraestrutura oncológica insuficiente

Manaus passou de cerca de 1,5 milhão de habitantes em 2005 para 2,4 milhões em 2026 e continua com a mesma unidade de referência em oncologia, que atende também os demais municípios do Amazonas, estados vizinhos e países de fronteira. A Região Norte tem o menor número de aceleradores lineares do país, e ainda há equipamento de cobalto em uso, tecnologia considerada obsoleta. Isso gera filas para radioterapia, tratamento central no câncer de colo do útero (VARELA, 2026).

O câncer de colo do útero é amplamente evitável por vacinação e rastreamento, mas sua incidência no Amazonas é cerca de três vezes maior que em outros estados, e a maioria das pacientes chega em estádios III ou IV. As Leis dos 30 e 60 dias não são cumpridas na região; populações ribeirinhas aguardam de 60 a 120 dias por diagnóstico e acesso a serviços (VARELA, 2026). Em escala nacional, entre 2021 e 2025, o descumprimento chegou a 73,6% para a Lei dos 60 dias e a 60,5% para a Lei dos 30 dias nos dez tipos de câncer com piores métricas (RADAR DO CÂNCER, 2025).

As lacunas do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) expõem a vulnerabilidade dos pacientes: a ausência de cobertura para hospedagem e alimentação em ciclos longos, somada à escassez de casas de apoio, transfere o custo do alojamento e do transporte para as famílias. À exceção das Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAIs), a maioria dos usuários arca com o próprio sustento no deslocamento, portanto, um gargalo financeiro e logístico que alimenta diretamente o abandono do tratamento (VARELA, 2026).

5.3 Impacto climático e logístico

Na Amazônia, o tempo de deslocamento também varia conforme o nível dos rios. Secas severas, como as de 2023 e 2024, associadas ao fenômeno climático El Niño, interrompem rotas fluviais essenciais e isolam a comunidade (DOS SANTOS et al., 2025). Com calor de cerca de 40 °C no período seco e chuvas de dezembro a junho, a linha de cuidado precisa seguir o calendário dos rios.

5.4 Estratégias adotadas e boas práticas

O princípio que orienta as estratégias foi formulado pela Enfª Edilene Varela: na Amazônia, o acesso ao cuidado não pode depender apenas do paciente; o sistema precisa se mover até ele. As estratégias em curso e recomendadas são:

- **Teleoncologia e monitoramento remoto**, ainda em fase inicial (SBOC, 2025).
- **Fortalecimento da atenção primária**, com Unidades Básicas de Saúde Fluviais capazes de triagem, educação em saúde e suporte contínuo, como a Unidade de Saúde Fluvial Alice Ferreira Guedes, que realizou missão ribeirinha em agosto de 2026.
- **Navegação de pacientes**, com enfermeiros navegadores (COFEN, 2024) e protocolos que contemplem janelas terapêuticas críticas, como o intervalo pós-neoadjuvância, por exemplo.
- **Letramento em saúde** para populações com baixa escolaridade, com linguagem visual e oral sobre reconhecimento do corpo, sinais de alerta e direitos no SUS.
- **Ações em campo**, como as realizadas nos afluentes do Rio Madeira, incluindo exame clínico das mamas no Outubro Rosa.

Três propostas devem ser priorizadas: logística para permanência local durante o tratamento, suporte às necessidades básicas e casas de apoio estruturadas. Para a indústria farmacêutica, a recomendação é adaptar os requisitos de inclusão de centros em estudos multicêntricos à realidade da Região Norte.

Na prática | Território

- Meça quantos pacientes moram fora do município e quanto dura a viagem do mais distante.
- Inclua no plano terapêutico um plano logístico: transporte, hospedagem, alimentação e calendário dos rios.
- Defina, para cada paciente em janela terapêutica crítica, um plano alternativo em caso de seca, cheia ou interrupção de rota.
- Mapeie casas de apoio, fontes de tratamento fora do domicílio (TFD) e parceiros locais antes de o paciente precisar deles.

