



**DIVERSIDADE  
NA ONCOLOGIA**



# Guia de Diversidade

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

# Índice

<b>1. Introdução</b>	<b>3</b>
<b>2. Fundamentos do Cuidado Inclusivo</b>	
2.1 Determinantes sociais da saúde	
2.2 Comunicação inclusiva e culturalmente sensível	
2.3 Preconceitos institucionais: definições e efeitos	
2.4 O oncologista como agente de transformação	
<b>3. A jornada do paciente oncológico</b>	<b>7</b>
3.1 Rastreio e diagnóstico precoce	
3.2 Acesso ao tratamento e terapias	
3.3 Adesão ao tratamento	
3.4 Manejo de efeitos colaterais	
3.5 Seguimento e cuidados paliativos	
<b>4. Cuidado inclusivo com populações específicas</b>	<b>12</b>
4.1 Pessoas negras	
4.2 Pessoas LGBTQIAPN+	
4.3 Povos indígenas	
4.4 Pessoas com deficiência	
<b>5. Ferramentas e implementação prática</b>	<b>16</b>
5.1 Checklists e protocolos	
5.2 Exemplos de boas práticas	
5.3 Indicadores no atendimento	
5.4 Treinamento e sensibilização de equipes	
5.5 Plano de implementação	
<b>6. Conclusão</b>	<b>18</b>
<b>7. Glossário</b>	<b>19</b>
<b>8. Referências Bibliográficas</b>	<b>20</b>

# 1. Introdução

O câncer é uma condição que atravessa fronteiras de cor, gênero, território e corpo. Entretanto, a forma como cada pessoa vivencia sua jornada oncológica é profundamente marcada pelos determinantes sociais da saúde. Quem dispõe de exames de rastreamento de rotina costuma chegar mais cedo ao diagnóstico. Quem encontra acolhimento e comunicação clara, adere ao tratamento com maior confiança. Já quem enfrenta barreiras físicas, financeiras ou sociais muitas vezes chega tarde demais, ou até desiste no meio do caminho. Incluir, portanto, não é apenas um princípio ético: é um componente essencial de qualidade clínica e de segurança do paciente.

Falar de diversidade e inclusão no cuidado oncológico significa reconhecer essas desigualdades e assumir um compromisso coletivo: transformar disparidades evitáveis em oportunidades de cuidado justo. Olhar para estatísticas é necessário, mas insuficiente. É preciso enxergar rostos e escutar histórias que revelam não apenas números, mas trajetórias de vida em busca de dignidade no cuidado.

Este guia é uma iniciativa da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), por meio do seu Comitê de Diversidade, e nasceu a partir do Workshop de Diversidade na Oncologia realizado em julho de 2025. O

material reúne conceitos, ferramentas e recomendações baseadas em evidências científicas, literatura especializada, relatos de pacientes e boas práticas clínicas. Seu objetivo é apoiar oncologistas, equipes multiprofissionais e gestores de instituições no compromisso de tornar o cuidado inclusivo uma realidade.

Mais do que um documento técnico, este guia constitui um convite à reflexão e à ação prática: como cada profissional, no consultório, na clínica ou na pesquisa, pode se tornar agente de mudança?

Assim como no tratamento oncológico, em que cada decisão impacta o prognóstico, na inclusão são os detalhes que definem a efetividade do cuidado. O respeito ao nome social, a comunicação clara, a acessibilidade garantida e a escuta livre de julgamentos não são aspectos acessórios: são componentes centrais da ciência da vida. Ao ampliar a perspectiva para contemplar todas as pessoas, a oncologia reafirma sua missão mais essencial: preservar a vida em sua integralidade e diversidade.

## Primeiros passos recomendados

Ao longo deste Guia, você encontrará seções como esta, de ações práticas para serem colocadas em ação. Os primeiros passos sugeridos são:

- Rever rotinas de acolhimento, garantindo a coleta de nome social no formulário e seu uso ao longo de todo o atendimento; incluir uma pergunta sobre necessidades específicas no primeiro contato.
- Coletar dados sociodemográficos padronizados (raça/etnia, orientação sexual, identidade de gênero, deficiências) com respeito e confidencialidade.
- Implementar um pequeno treinamento inicial de sensibilização para toda equipe sobre a relevância e necessidade da inclusão na oncologia clínica.
- Estabelecer canal de escuta para pacientes de grupos subrepresentados.

## 2. Fundamentos do Cuidado Inclusivo

O cuidado inclusivo em oncologia parte do reconhecimento de que a prática médica não ocorre em um vácuo social. Cada paciente comparece ao serviço de saúde trazendo consigo sua trajetória de vida, seu corpo, sua identidade e as condições sociais que modulam tanto o processo de adoecimento quanto às possibilidades de tratamento. Reconhecer essa diversidade não é um adendo opcional à prática clínica, mas elemento estruturante da qualidade assistencial e da segurança do paciente.

Um cuidado inclusivo implica compreender o paciente para além da dimensão biológica. É perguntar como vive, com quem conta, quais barreiras enfrenta para chegar até o hospital, que informações já recebeu

sobre a doença e como prefere ser tratado. Essa abordagem permite identificar fatores que influenciam acesso, adesão e continuidade do tratamento, antecipando dificuldades logísticas, ajustando protocolos e fortalecendo vínculos.

Protocolos clínicos padronizados, quando aplicados sem sensibilidade às diferenças, podem ser eficazes em alguns grupos, mas inacessíveis ou inadequados para outros. Incorporar essa perspectiva na equipe multiprofissional transforma a prática em espaço de equidade, onde cada detalhe do atendimento abre portas em vez de fechá-las.

### 2.1 Determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde (como raça/etnia, identidade de gênero, orientação sexual, renda, escolaridade, condições de trabalho, habitação, redes de apoio e exposição a violências) exercem impacto direto sobre tempo para diagnóstico, acesso a terapias de alta complexidade e continuidade do tratamento.

No Brasil, país marcado por profundas desigualdades, esses fatores ajudam a explicar por que populações marginalizadas chegam com tumores mais avançados, têm menos acesso a exames especializados e enfrentam barreiras adicionais para completar ciclos de quimioterapia ou sessões de radioterapia. Incorporar a análise desses elementos ao raciocínio clínico é tão essencial quanto solicitar exames de imagem ou biomarcadores. Uma pergunta simples, a exemplo de “como você vai chegar até aqui na próxima consulta?”, pode revelar obstáculos tão decisivos quanto um resultado laboratorial.

#### Ações recomendadas para considerar os determinantes sociais

- Incluir avaliação de determinantes sociais no prontuário, realizando uma breve triagem social, e agir sobre os achados;
- Mapear barreiras locais antes de planejar intervenções.