6. Institucionalização da diversidade, equidade e inclusão

6.1 Estratégia passo a passo

Disparidades nascem de processos e estruturas que não foram desenhados pensando em todos os perfis de paciente e de profissional. Por isso, a resposta também precisa ser estrutural. O Dr. Fleury Johnson apresentou um roteiro em cinco etapas (JOHNSON, 2026):

1. **Diagnóstico.** Mapear indicadores de acesso e desfecho por perfil de paciente, a composição da força de trabalho por nível hierárquico e a percepção de equipes e pacientes, com grupos focais e escuta ativa. Perguntas-guia: quem não está sendo bem atendido, e como sabemos? Onde os dados não existem? Que decisão essa lacuna está escondendo?

2. **Priorização.** Escolher a dor principal com critério, e não por urgência, para não dispersar esforços.

3. **Execução.** Transformar o problema em meta com ponto de partida e objetivo definidos, e mudar processos, não apenas discursos.

4. **Gestão de resistências.** Ao cético de dados, apresentar números da própria instituição. Ao sobrecarregado, integrar a ação à rotina existente. Ao guardião do status quo, envolvê-lo como coautor da mudança, e não como alvo dela.

5. **Sustentação.** Instituir cadência de governança (revisão trimestral de indicadores é a mais comum), nomear um responsável por meta e revisar os resultados atingidos ao menos uma vez por ano, em ciclo PDCA.

Não é preciso convencer todos os céticos: com os desinteressados, comunique-se com clareza, fatos e argumentos; e conte com os aliados. O modelo de maturidade ajuda a situar a instituição: consciência (o tema é reconhecido, sem ação estruturada), estrutura (há comitê, política e responsáveis), integração (a equidade entra nas decisões do dia a dia) e cultura (a prática se sustenta sem cobrança externa). A maioria das instituições trava entre estrutura e integração.

6.2 Coleta de dados sensíveis (raça/cor, gênero, orientação sexual)

A coleta de dados sensíveis tem valor clínico (orienta rastreamento, comunicação e rede de apoio) e organizacional (mede disparidades); e perguntar de forma adequada reduz o desconforto da equipe e do paciente (CATHCART-RAKE et al., 2024; PRATT-CHAPMAN et al., 2024).

Recomendações:

- **Autodeclaração sempre**. Raça/etnia, identidade de gênero e orientação sexual são informadas pela pessoa, nunca atribuídas pela equipe. A heteroidentificação gera branqueamento e dados não confiáveis.

- **Categorias corretas**. Raça/etnia devem ser preenchidas conforme categorias do IBGE (branca, preta, parda, amarela, indígena), com campo de etnia para indígenas; gênero com opções além do binário.

- **"Prefiro não declarar" no lugar de "ignorado"**. A primeira respeita a escolha da pessoa; a segunda registra falha do serviço. Campos essenciais devem ser obrigatórios.

- **Fluxo definido**. Decidir onde a coleta ocorre (formulário de entrada, recepção ou consulta); o autopreenchimento tende a reduzir o constrangimento.

- **Explicação padronizada**. Um roteiro curto ajuda: "Perguntamos a todas as pessoas atendidas para oferecer um cuidado adequado e acompanhar a qualidade do serviço. A resposta é confidencial e opcional."

- **Proteção da informação**. Esses são dados pessoais sensíveis segundo a Lei Geral de Proteção de Dados (BRASIL, 2018): acesso restrito, finalidade explícita e auditoria.

- **Treinamento de todas as frentes**, inclusive terceirizados. Identidade de gênero e orientação sexual são independentes.

O conjunto mínimo recomendado para serviços on-

cológicos inclui nome social e pronomes, identidade de gênero, sexo atribuído ao nascer (quando clinicamente relevante), orientação sexual, inventário anatômico e raça/cor autodeclarada.

6.3 Ferramentas, armadilhas e indicadores

Cinco armadilhas travam a maioria das iniciativas: tratar diversidade como projeto com data de término; investir só em treinamento, sem mudar processo ou incentivo; não medir; depender de uma pessoa, e não da instituição; e iniciar mudanças estruturais complexas, como banheiros neutros, sem respaldo da alta direção. Para começar, símbolos visuais de acolhimento, como cordões e crachás, têm baixo custo e alto efeito.

As ferramentas replicáveis são: indicadores claros; comitê multidisciplinar com poder decisório real, autonomia sobre orçamento e metas; checklist de decisão com perguntas-guia para avaliar o impacto de novas políticas antes de aprová-las; e transparência sobre metas, resultados e próximos passos. Sugestão de painel inicial de indicadores:

Dimensão	Indicador	Estratificar por
Dados	Proporção de prontuários com raça/cor autodeclarada e com identidade de gênero preenchida	Unidade e porta de entrada
Acesso	Intervalo entre suspeita, diagnóstico e primeiro tratamento (Leis dos 30 e 60 dias)	Raça/etnia, gênero, município de residência
Diagnóstico	Proporção de diagnósticos em estádio III ou IV	Raça/etnia, gênero, território
Tratamento	Conclusão do tratamento planejado e abandono	Raça/etnia, gênero, distância
Suporte	Controle de dor e analgesia em fim de vida	Raça/etnia
Pesquisa	Participação em estudos clínicos	Raça/etnia, gênero
Força de trabalho	Representatividade por nível hierárquico, inclusive liderança	Raça/etnia, gênero, deficiência

6.4 Casos de sucesso

Hospital Sírio-Libanês: processo seletivo anônimo para reduzir viés. No piloto, das 21 vagas preenchidas, 90% foram ocupadas por mulheres, 51% por pessoas negras, 30% por pessoas LGBTI+ e 10% por pessoas acima de 50 anos (JOHNSON, 2026).

- **Hospital Israelita Albert Einstein:** programa DiversiHub, com comitê estratégico e grupos de afinidade.
- **Hospital Municipal da Brasilândia (São Paulo):** mais de 60% dos cerca de 1.200 colaboradores se autodeclaram negros ou pardos, e mais de 70% das posições de coordenação e supervisão são ocupadas por esses profissionais; a instituição recebeu o Selo da Igualdade Racial por dois anos seguidos (JOHNSON, 2026).
- **INCA:** criação de comissão de equidade vinculada ao gabinete, para transformar iniciativas fragmentadas em política institucional, incluindo atendimento em Libras (SBOC, 2026b).

Há também argumento de gestão: empresas no quartil superior de diversidade de gênero e étnica na liderança têm, respectivamente, 25% e 36% mais chance de lucratividade acima da média (DIXON-FYLE et al., 2020), e organizações brasileiras com ações implementadas relatam melhora do clima (87,5%), da produtividade (64,1%) e da retenção de talentos (63,8%) (INSTITUTO ETHOS, 2025). Para o cuidado, o ganho mais importante é outro: pacientes que se reconhecem no serviço confiam mais, aderem mais e têm melhores desfechos.

Na prática | Institucionalização

- Escolha uma única disparidade para priorizar na sua instituição por ano.
- Formalize um comitê com poder de decisão, orçamento, revisão trimestral e um responsável nomeado por meta.
- Implemente a coleta autodeclarada de dados sensíveis com a opção "prefiro não declarar" e elimine o "ignorado".

7. Plano de ação consolidado

Este plano reúne as tarefas formuladas ao longo de todo este material. Cada serviço deve adaptá-lo à sua realidade. O horizonte indica o prazo sugerido: imediato (até 90 dias, sem investimento relevante), médio prazo (6 a 12 meses) e estrutural (depende de política pública, financiamento ou articulação externa).

Para começar, vale a pergunta: qual seria o primeiro protocolo que o seu serviço conseguiria escrever e implantar nos próximos 90 dias?