## 2.2 Comunicação inclusiva e culturalmente sensível

Outro pilar central é a comunicação inclusiva. O vínculo terapêutico se sustenta na clareza e na sensibilidade do diálogo. Isso envolve adotar uma linguagem acessível, livre de jargões excessivos; respeitar o nome social e os pronomes de gênero; checar a compreensão do plano terapêutico com técnicas simples; e oferecer materiais em formatos acessíveis.

Em contextos de barreiras linguísticas ou culturais, o uso de intérpretes e mediadores culturais é indispensável para evitar falhas críticas na transmissão de informações. Pequenas rotinas, como anotar necessidades de acessibilidade no prontuário ou perguntar sobre preferências de acompanhante, produzem grandes efeitos práticos: reduzem o estigma, aumentam a confiança e fortalecem a adesão ao plano terapêutico.

### Técnicas práticas para adotar uma comunicação inclusiva

- Iniciar os atendimentos e as consultas com perguntas abertas: “Como você prefere que eu te chame?”, ou “Há algo que eu deveria saber para cuidar melhor de você?”;
- Confirmar compreensão de diagnóstico e plano terapêutico (por exemplo, “Se você pudesse resumir para mim o que combinamos de fazer a partir de hoje, como você me contaria?”);
- Documentar as necessidades de acessibilidade (Libras, cadeira de rodas, material em áudio/alto contraste) e sinalizar no prontuário;
- Evitar pressuposições (por exemplo, não supor que a pessoa parceira seja sempre do sexo oposto; e não supor que haverá acompanhamento familiar).

## 2.3 Preconceitos institucionais: definições e efeitos

A exclusão, entretanto, não se limita à relação médico-paciente. Racismo, capacitismo, LGBTfobia e preconceitos de gênero ou sexualidade estão embutidos em protocolos, fluxos institucionais e práticas administrativas.

Protocolos calibrados apenas em populações brancas, materiais educativos que não representam diferentes fototipos de pele ou ambientes fisicamente inacessíveis são exemplos de como o viés institucional opera. Esses mecanismos resultam em subdiagnóstico, subtratamento e maior evasão, além de gerar desconfiança em relação ao sistema de saúde. Identificar esses padrões, coletar dados desagregados e implementar processos de responsabilização são passos fundamentais para mitigar tais efeitos.

### Como identificar e mitigar preconceitos e discriminações

- Auditar práticas: revisar tempos de espera, triagem, solicitações de exames e encaminhamentos por estrato (raça, gênero, deficiência), a fim de identificar padrões de desigualdade e, posteriormente, atuar sobre eles;
- Rever material didático e imagens: certificar que materiais ilustrativos e protocolos incluam diversidade de corpos e identidades;
- Protocolos de responsabilização: criar fluxo para relato e tratamento de incidentes de discriminação com proteção ao denunciante;

## 2.4 O oncologista como agente de transformação

No contexto do cuidado inclusivo, o oncologista ocupa papel central como agente clínico, educador e transformador. Na prática assistencial, ao considerar variáveis sociais no planejamento terapêutico. Na equipe multiprofissional, ao incentivar condutas inclusivas e promover treinamentos obrigatórios. Na pesquisa, ao lutar pela representatividade de populações diversas em ensaios clínicos e garantir estratificação de dados por raça, gênero e deficiência. E na sociedade, ao se engajar em campanhas, métricas de equidade e políticas públicas de ampliação do acesso.

Embora não possa sozinho transformar estruturas sociais complexas, o oncologista pode atuar como catalisador de mudanças que repercutem para além da sala de consulta.

### Comportamentos concretos que todo(a) oncologista pode adotar

- Perguntar e registrar nome social e pronomes no primeiro contato com o(a) paciente - se o atendimento já não tiver o feito;
- Referir pacientes a serviços de apoio quando a barreira for logística;
- Disputar e publicar dados estratificados por grupo quando realizar pesquisas.

O cuidado inclusivo, portanto, ultrapassa a dimensão técnica: é uma postura ética e científica que une evidência à empatia. Reconhece cada paciente como sujeito de direitos, capaz de decidir, sentir, resistir e participar ativamente de seu processo de cuidado. A equidade em oncologia depende tanto de práticas cotidianas, quanto de compromissos institucionais estruturais. É nesse equilíbrio entre a consulta individual e a política pública, que se constrói uma oncologia verdadeiramente para todas as pessoas.

## 3. A jornada do paciente oncológico

O percurso do paciente oncológico não começa no dia do diagnóstico. Ele se inicia muito antes, na forma como cada pessoa acessa informações, serviços de saúde e redes de apoio. A jornada é composta por fases que variam conforme o tipo e o estágio do tumor, mas que compartilham desafios comuns.

Sob a perspectiva da inclusão, cada etapa dessa trajetória revela barreiras específicas que podem atrasar diagnósticos, dificultar a adesão ou comprometer a qualidade do cuidado, mas também cria oportunidades concretas de tornar a oncologia mais justa e equitativa.

### 3.1 Rastreo e diagnóstico precoce

A detecção precoce de diversos tipos de câncer está diretamente associada ao aumento das chances de cura e de sobrevivência. No entanto, o acesso a exames de rastreamento e programas de prevenção não é distribuído de forma equitativa na população. Barreiras como baixa cobertura em áreas remotas, falta de informação clara e culturalmente adequada, custos indiretos, distância geográfica de centros especializados, horários de atendimento incompatíveis e experiências negativas em ambientes de saúde contribuem para que pacientes, sobretudo de grupos subrepresentados, cheguem tardiamente ao diagnóstico.

Além disso, critérios de triagem que não consideram variações de apresentação clínica reforçam desigualdades. A desconfiança em relação aos serviços de saúde, muitas vezes resultado de discriminação ou estigma, também desestimula a busca ativa por rastreamento.

Um cuidado inclusivo, nesta fase, demanda a combinação de estratégias clínicas e institucionais. É fundamental promover ações de busca ativa em parceria com unidades básicas de saúde, atenção primária e organizações comunitárias, ampliando a capilaridade da prevenção. Campanhas educativas devem ser representativas e adaptadas às diferentes realidades socio-culturais, utilizando linguagem simples, versões em línguas locais ou em áudio, materiais em Libras e imagens que reflitam diversidade de corpos e identidades.

A padronização da coleta de dados sociodemográficos

é igualmente estratégica, pois permite monitorar cobertura, identificar lacunas e orientar políticas de equidade. Esse processo deve sempre garantir confidencialidade e uso ético das informações.

Outro eixo fundamental é a capacitação de equipes da atenção primária para reconhecer sinais de alerta e encaminhar precocemente, com atenção especial às especificidades de populações diversas. Medidas simples de acessibilidade logística, como agendamento preferencial, transporte solidário ou flexibilização de jornada para consultas de rastreamento, podem reduzir evasão e melhorar desfechos.

Assim, a prevenção e o diagnóstico precoce não dependem apenas de tecnologias diagnósticas: exigem também a criação de vínculos de confiança, o fortalecimento da literacia em saúde e a adaptação ativa dos serviços para remover barreiras e promover acesso equitativo.

### 3.2 Acesso ao tratamento e terapias

A garantia de acesso efetivo ao tratamento adequado envolve superar barreiras administrativas, logísticas, financeiras e estruturais. Demandas como autorizações de procedimentos, burocracia documental, transporte insuficiente, ausência de acompanhantes, agendas rígidas, falta de leitos em regiões remotas e exclusão por critérios de elegibilidade podem resultar em atrasos críticos, comprometendo o prognóstico e reduzindo as chances de adesão terapêutica.

Além disso, custos indiretos relacionados a transporte, hospedagem, perda de jornada de trabalho, e a ausência de acessibilidade física, intérprete de Libras ou privacidade para pessoas trans, ampliam as desigualdades. Tais barreiras não apenas atrasam o início das terapias, mas também prejudicam a continuidade do tratamento e impactam a relação de confiança entre paciente e instituição.



## O que fazer

Instituições comprometidas com a equidade devem mapear sistematicamente essas barreiras e implementar soluções práticas e sustentáveis. Isso inclui:

- Simplificação de processos administrativos, reduzindo burocracias excessivas e prazos de autorização;
- Apoio logístico por meio de programas de transporte solidário, hospedagem temporária e flexibilidade de agendamentos;
- Acessibilidade física e comunicacional, garantindo rampas, intérpretes, materiais em formatos acessíveis e recursos de comunicação inclusivos;
- Rotinas de respeito à identidade de gênero, assegurando privacidade em salas de espera, quartos de internação e formulários;
- Integração multiprofissional desde o início, com assistência social, psicologia e nutrição atuando em conjunto para mitigar fatores que comprometem a adesão e qualidade de vida.

A utilização de serviços de navegação de pacientes (profissionais especializados que acompanham cada etapa da jornada) tem se mostrado especialmente eficaz na redução de evasões, no início mais ágil das terapias e no fortalecimento do vínculo de confiança.

### 3.3 Adesão ao tratamento

A adesão a protocolos oncológicos longos, complexos e potencialmente tóxicos é um desafio para todos os pacientes. Contudo, indivíduos em situação de vulnerabilidade social enfrentam barreiras adicionais que elevam o risco de abandono ou interrupção do cuidado.

A complexidade dos regimes terapêuticos, os efeitos adversos, os custos diretos e indiretos e o estigma associado à doença reduzem ainda mais a adesão. Para grupos subrepresentados, essas dificuldades são agravadas pela desconfiança histórica nos serviços de saúde e pela ausência de estratégias adaptadas às suas realidades.





## O que fazer

Uma abordagem inclusiva pressupõe reconhecer essas condições, adaptar recomendações sem comprometer eficácia e oferecer suporte multidimensional. Entre as medidas estratégicas, destacam-se:

- Flexibilização de agendas e modelos de adesão diferenciados, como a possibilidade de medicações em esquemas compatíveis com a rotina de trabalho ou em unidades mais próximas quando disponíveis;
- Comunicação inclusiva, confirmando a compreensão do plano terapêutico e negociando ajustes viáveis;
- Apoio logístico e tecnológico, com envio de lembretes de consultas e tratamentos via SMS/WhatsApp e disponibilização de contatos de enfermagem para gerenciamento de efeitos adversos entre ciclos;
- Integração multiprofissional, incluindo acompanhamento psicológico, suporte nutricional e encaminhamento à assistência social para mitigar fatores que comprometem adesão;
- Grupos de suporte por afinidade e redes comunitárias, que oferecem apoio psicoemocional e reduzem estigmas (por exemplo, grupos voltados a pacientes trans ou PcDs).

A adesão não deve ser concebida como responsabilidade exclusiva do indivíduo, mas como resultado da corresponsabilidade entre paciente, equipe multiprofissional e sistema de saúde. A construção de fluxos adaptados, aliados a práticas de acolhimento e acompanhamento contínuo, é essencial para garantir continuidade terapêutica e melhorar os desfechos clínicos.

### 3.4 Manejo de efeitos colaterais

Os efeitos adversos do tratamento oncológico repercutem em dimensões físicas, emocionais e sociais. Quando não reconhecidos ou não gerenciados de forma adequada, podem levar à interrupção precoce das terapias e comprometer os desfechos clínicos.

Pacientes de grupos historicamente sub-representados correm risco aumentado de terem sintomas minimizados ou dor subestimada, muitas vezes em função de vieses inconscientes. Além disso, aqueles que vivenciam cuidado fragmentado ou experiências de discriminação tendem a relatar menos sintomas ou a buscar atendimento apenas em estágios avançados, o que agrava complicações.

O cuidado inclusivo, nesta etapa, exige protocolos de avaliação adaptados à diversidade de corpos e contextos, escuta ativa e valorização da queixa subjetiva. É fundamental reconhecer que não existem “corpos-padrão” e que cada organismo responde de maneira particular, merecendo a mesma seriedade e atenção no manejo de seus sintomas.

### Para garantir cuidado inclusivo

Algumas estratégias práticas podem ser incorporadas:

- Comunicação rápida e acessível, estruturando vias de contato direto (telefone, WhatsApp) para relato precoce de efeitos e triagem inicial, reduzindo deslocamentos desnecessários;
- Protocolos padronizados de manejo, com garantia de disponibilidade de medicações de suporte e revisões periódicas de doses e planos terapêuticos considerando comorbidades e determinantes sociais;
- Capacitação contínua das equipes, com foco no reconhecimento de vieses na avaliação da dor e de outras queixas subjetivas, apoiando-se em evidências que desconstruam mitos e práticas discriminatórias;
- Materiais educativos acessíveis, que orientem sobre efeitos esperados e sinais de alerta, produzidos em linguagem clara, culturalmente adequada e em formatos acessíveis (áudio, Libras, linguagem simples).

A integração multiprofissional, envolvendo oncologia, enfermagem, psicologia, nutrição e assistência social, fortalece o acompanhamento integral e garante que o manejo dos efeitos colaterais seja parte ativa da estratégia terapêutica, preservando a continuidade do tratamento e qualidade de vida.

### 3.5 Seguimento e cuidados paliativos

A jornada oncológica não se encerra com o término do tratamento ativo. O seguimento clínico e os cuidados paliativos são componentes indispensáveis, tanto na vigilância de recorrências, quanto na promoção de conforto e dignidade em situações de doença avançada.

O acompanhamento contínuo pode ser fragilizado por rupturas de vínculo, deslocamentos longos ou pela falta de integração entre atenção básica e serviços especializados, o que aumenta o risco de descontinuidade. Já no fim de vida, a ausência de atenção às preferências culturais e a indisponibilidade de suporte para cuidados domiciliares podem agravar o sofrimento de pacientes e familiares.