7.1 Clínica e rastreamento

Ação	Quem conduz	Horizonte
Adotar inventário anatômico padronizado no prontuário para orientar rastreamentos e condutas	Direção clínica e TI	Imediato
Garantir rastreamento mamário de homens trans (com manejo respeitoso do binder) e de mulheres trans em hormonização	Oncologia, mastologia, radiologia	Imediato
Rastrear o colo do útero de todas as pessoas com colo, com oferta de autocoleta de DNA-HPV	Atenção primária, ginecologia	Imediato
Implantar decisão compartilhada sobre manutenção ou pausa da hormonização em pacientes trans	Oncologia, endocrinologia, psicologia	Imediato
Criar protocolo de PSA com orientação de abstinência de sexo anal receptivo e interpretação individualizada em mulheres trans	Urologia, laboratório	Médio prazo
Coletar citologia e genotipagem de HPV em neovaginas e compilar dados locais	Ginecologia, patologia	Médio prazo
Estruturar fluxos de cuidado informado pelo trauma para exames genitais e mamários	Enfermagem, ginecologia	Médio prazo
Auditar controle de dor e analgesia por raça/cor, inclusive em fim de vida	Qualidade, cuidados paliativos	Médio prazo
Ampliar a vacinação contra HPV a quem pratica sexo anal receptivo e ampliar o acesso à citologia anal	Ministério da Saúde	Estrutural

7.2 Acolhimento, linguagem e processos

Ação	Quem conduz	Horizonte
Capacitar toda a equipe, incluindo recepção, agendamento e terceirizados, em nome social, pronomes e abordagem não invasiva	RH, educação continuada	Imediato
Revisar formulários: nome social, identidade de gênero, orientação sexual, órgãos presentes e opções não binárias	Qualidade e TI	Imediato
Instalar símbolos visuais de acolhimento e política de não discriminação visível	Direção, comunicação	Imediato
Eliminar o isolamento trânsito e adotar medidas de segurança que preservem o suporte social	Direção clínica, enfermagem	Imediato
Ajustar sistemas de convênios e do SUS para eliminar bloqueios por sexo registrado	TI, faturamento, gestores do SUS	Médio prazo
Redesenhar campanhas (Outubro Rosa, Novembro Azul, Novembro Negro) com convite explícito a pessoas LGBTQIAPN+ e negras	Comunicação	Médio prazo
Incluir tópicos específicos para a população LGBTQIAPN+ nos protocolos de navegação	Navegação, Ministério da Saúde	Médio prazo
Implantar educação por pares, com pessoas trans formadas e remuneradas na equipe	Direção, RH	Médio prazo

7.3 Dados, pesquisa e evidências

Ação	Quem conduz	Horizonte
Tornar obrigatório o campo raça/etnia autodeclarado, com “prefiro não declarar” e sem “ignorado”	TI, qualidade	Imediato
Monitorar tempos de acesso, estadiamento e desfechos estratificados por raça/etnia e identidade de gênero	Registro hospitalar, qualidade	Médio prazo
Definir metas de inclusão de pessoas negras e trans em estudos clínicos	Centros de pesquisa, indústria	Médio prazo
Financiar pesquisa sobre segurança da hormonização, com pessoas trans como pesquisadoras e participantes	Agências, indústria, universidades	Estrutural

7.4 Racismo estrutural e vieses

Ação	Quem conduz	Horizonte
Realizar o Teste de Associação Implícita e discutir os resultados em equipe	Cada profissional	Imediato
Retirar de fichas e protocolos dados sem finalidade clínica que induzam viés	Qualidade, direção clínica	Imediato
Oferecer letramento antirracista continuado em pílulas de conhecimento	Educação continuada	Médio prazo
Padronizar condutas e auditar a adesão a protocolos por raça/cor	Qualidade	Médio prazo
Implantar o modelo ACCURE: registro em tempo real, navegação e devolutiva racial às equipes	Direção, navegação, TI	Médio prazo
Fortalecer programas de recrutamento, retenção e mentoria de profissionais negros	RH, sociedades médicas, indústria	Estrutural

7.5 Território e desertos oncológicos

Ação	Quem conduz	Horizonte
Mapear rotas, tempos de deslocamento e pontos de cuidado por município e comunidade ribeirinha	Gestão regional, navegação	Imediato
Incluir plano de contingência climática para pacientes em janela terapêutica crítica	Navegação, oncologia	Imediato
Produzir material educativo visual e oral para populações com baixa escolaridade	Enfermagem, comunicação	Médio prazo
Programar equipes móveis fluviais e teleconsultas com calendário sensível à sazonalidade	Secretarias de saúde	Médio prazo
Estruturar casas de apoio em raio de até 50 km, vouchers de transporte e alimentação e ampliação de TFD	Secretarias, ligas, parcerias público-privadas	Estrutural