A inclusão, nesta fase, traduz-se em garantir autonomia, respeito às preferências individuais e integração da dimensão cultural e familiar nas decisões de cuidado. Escutar o que o paciente deseja, e não apenas seguir protocolos padronizados, transforma essa etapa em espaço de humanidade e respeito. O registro de valores, planos avançados e instruções antecipadas fortalece a autonomia e reduz incertezas para pacientes, familiares e equipes.

### Boas práticas nesta etapa

- Transições integradas de cuidado, com comunicação ativa entre atenção especializada e atenção primária, compartilhamento de plano terapêutico e corresponsabilização das equipes locais;
- Respeito às preferências culturais, incluindo ritos religiosos, participação de curandeiros ou tradutores culturais e definição do local de cuidado e de quem deve integrar a tomada de decisões;
- Acesso garantido a alívio de sintomas e suporte psicossocial, assegurando analgesia adequada, disponibilidade de enfermagem domiciliar quando indicado e encaminhamento para serviços especializados em cuidados paliativos;
- Valorização da autonomia do paciente, por meio do registro de preferências, planos de cuidado antecipados e apoio à decisão compartilhada.

A atenção centrada na dignidade e na qualidade de vida, independentemente do prognóstico, reafirma o princípio fundamental da oncologia: cuidar da vida em todas as suas fases, respeitando singularidades e fortalecendo vínculos de confiança.



## 4. Cuidado inclusivo com populações específicas

A diversidade demográfica, cultural e social do Brasil impõe desafios singulares à oncologia. Pessoas negras, população LGBTQIAPN+, povos indígenas e pessoas com deficiência enfrentam barreiras específicas que afetam diretamente o diagnóstico, a adesão terapêutica e os desfechos clínicos. Essas desigualdades se expressam tanto em dimensões clínicas, quanto em aspectos institucionais e socioculturais, como preconceito, racismo, capacitismo e invisibilidade estatística.

Reconhecer tais particularidades não significa frag-

mentar a assistência, mas fortalecê-la: é ajustar protocolos, rotinas e práticas clínicas de forma a assegurar que cada paciente tenha acesso justo, equânime e digno ao cuidado oncológico.

Esta seção apresenta recomendações direcionadas aos quatro grupos prioritários, com o objetivo de alinhar práticas clínicas e políticas institucionais à promoção da equidade.

### 4.1 Pessoas negras

Pessoas negras compõem aproximadamente 56% da população brasileira. Ainda assim, persistem desigualdades significativas na oncologia: diagnósticos mais tardios, menor acesso a terapias inovadoras, subrepresentação em pesquisas clínicas e taxas de mortalidade mais elevadas.

Esses desfechos não se explicam apenas por variáveis biológicas, mas refletem o impacto cumulativo do racismo estrutural, institucional e interpessoal.

- **Racismo estrutural:** expresso em políticas históricas que limitam direitos sociais e acesso a recursos, influenciando determinantes de saúde como educação, renda e moradia.
- **Racismo institucional:** presente em protocolos e rotinas que desconsideram especificidades étnico-raciais, resultando em erros diagnósticos ou atrasos no encaminhamento.
- **Racismo interpessoal:** evidenciado nas interações cotidianas, quando sintomas e dores relatadas são subestimados, gerando desconfiança e afastamento do sistema de saúde.

Essas desigualdades se manifestam em toda a jornada oncológica: triagens que não reconhecem manifestações clínicas em peles escuras, protocolos de tratamento baseados majoritariamente em populações brancas, menor encaminhamento para terapias de ponta e exclusão de pesquisas clínicas.

#### Recomendações práticas

- **Clínica e atendimento:** revisar protocolos de triagem e ensino clínico para contemplar sinais em diferentes tons de pele; padronizar a coleta de determinantes sociais para apoiar a adesão terapêutica.
- **Comunicação e representatividade:** atualizar materiais educativos com diversidade de tons de pele e imagens; treinar equipes para identificar e evitar microagressões; adotar práticas consistentes de comunicação inclusiva.

- Organização e pesquisa: estratificar indicadores de qualidade clínica por raça/etnia, como tempo até diagnóstico, taxas de início de tratamento, abandono); fomentar inclusão ativa de pessoas negras em pesquisas clínicas.
- Equipe de cuidados: diversificar a composição profissional, garantindo a presença de médicos, enfermeiros e pesquisadores negros em todas as etapas do cuidado, da recepção à condução de estudos clínicos.

O cuidado oncológico equitativo para pessoas negras pressupõe o reconhecimento explícito do impacto do racismo em suas diferentes dimensões e a incorporação de protocolos inclusivos que assegurem justiça terapêutica. A redução dessas iniquidades depende tanto de mudanças institucionais e políticas quanto de práticas clínicas cotidianas que validem e respeitem a experiência de cada paciente.

## 4.2 Pessoas LGBTQIAPN+

A população LGBTQIAPN+ ainda enfrenta discriminação individual e institucional que impacta o acesso ao cuidado, a qualidade do acolhimento e a adesão terapêutica. Muitas pessoas adiam ou evitam consultas por medo de julgamentos, o que resulta em diagnósticos mais tardios e prognósticos agravados. Além disso, a subnotificação nos sistemas de informação em saúde e a ausência de dados padronizados sobre identidade de gênero e orientação sexual dificultam a visibilidade e o planejamento de ações específicas.

Identidade de gênero e orientação sexual não são detalhes periféricos: constituem variáveis centrais para a experiência clínica. O uso incorreto de pronomes, a recusa em adotar o nome social, a invisibilização de necessidades de pacientes em hormonioterapia ou a falta de privacidade em procedimentos que expõem o corpo fragilizam o vínculo com os serviços de saúde e comprometem a segurança terapêutica.

### Recomendações práticas

- Clínica e atendimento: registrar nome social e pronomes no prontuário e exibí-los de forma segura; assegurar privacidade em exames e procedimentos, permitindo acompanhante de confiança quando solicitado; adaptar protocolos de consentimento e preparo conforme anatomia e uso de hormonioterapia.
- Comunicação e acolhimento: formular perguntas abertas e sem pressupostos sobre vida sexual e identidade; treinar equipes de recepção e assistência para uso consistente de nome social; sinalizar o ambiente como espaço seguro e acolhedor (materiais visuais, cartilhas, adesivos).
- Organização e pesquisa: incluir campos padronizados para identidade de gênero e orientação sexual nos registros institucionais, explicando sua finalidade; estimular a formação de grupos de suporte e redes de referência comunitária; promover a inclusão ativa de pessoas LGBTQIAPN+ em pesquisas clínicas.

Um atendimento inclusivo e sensível começa pela escuta sem pressupostos, mas precisa se consolidar em protocolos e estruturas institucionais que garantam continuidade, segurança e respeito. Somente com dados precisos, ambientes de confiança e práticas inclusivas consistentes será possível assegurar políticas e cuidados oncológicos que respondam de fato às necessidades da população LGBTQIAPN+.

### 4.3 Povos indígenas

A atenção oncológica a povos indígenas é marcada por desafios singulares, derivados de sua distribuição territorial concentrada em áreas afastadas, da diversidade linguística e cultural e da coexistência de práticas próprias de cuidado. Muitas vezes, o diagnóstico ocorre em estágios avançados, não apenas pela limitação de acesso físico, mas também pela ausência de fluxos de referência adequados às realidades locais e pela dificuldade de comunicação intercultural.

A sub-representação nos registros oficiais de câncer e as falhas na coleta da autodeclaração étnica invisibilizam a magnitude do problema e dificultam o planejamento de políticas públicas eficazes. Essa invisibilidade se soma ao desrespeito ou à desconsideração de saberes tradicionais e rituais de cuidado, que pode fragilizar a adesão terapêutica quando há conflito com práticas biomédicas.

#### Recomendações práticas

- Clínica e atendimento: identificar, já na triagem, o pertencimento étnico e a necessidade de intérprete ou mediador cultural; articular-se com a atenção primária local para organizar fluxos de referência; oferecer materiais informativos em línguas indígenas e em formatos orais sempre que necessário.
- Comunicação e integração cultural: dialogar com lideranças comunitárias e agentes de saúde indígenas, corresponsabilizando-os pelo cuidado e planejando deslocamentos coletivos ou atendimentos itinerantes; respeitar rituais e práticas tradicionais, integrando-os ao plano terapêutico sempre que compatíveis com a segurança clínica e mediante consentimento da família e da comunidade.
- Organização e políticas: estabelecer fluxos logísticos que garantam transporte, hospedagem e acompanhamento por agentes indígenas de saúde; atuar em rede para reduzir rupturas de seguimento; implementar protocolos de encaminhamento adaptados às distâncias geográficas e às especificidades territoriais.

Respeitar a cultura indígena e integrar saberes não é apenas um gesto de acolhimento: é condição fundamental para a adesão terapêutica e para o fortalecimento do vínculo de confiança entre pacientes indígenas e os serviços de saúde. A articulação entre práticas biomédicas e saberes tradicionais, sustentada por políticas públicas efetivas, constitui o caminho para reduzir desigualdades e garantir que a oncologia seja, de fato, acessível a todos.

## 4.4 Pessoas com deficiência

Pacientes com deficiência enfrentam o duplo desafio de lidar com o câncer e com barreiras impostas pelo capacitismo e pela falta de acessibilidade nos serviços de saúde. Muitas vezes, consultórios e hospitais não estão preparados para recebê-los, resultando em atrasos diagnósticos, tratamentos incompletos e manejos insuficientes de efeitos adversos.

As barreiras se apresentam de diferentes formas:

- **Arquitetônicas:** ausência de rampas, mobiliário inadequado, falta de elevadores ou de mesas de exame adaptadas.
- **Comunicacionais:** formulários inacessíveis, materiais educativos sem recursos como legenda, braile, áudio, alto contraste ou leitura fácil.
- **Atitudinais:** profissionais que subestimam a autonomia e presumem incapacidade de decisão.
- **Administrativas:** critérios burocráticos que dificultam autorizações, transporte inadequado e tempo insuficiente nos agendamentos.

Esses obstáculos comprometem a integralidade do cuidado e reduzem a adesão terapêutica. A exclusão acontece tanto no espaço físico quanto na postura de profissionais que não reconhecem PcDs como sujeitos plenos de decisão.

### Recomendações práticas

- **Clínica e atendimento:** assegurar acessibilidade física (entrada, circulação, equipamentos adaptados); planejar tempo adequado para consultas; padronizar perguntas sobre necessidades de acessibilidade no atendimento inicial e em checklists pré-terapia.
- **Comunicação e suporte:** treinar equipes para interação adequada com pessoas com deficiências motoras, sensoriais e intelectuais; adotar consentimento informado em linguagem simplificada, com recursos visuais e tempo extra para garantir compreensão; nomear responsável por acessibilidade na unidade para coordenar adaptações.
- **Organização e políticas:** planejar transporte e apoio logístico para pacientes com mobilidade reduzida; garantir tempo extra nas agendas; incluir questões de acessibilidade nos protocolos institucionais e nos indicadores de qualidade.

A acessibilidade plena, associada ao respeito à autonomia, é componente essencial da equidade no cuidado oncológico. Reconhecer pacientes com deficiência como sujeitos de decisão e garantir sua participação efetiva em todas as etapas do tratamento não é apenas boa prática clínica, mas compromisso ético e institucional com a justiça terapêutica.



Em todos esses grupos, a inclusão não é apenas um ato de respeito: é uma estratégia clínica que salva vidas. A equidade no cuidado oncológico não se limita ao consultório. Ela se constrói em cada protocolo, cada dado coletado, cada gesto de acolhimento. E é preciso lembrar que as desigualdades raramente atuam isoladas: raça, território, classe, deficiência, identidade de gênero e orientação sexual se cruzam e produzem vulnerabilidades específicas. Reconhecer essas interseccionalidades ajuda a enxergar o paciente em sua complexidade e a oferecer respostas que realmente façam sentido para sua realidade. Integrar saberes, adaptar rotinas e considerar as múltiplas camadas de exclusão são passos fundamentais para uma oncologia verdadeiramente para todos.

## 5. Ferramentas e implementação prática

A transposição dos princípios da inclusão para a realidade clínica exige planejamento estruturado, instrumentos de monitoramento e estratégias de sensibilização contínua.

O cuidado inclusivo não pode restringir-se ao discurso institucional: precisa se materializar em protocolos, rotinas, indicadores e capacitação, respeitando as especificidades regionais e estruturais.

Esta seção apresenta ferramentas para orientar clínicas, hospitais e equipes multiprofissionais na implementação de práticas inclusivas, equilibrando rigor técnico e viabilidade prática.

- Registro sistemático de nome social e pronomes de gênero;
- Identificação de barreiras de acessibilidade;
- Avaliação de suporte familiar e rede de apoio;
- Mapeamento de obstáculos socioeconômicos para adesão terapêutica.

Protocolos inclusivos asseguram clareza às equipes multiprofissionais, orientando condutas diante de situações de vulnerabilidade social e prevenindo práticas excludentes.

### 5.1 Checklists e protocolos

Os checklists clínicos e administrativos são instrumentos de padronização que reduzem a variabilidade assistencial e garantem consistência em processos críticos. Sua utilização, sob a perspectiva inclusiva, transforma intenções em condutas reprodutíveis. Um simples lembrete para confirmar o uso do nome social, registrar pronomes de gênero, identificar barreiras de acessibilidade ou perguntar sobre rede de apoio já gera impacto significativo.