7.6 Institucionalização

Ação	Quem conduz	Horizonte
Fazer diagnóstico institucional de pacientes e colaboradores por autodeclaração	Comitê, RH	Imediato
Realizar grupos focais com pacientes e profissionais de grupos sub-representados	Comitê, ouvidoria	Imediato
Formar comitê multidisciplinar com poder decisório, orçamento e metas mensuráveis	Alta direção	Médio prazo
Integrar indicadores de diversidade às reuniões de governança e nomear responsáveis por meta	Alta direção	Médio prazo
Criar trilhas de formação e contratação de profissionais trans, travestis e negros, inclusive para liderança e pesquisa	RH	Médio prazo
Garantir que pessoas das populações envolvidas participem da elaboração e condução das ações	Comitê	Contínuo



8. Glossário

Binder: Faixa ou colete de compressão usado por algumas pessoas trans masculinas e não binárias para achatar o tórax.

Cisgênero: Pessoa que se identifica com o gênero atribuído ao nascimento.

Cuidado informado pelo trauma: Abordagem que pressupõe que qualquer paciente pode ter histórico de trauma e organiza o atendimento com segurança, transparência, escolha e colaboração, para evitar retraumatização.

Daltonismo racial *(color blindness)*: Postura de "não ver cor", que ignora desigualdades raciais reais e tende a mantê-las.
Deserto oncológico: Território sem oferta suficiente de serviços oncológicos, que obriga o paciente a longos deslocamentos para diagnóstico e tratamento.

Educação por pares (peer education): Modelo em que pessoas da própria comunidade, formadas e remuneradas, atuam como educadoras e elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

Heteroidentificação: Classificação de raça/cor feita por terceiros, sem perguntar à pessoa; o oposto da autodeclaração. Gera branqueamento dos registros.

Identidade de gênero: Como a pessoa se reconhece em relação ao gênero: cisgênero, trans ou não binária (fora do binarismo mulher/homem). Independe da orientação sexual.
Interseccionalidade: Conceito que descreve como diferentes formas de discriminação (raça, gênero, classe, território, deficiência, orientação sexual, entre outras) se cruzam e produzem experiências específicas.

Inventário anatômico: Registro dos órgãos presentes, das cirurgias realizadas e da história hormonal de uma pessoa, usado para orientar rastreamentos e condutas independentemente do gênero declarado.

Isolamento trânsito: Prática de internar pessoas trans em quartos individuais sob justificativa de segurança, que resulta em exclusão e perda de suporte social. Deve ser eliminada.

Lugar de fala: Reconhecimento de que cada pessoa fala a partir de uma posição social e de que, dessa posição, pode contribuir para o debate e para as soluções.

Navegação do paciente: Acompanhamento individual que ajuda o paciente a percorrer exames, consultas e tratamentos, removendo barreiras de acesso. Prevista na Lei nº 14.758/2023.

Neovagina: Canal vaginal construído cirurgicamente em cirurgia de afirmação de gênero, em geral por inversão da pele peniana.

Nome social: Nome pelo qual a pessoa trans ou travesti se identifica e é socialmente reconhecida. Seu uso é garantido no SUS.
Orientação sexual: Atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de gênero diferente, do mesmo gênero, de mais de um gênero ou ausência de atração.

Passabilidade: Grau em que uma pessoa trans é percebida socialmente de acordo com sua identidade de gênero. Afeta a exposição à violência.

Rabeta: Canoa com motor de popa, principal meio de transporte de comunidades ribeirinhas da Amazônia.

SOGI: Sigla em inglês para orientação sexual e identidade de gênero (sexual orientation and gender identity), usada para designar a coleta desses dados.