Exemplos de itens essenciais incluem:

### 5.2 Exemplos de boas práticas

Experiências nacionais e internacionais demonstram que iniciativas institucionais estruturadas promovem equidade. Entre elas:

- Comitês de diversidade responsáveis por revisar fluxos assistenciais;
- Capacitação de intérpretes comunitários ou culturais para mitigar barreiras linguísticas;
- Atualização de materiais educativos contemplando a diversidade da população brasileira;

- Programas de navegação de pacientes, nos quais profissionais especializados acompanham cada etapa da jornada oncológica, reduzindo evasões e fortalecendo adesão;

- Políticas de contratação e desenvolvimento profissional que ampliem a representatividade de populações historicamente subrepresentadas nas equipes de cuidado.

Essas práticas podem ser adaptadas ao contexto local, respeitando particularidades socioculturais e estruturais.

### 5.3 Indicadores no atendimento

O monitoramento sistemático de indicadores é indispensável para avaliar a efetividade das ações inclusivas. Sem medir, não há como melhorar. Instituições devem:

- Coletar variáveis sociodemográficas;
- Estratificar indicadores de acesso, tempo de espera, abandono terapêutico e acesso a terapias de alta complexidade;
- Correlacionar esses dados com desfechos clínicos.

A análise contínua deve ser entendida não como burocracia, mas como termômetro da justiça no cuidado. O que não aparece nos números dificilmente se tornará prioridade institucional.

### 5.4 Treinamento e sensibilização de equipes

A implementação da inclusão requer capacitação contínua, unindo preparo técnico a mudanças culturais. Os treinamentos devem abranger desde reflexões críticas sobre vieses implícitos até práticas clínicas concretas.

Exemplos de estratégias:

- Oficinas sobre preconceitos e microagressões;
- Simulações de situações reais de atendimento em contextos de vulnerabilidade;
- Atualização sobre legislações e direitos dos pacientes;

- Capacitação em comunicação inclusiva e linguagem acessível.

Mais do que ações pontuais, trata-se de um processo permanente de aprendizado organizacional, em que cada profissional se reconheça como corresponsável pela transformação cultural.

### 5.5 Plano de implementação

A operacionalização da inclusão requer um plano estruturado, mas flexível. Recomenda-se a adoção de ciclos contínuos de melhoria, compostos por:

1. Diagnóstico institucional: mapear barreiras, fluxos e indicadores de desigualdade.
2. Definição de prioridades: iniciar com medidas viáveis, como implantação de checklists ou criação de comitês locais.
3. Implementação piloto: testar práticas em pequena escala antes da expansão.
4. Monitoramento de resultados: utilizar indicadores objetivos e feedback dos pacientes.
5. Ajustes e expansão: adaptar estratégias à realidade regional e ampliar progressivamente o alcance das práticas.

A inclusão não se constrói por modelos únicos, mas pela combinação de escuta, ajustes contínuos e compromisso institucional.

O objetivo desta seção não é oferecer fórmulas prontas, mas inspirar ação. Cada serviço pode, e deve, escolher por onde começar. O mais importante é não esperar por condições ideais: a **equidade** se constrói no caminho, a partir de passos concretos que, somados, transformam o sistema em direção a uma oncologia verdadeiramente inclusiva.

## 6. Conclusão

A oncologia clínica é, por essência, o cuidado centrado em pessoas. E pessoas são diversas em suas identidades, histórias e formas de enfrentar a doença. Reconhecer essa diversidade não fragiliza a prática médica; ao contrário, fortalece-a, pois quanto mais inclusivo for o cuidado, mais cedo os diagnósticos ocorrem, maior é a adesão aos tratamentos e melhores são os indicadores de sobrevida e qualidade de vida.

Este guia nasce do compromisso da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica em incorporar a diversidade e a inclusão como dimensões estruturantes da boa prática médica. Não se trata de pauta acessória ou periférica, mas de um eixo central para a construção de uma oncologia ética, equitativa e eficaz.

Ao longo dos capítulos, evidenciou-se que barreiras estão presentes em todas as fases da jornada do paciente, mas também que existem soluções viáveis e comprovadas para enfrentá-las. E a responsabilidade é compartilhada: do médico que respeita o nome social

do paciente, da equipe que revisa fluxos institucionais e da instituição que monitora seus indicadores de equidade.

A inclusão não se consolida por imposição hierárquica, mas por construção cotidiana. Pequenos gestos, reiterados de forma consistente, acumulam impacto e transformam sistemas inteiros. Uma oncologia verdadeiramente inclusiva é, simultaneamente, mais justa, mais eficaz e mais humana.

Este guia não é um fim em si mesmo. O chamado final é objetivo e profundo: que cada profissional e cada instituição assumam a responsabilidade de iniciar a transformação a partir da sua realidade. Ao fazer isso, a oncologia brasileira não apenas amplia sua capacidade de salvar vidas, mas garante que essas vidas sejam vividas com dignidade, respeito e pertencimento. É nesse ponto que a ciência do câncer se revela, em sua essência, também ciência da vida.

## 7. Glossário

**Acessibilidade:** Conjunto de adaptações físicas, comunicacionais e organizacionais que permitem a participação plena de pessoas com diferentes necessidades.

**Autodeclaração:** Ato pelo qual a própria pessoa identifica sua raça, etnia ou pertencimento, sem inferências por terceiros.

**Barreira atitudinal:** Obstáculos originados em crenças, preconceitos e atitudes de profissionais ou equipes que impedem o acesso ou a qualidade do atendimento.

**Barreira física:** Limitações do espaço ou equipamentos que impedem ou dificultam o acesso de pessoas com mobilidade reduzida ou outras necessidades.

**Capacitismo:** Conjunto de práticas e crenças que desvalorizam pessoas com deficiência, resultando em exclusão e tratamento inadequado.

**Cisgênero (cis):** Pessoa cuja identidade de gênero corresponde ao sexo atribuído no nascimento.

**Determinante social:** Condição social, econômica, cultural ou ambiental que influencia risco de adoecimento, acesso a serviços e desfechos de saúde.

**Discriminação:** Tratamento desigual ou hostil direcionado a uma pessoa por motivos como raça, gênero, orientação sexual ou deficiência.

**Diversidade:** Variedade de características humanas (raça, gênero, orientação, capacidades, culturas) que enriquecem contextos sociais e exigem respostas de cuidado diferenciadas.

**Etnia:** Grupo de indivíduos que compartilham do mesmo sistema sociocultural, a mesma língua e/ou região geográfica

**Equidade:** Promoção de justiça por meio de alocação de recursos e cuidados conforme as necessidades para alcançar resultados semelhantes.

**Grupos subrepresentados:** Populações com presença insuficiente em pesquisas, políticas ou serviços de saúde, comprometedores de validade e equidade.

**Identidade de gênero:** Experiência interna e pessoal

de pertencer a um gênero, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento.

**Igualdade:** Tratamento idêntico para todas as pessoas, independentemente das necessidades específicas; diferente de equidade, que busca justiça através de ajustes.

**LGBTfobia:** Conjunto de atitudes, comportamentos e práticas de hostilidade ou exclusão direcionadas a pessoas LGBT+.

**LGBTQIAPN+:** Sigla coletiva que reúne diferentes identidades de orientação sexual, identidade e expressão de gênero (respectivamente: Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero/Travesti, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual, Não-binário), além do "+" para incluir outras identidades.

**Microagressão:** Ato ou comentário sutil que transmite desrespeito ou estereótipo a um grupo marginalizado, causando dano repetido ao longo do tempo.

**Nome social:** Nome pelo qual a pessoa se identifica e deseja ser tratada, distinto do nome civil quando houver desconexão com a identidade de gênero.

**Orientação sexual:** Atração emocional, afetiva ou sexual por outras pessoas (por exemplo, heterossexual, bissexual, homosexual).

**PcD (Pessoa com Deficiência):** Pessoa que tem impedimentos de natureza física, sensorial, intelectual ou mental que, em interação com barreiras, podem limitar participação plena.

**Pessoa não-binária:** Indivíduo cuja identidade de gênero não se limita à categoria exclusiva de homem ou mulher.

**Pessoa negra:** Pessoa que se identifica como negra (pretas e pardas), incluindo experiências históricas e sociais específicas de racialização no Brasil.

**Preconceito:** Julgamento ou opinião negativa prévia sobre uma pessoa ou grupo, baseado em estereótipos e não em evidências individuais.

**Pronomes de gênero:** Termos usados para referir-se a uma pessoa (ele/dele, ela/dela, elu/delu etc.); seu uso correto respeita a identidade.

**Racismo:** Conjunto de crenças, práticas e estruturas que produzem hierarquias raciais e desigualdades sistêmicas entre grupos.

**Racismo estrutural:** Forma de racismo embutida em normas, políticas e práticas sociais que geram desigualdades persistentes, independentemente da intenção individual.

**Racismo institucional:** Manifestações do racismo dentro de organizações e serviços que produzem discriminação sistemática.

**Racismo interpessoal:** Atitudes e comportamentos discriminatórios entre pessoas, incluindo microagressões e violência verbal.

**Transgênero (trans):** Pessoa cuja identidade de gênero difere do sexo atribuído ao nascimento.

**Viés institucional:** Tendência sistemática em políticas, procedimentos ou práticas organizacionais que favorece ou desfavorece determinados grupos.

## 8. Referências Bibliográficas

ABDULLAH, A.; LIU, Z.; MOLINARI, M. From Diagnosis to Survivorship: The Role of Social Determinants in Cancer Care. *Cancers (Basel)*, v. 17, n. 7, p. 1067, 22 mar. 2025. DOI: 10.3390/cancers17071067. PMID: 40227566; PMCID: PMC11987860.

ALPERT, A. B. et al. Gender- and Sexual Orientation- Based Inequities: Promoting Inclusion, Visibility, and Data Accuracy in Oncology. *American Society of Clinical Oncology – Education Book*, v. 42, p. 1-17, abr. 2022.

AMERICAN CANCER SOCIETY. American Cancer Society's report on the status of cancer disparities in the United States, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, v. 72, p. 112–143, 2022.

ASSESSING Ethnic Inequalities in Diagnostic Interval of Common Cancers: A Population-Based UK Cohort Study. *Cancers (Basel)*, v. 14, n. 13, p. 3085, 23 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes/politica-nacional-de-saude-integral-da-populacao-negra-1-edicao-2010>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência: Consulta pública* [documento em PDF]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2023/consulta-publica-politica-nacional-de-saude-da-pessoa-com-deficiencia/politica-nacional-de-saude-da-pessoa-com-deficiencia-consulta-publica.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* [documento

em PDF]. Brasília: Ministério da Saúde, (s.d.). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf).

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; GARNELO, L. Saúde indígena: uma introdução ao tema. In: PONTES, A. L. M.; FOLLÉR, M. L. (orgs.). *Saúde, interculturalidade e povos indígenas*. São Paulo: Hucitec, 2020. p. 17–36.

COIMBRA, C. E. Jr.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L.; et al. Saúde dos Povos Indígenas e Política Indigenista no Brasil: História e Perspectivas. In: SANTOS, R. V.; TRAD, L. A. B. (orgs.). *A saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. p. 21–42.

COSTA, A. C. de O.; FARIA JÚNIOR, J. G. de; OLIVEIRA, G. L. de; RAMOS, D. de O.; PAES-SOUSA, R. Material deprivation, racial inequalities and mortality from female breast, prostate, and cervical neoplasm in the Brazilian adult population: an ecological study. *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasília, v. 30, n. 1, p. e02212024, jan. 2025. DOI: 10.1590/1413-81232025301.02212024.

DIEHL, E. E.; PELLEGRINI, M. A.; LANGDON, E. J. A pluralidade de sentidos do adoecer e do curar entre indígenas e não indígenas. *Interface (Botucatu)*, v. 25, p. e200812, 2021.

FERREIRA, M. C.; ARROYAVE, I.; BARROS, M. B. A. Desigualdades sociais em câncer no sexo masculino em uma metrópole da região Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 57, p. 38, 2023. DOI: 10.11606/s1518-8787.2023057004712.

GARNELO, L. Interculturalidade e atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 6, p. 1459–68, 2003.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. Acesso e efetividade da atenção básica para populações indígenas no Brasil:

reflexões sobre modelos de atenção e formas de organização dos serviços. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe 1, p. 111–24, 2019.

GLOBAL CANCER OBSERVATORY (GCO). *Global Cancer Observatory*. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), (s.d.). Disponível em: <https://gco.iarc.fr/>.

GRANT, S. J.; YANGUELA, J.; ODEBUNMI, O.; GRIMSHAW, A. A.; GIRI, S.; WHEELER, S. B. Systematic review of interventions addressing racial and ethnic disparities in cancer care and health outcomes. *Journal of Clinical Oncology*, v. 42, n. 13, p. 1563–1574, 1 maio 2024. DOI: 10.1200/JCO.23.01290.

INSTITUTO IDOMED. *Nigrum Corpus – Corpo Preto: Diversidade e Saúde*. Rio de Janeiro: IDOMED, 2025.

IYER, H. S.; CHENG, I.; OPARA, C.; et al. African Genetic Ancestry, Structural and Social Determinants of Health, and Mortality in Black Adults. *JAMA Network Open*, v. 8, n. 5, e2510016, 2025.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais: desafios para a atenção à saúde indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 169–78, 2007.

LUIZ, O. C.; NISIDA, V.; SILVA FILHO, A. M.; SOUZA, A. S. P.; NUNES, A. P. N.; NERY, F. S. D. Iniquidade racial na mortalidade por câncer de colo no Brasil: estudo de série temporal 2002–2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 29, n. 3, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024293.05202023EN.