TFD (Tratamento Fora de Domicílio): Benefício do SUS que custeia transporte e ajuda de custo a pacientes que precisam se tratar fora do município de residência.

Toxicidade financeira: Impacto econômico do tratamento oncológico sobre o paciente e a família, inclusive custos indiretos com transporte, hospedagem e perda de renda.

Viés implícito: Associação inconsciente que influencia julgamentos e decisões. Pode ser medido pelo Teste de Associação Implícita (IAT). Também pode ser chamado de viés cognitivo e/ou viés inconsciente.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, P. M. S. Interseccionalidade e saúde LGBTQIAPN+: rompendo a invisibilidade no cuidado oncológico. Palestra apresentada no 2º Workshop Diversidade na Oncologia, SBOC. São Paulo, 22 ago. 2026.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). ASCO statement on addressing racism in oncology. Alexandria: ASCO, 2020.

ARCHER-NANDA, E.; DWYER, M. L. Trauma-informed care addressing the mental and emotional needs of patients with cancer. Clinical Journal of Oncology Nursing, v. 28, n. 4, p. 372-379, 2024. DOI: 10.1188/24.CJON.372-379.

BENEVIDES, B. G. (org.). Dossiê: assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2022. Brasília: ANTRA, 2023.

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. Diário Oficial da União, Brasília, 23 nov. 2012.

BRASIL. Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, 15 ago. 2018.

BRASIL. Lei nº 13.896, de 30 de outubro de 2019. Altera a Lei nº 12.732/2012 para que os exames relacionados ao diagnóstico de neoplasia maligna sejam realizados no prazo de 30 dias. Diário Oficial da União, Brasília, 31 out. 2019.

BRASIL. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 20 dez. 2023.

BRASIL. Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal. Diário Oficial da União, Brasília, 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 14 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde anuncia a ampliação da vacina contra o HPV para usuários da PrEP. Brasília, 3 jul. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acesso em: 24 set. 2026.

BUSH, A. A. Toward antiracism: using critical race theory as a tool to disrupt the status quo in health professions education. Academic Medicine, v. 96, n. 11S, p. S6-S8, 2021.

CATHCART-RAKE, E. J. et al. Sexual orientation and gender identity data collection in cancer care: a nationwide landscape assessment update. JCO Oncology Practice, v. 20, n. 9, p. 1272-1279, 2024. DOI: 10.1200/OP.23.00724.

CLIFFORD, G. M. et al. A meta-analysis of anal cancer incidence by risk group: toward a unified anal cancer risk scale. International Journal of Cancer, v. 148, n. 1, p. 38-47, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 735/2024. Normatiza a atuação do enfermeiro navegador. Brasília: COFEN, 2024.

CRENSHAW, K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. University of Chicago Legal Forum, v. 1989, n. 1, p. 139-167, 1989.

CYKERT, S. et al. A multi-faceted intervention aimed at Black-White disparities in the treatment of early stage cancers: the ACCURE pragmatic quality improvement trial. Journal of the National Medical Association, v. 112, n. 5, p. 468-477, 2020.

DE BLOK, C. J. M. et al. Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. BMJ, v. 365, l1652, 2019. DOI: 10.1136/bmj.l1652.

DICKSTEIN, D. R. et al. Clinical considerations for sexual and gender minorities with prostate cancer. Urologic Oncology, v. 42, n. 11, p. 345-351, 2024. DOI: 10.1016/j.urolonc.2024.06.008.

DIXON-FYLE, S. et al. Diversity wins: how inclusion matters. McKinsey & Company, 2020.

DOS SANTOS, A. P. C. et al. Understanding the health challenges of Amazonian riverine communities: a qualitative study on community perceptions amid climatic change. PLoS One, v. 20, n. 10, e0333408, 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0333408.

ECKHERT, E. et al. Breast cancer diagnosis, treatment, and outcomes of patients from sex and gender minority groups. JAMA Oncology, v. 9, n. 4, p. 473-480, 2023. DOI: 10.1001/jamaoncol.2022.7146.