MARCELINO, A. C.; et al. Race disparities in mortality by breast cancer from 2000 to 2017 in São Paulo, Brazil: a population-based retrospective study. *BMC Cancer*, v. 21, n. 1, p. 998, 7 set. 2021. DOI: 10.1186/s12885-021-08735-2.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: MS, 2002.

NIEVA, J. J. Editorial: Equity in cancer care. *Frontiers in Oncology*, 2024.

OLIVEIRA, M. A.; NASCIMENTO, E. C.; ROCHA, R. M.; et al. Vivências de mulheres indígenas com câncer: a dor do desenraizamento. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 29, p. e20180444, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; WORLD BANK. *World report on disability*. Geneva: WHO; Washington, D.C.: World Bank, 2011.

RIBEIRO, R. M. C.; ROSA, W. M.; BACKES, D. S.; et al. Acesso e barreiras à assistência à saúde indígena hospitalar. *Escola Anna Nery*, v. 25, p. e20200152, 2021.

RODRIGUES, D.; SOARES, L. R.; SANTOS, R. V. Percepções de profissionais de saúde sobre câncer entre indígenas em Mato Grosso do Sul. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 67, n. 2, p. e-082480, 2021.

RODRIGUES, G. M.; CARMO, C. N.; BERGMANN, A.; MATTOS, I. E. Racial inequalities in advanced clinical staging in women with breast cancer treated at a referral hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, n. 3, 2021. DOI: 10.1590/S0104-12902021200813.

RODRIGUES, T. S.; SANTANA, R. S. E.; et al. Approaching sexuality in LGBTQIAP+ patients with cancer: scoping review. *BMC Public Health*, v. 23, n. 1, p. 1269, 30 jun. 2023.

SANTOS-SILVA, et al. Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001–14: a case only analysis. *The Lancet Global Health*, v. 7, p. e784–97, 2019.

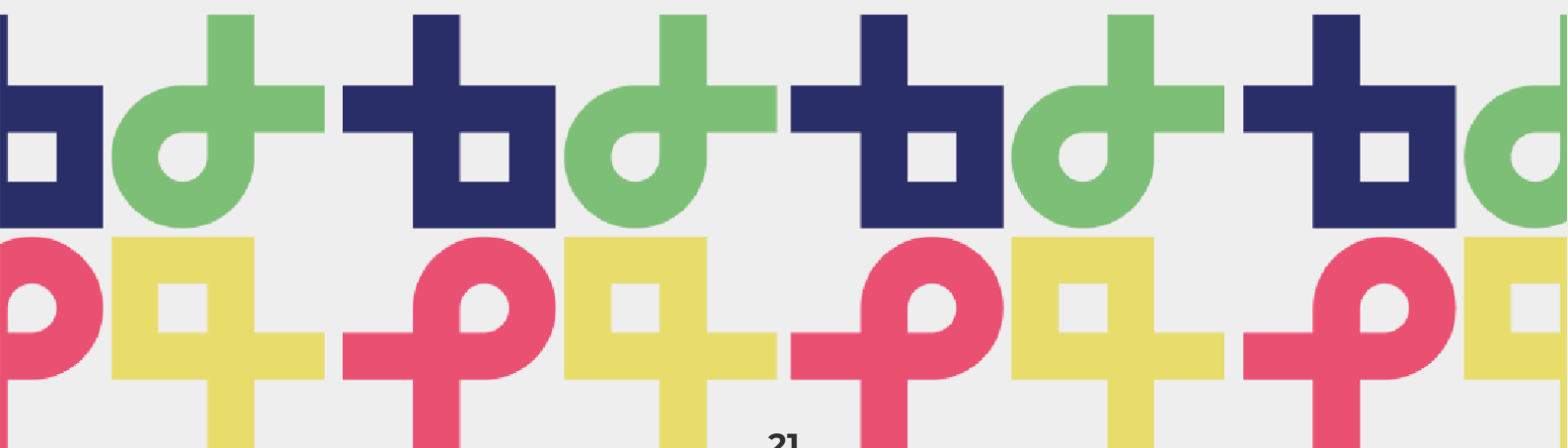
SURVIVAL of African American and non-Hispanic white men with prostate cancer in an equal-access health care system. *Cancer*, v. 126, n. 8, p. 1683–1690, 15 abr. 2020.

THE EFFECTS of Oncologist Implicit Racial Bias in Racially Discordant Oncology Interactions. *Journal of Clinical Oncology*, v. 34, n. 24, p. 2874–80, 20 ago. 2016.

USSHER, J. M.; PERZ, J.; WONG, W. K.; et al. LGBTQI Inclusive Cancer Care: A Discourse Analytic Study. *Frontiers in Oncology*, v. 12, 2022.

WORLD BANK. *World report on disability*. Washington, D.C.: World Bank, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Social determinants of health [site]. Geneva: WHO, (s.d.). Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).





# FICHA TÉCNICA

## **Presidente**

Dra Angélica Nogueira

## **Presidente de Honra**

Dra. Anelisa Coutinho

## **Presidente Eleita**

Dra. Clarissa Baldotto

## **Diretoria**

Dr. André Sasse

Dra. Aline Lauda

Dr. Cristiano Resende

Dra. Daniele Assad

Dra. Danielle Laperche

Dr. Duílio Rocha Filho

Dr. Rodrigo Guedes

Dr. Romualdo Barroso

Dr. William William

## **Conselho Fiscal**

Dra. Aknar Calabrich

Dr. Fábio Franke

Dr. Fernando Meton

## **Diretora Executiva**

Dra. Marisa Madi

Coordenação do Projeto

Gabriella Belém Vasconcelos

## **Comitê de Diversidade**

Dr. Jessé Lopes da Silva

Dra. Ana Amélia Almeida

Dra. Abna Faustina Sousa Vieira

Dra. Karla Fabiane Siebra de Oliveira Maia

Dr. Gilberto de Castro Junior

Dra. Giullia Bortolini de Lucena

## **Workshop coordenado pelo Comitê de Diversidade com a participação de**

Dra. Fernanda Cano Casarotto

João Saci

Dr. Júlio Cesar de Oliveira

Dra. Natália Cristina Cardoso Nunes

Dr. Ricardo Souza Evangelista Sant'Ana

Dra. Thaiana Aragão Santana

Enf. Valterney de Oliveira Morais

## **Facilitação do Workshop e construção do Guia de Diversidade**

Maria Luísa Lange

Michele Pinheiros Menezes

Gabriel Romão

## **Projeto gráfico/Diagramação e arte**

Grano Studio



Este documento foi elaborado de acordo com os princípios exigidos pelo Código de Ética e Conduta SBOC. Todos os autores participaram de forma voluntária, sem receber qualquer tipo de remuneração. Contudo, para custear os processos de editoração, produção gráfica e revisões técnica e ortográfica, a SBOC solicitou apoio financeiro provenientes de verbas educacionais à iniciativa privada, conforme previsto no book comercial de 2025 da entidade, tendo sido apoiada pelas seguintes empresas:



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.