ENZINGER, A. C. et al. Racial and ethnic disparities in opioid access and urine drug screening among older patients with poor-prognosis cancer near the end of life. Journal of Clinical Oncology, v. 41, n. 14, p. 2511-2522, 2023.

FONTHAM, E. T. H. et al. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians, v. 70, n. 5, p. 321-346, 2020. DOI: 10.3322/caac.21628.

GRIGGS, J. et al. American Society of Clinical Oncology position statement: strategies for reducing cancer health disparities among sexual and gender minority populations. Journal of Clinical Oncology, v. 35, n. 19, p. 2203-2208, 2017. DOI: 10.1200/JCO.2016.72.0441.

HALL, W. J. et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. American Journal of Public Health, v. 105, n. 12, p. e60-e76, 2015.

HEMBREE, W. C. et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, v. 102, n. 11, p. 3869-3903, 2017. DOI: 10.1210/jc.2017-01658.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Relatório técnico nº 3/2023 [saúde da população LGBTQIA+]. São Paulo: IEPS, 2023.

INSTITUTO ETHOS. Pesquisa Ethos/Época de Diversidade, Equidade e Inclusão, ciclo 2024/2025. São Paulo: Instituto Ethos, 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero: parte I – rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico. Rio de Janeiro: INCA, 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil (triênio 2026–2028). Rio de Janeiro: INCA, 2025.

JOHNSON, F. Estratégias de DEI: o papel das instituições no combate às disparidades. Palestra apresentada no 2º Workshop Diversidade na Oncologia, SBOC. São Paulo, 22 ago. 2026.

JOMAR, R. T.; ALVES, L. A.; MEIRA, K. C. Orientação sexual e tempo de realização do último exame de Papanicolaou no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Ciência & Saúde Coletiva, v. 31, n. 7, e16622024, 2026. DOI: 10.1590/1413-81232026317.16622024.

KRATZER, T. B. et al. Cancer in people who identify as lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, or gender-nonconforming. Cancer, v. 130, n. 17, p. 2948-2967, 2024. DOI: 10.1002/cncr.35355.

LANG, S. M.; REDDY, R. A.; RENZ, M. Neovaginal human papilloma virus–related squamous cell carcinoma in a transgender woman. JAMA Network Open, v. 7, n. 3, e242537, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.2537.

LEMOS, L. L. P. et al. Racial disparities in breast cancer survival after treatment initiation in Brazil: a nationwide cohort study. The Lancet Global Health, v. 12, n. 2, p. e292-e305, 2024.

MANFREDI, C. et al. Prostate cancer in transgender women: epidemiology, clinical characteristics, and management challenges. Current Oncology Reports, v. 25, n. 12, p. 1431-1443, 2023. DOI: 10.1007/s11912-023-01470-w.

MORAES, F. Y. et al. Geographic and sociodemographic disparities in access to radiation therapy in Brazil: a nationwide cross-sectional study (2017-2022). International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, v. 125, n. 4, p. 1001-1007, 2026. DOI: 10.1016/j.ijrobp.2026.01.035.

NIK-AHD, F. et al. Prostate-specific antigen values in transgender women receiving estrogen. JAMA, v. 332, n. 4, p. 335-337, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.9997.

PRATT-CHAPMAN, M. L. et al. Strategies for advancing sexual orientation and gender identity data collection in cancer research. JCO Oncology Practice, v. 20, n. 7, p. 883-888, 2024. DOI: 10.1200/OP.23.00629.

RADAR DO CÂNCER. Monitoramento do cumprimento das Leis nº 12.732/2012 e nº 13.896/2019: dados 2021–2025. 2025.

RIBEIRO, D. O que é lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento, 2017.

SANTOS JUNIOR, É. C. A. et al. 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, e-215430, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). Diretrizes de teleoncologia na atenção à saú-

de. São Paulo: SBOC, 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). 2º Workshop Diversidade na Oncologia: cards de dados das mesas temáticas. São Paulo: SBOC, 2026a. Material de facilitação com dados compilados de: Censo Trans (Benevides e Nogueira); Pesquisa ANTRA 2023; PNS 2019/IBGE; RCBP e Sistema de Informações sobre Mortalidade (2000–2020); análise espacial do SUS 2015–2022; Fonseca et al. (Lancet Regional Health – Americas); Ministério da Saúde (dez. 2025); Radar do Câncer (2021–2025).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA (SBOC). 2º Workshop Diversidade na Oncologia: transcrições, sínteses das sessões, canvas das mesas e facilitação visual. São Paulo: SBOC, 2026b.

SOUZA, A. D. L. et al. Câncer de próstata e equidade racial: análise das barreiras de acesso aos cuidados de saúde. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 72, n. 1, e-095391, 2026. DOI: 10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n1.5391.

SPENCER, J. C. et al. Cervical cancer screening and risk factor prevalence by sexual identity: a comparison across three national surveys in the United States. Preventive Medicine, v. 194, 108262, 2025. DOI: 10.1016/j.ypmed.2025.108262.

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening for breast cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA, v. 331, n. 22, p. 1918-1930, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.5534.

VARELA, E. D. Desertos oncológicos e abismos geográficos: a jornada do paciente que percorre centenas de quilômetros para receber cuidados oncológicos em regiões de difícil acesso. Palestra apresentada no 2º Workshop Diversidade na Oncologia, SBOC. São Paulo, 22 ago. 2026.

VIEIRA, A. O racismo estrutural como barreira de fluxo: para além da biologia, como o racismo molda a priorização e a qualidade do cuidado recebido em oncologia. Palestra apresentada no 2º Workshop Diversidade na Oncologia, SBOC. São Paulo, 22 ago. 2026.

WEST, K.; GREENLAND, K.; VAN LAAR, C. Implicit racism, colour blindness, and narrow definitions of discrimination: why some White people prefer "All Lives Matter" to "Black Lives Matter". British Journal of Social Psychology, v. 60, n. 4, p. 1136-1153, 2021.



É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:

- **Biblioteca Virtual** com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology
- **Visibilidade profissional**, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição
- **Uso da sede SBOC** para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento
- **Networking profissional**
- **Redução na inscrição do Congresso SBOC** que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes
- **Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy** – a nova plataforma educacional da SBOC
- **Acesso ao SBOC Review**, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade
- **Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO** (com direito à gratuidade na entidade europeia)
- Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**
- Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!

SBOC
SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

ASSOCIE-SE AQUI!

Ficha técnica

Presidente
Dra. Clarissa Baldotto

Presidente de Honra
Dra. Angélica Nogueira

Presidente Eleito
Dr. Fábio Franke

Diretoria
Dr. André Sasse
Dra. Daniele Assad
Dra. Danielle Laperche
Dr. Helano Carioca
Dra. Marcela Crosara
Dr. Max Senna Mano
Dr. Rodrigo Guedes
Dr. Romualdo Barroso
Dr. William William

Conselho Fiscal
Dra. Aknar Calabrich
Dra. Ana Amélia Viana
Dr. José Aurillo Rocha

Diretora Executiva
Marisa Madi

Coordenação do Projeto
Gabriella Belém Vasconcelos

Comitê de Diversidade
Dra. Karla Fabiane Siebra de Oliveira Maia
Dra. Abna Faustina Sousa Vieira
Dra. Ana Amélia de Almeida
Dra. Edilene Coelho Duarte
Dr. Jessé Lopes da Silva
Dr. Leonardo Roberto da Silva

Workshop coordenado pelo Comitê de Diversidade com a participação de:
Dr. Fleury Johnson
Dr. Júlio César de Oliveira
Dra. Maria Felipe Medeiros
Dra. Patrícia Almeida

Facilitação do Workshop e construção do Guia de Diversidade
Maria Luísa Lange

Projeto gráfico / Diagramação e arte
Grano Studio



A SBOC reserva todos os direitos autorais deste documento, que é disponibilizado gratuitamente ao público da entidade e demais interessados. Sua reprodução com fins comerciais é expressamente proibida, sujeitando-se o infrator às penalidades cíveis e criminais cabíveis.

Outras reproduções devem ser solicitadas diretamente à SBOC.