

Boletim Epidemiológico

15

Volume 56 | 3 out. 2025

Mortalidade por câncer de mama e colo do útero na população feminina segundo raça/cor da pele

SUMÁRIO

- [1 Introdução](#)
- [2 Métodos](#)
- [3 Resultados](#)
- [10 Discussão](#)
- [12 Considerações finais](#)
- [12 Referências](#)

■ INTRODUÇÃO

O câncer de mama e o câncer de colo do útero são duas das principais causas de morbimortalidade entre mulheres no Brasil e no mundo. O câncer de mama está associado a fatores hormonais, genéticos, comportamentais e ambientais, como sedentarismo, obesidade e consumo de álcool. Enquanto o câncer do colo do útero está relacionado à infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) de alto risco oncogênico, sendo eles os tipos 16 e 18, que estão presentes em 70% dos casos de neoplasias do colo do útero. Fatores ligados à imunidade e à genética parecem influenciar mecanismos que podem determinar a regressão ou a persistência da infecção. Além disso, outras condições, como estilo de vida e baixa adesão ao rastreamento preventivo, também estão relacionadas. Ambos os tipos de cânceres têm altas taxas de cura quando detectados precocemente, o que torna as mortes resultantes dessas doenças, em grande parte, decorrentes de múltiplos fatores, inclusive sociais, culturais e econômicos que limitam o acesso à prevenção e ao cuidado oportuno, especialmente no que diz respeito ao acesso ao rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento oportuno^{1,2,3}.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o câncer de mama é o mais diagnosticado no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos anuais e 685 mil mortes em 2020, enquanto o câncer de colo do útero é o quarto mais comum entre as mulheres, com 604 mil novos casos e 342 mil óbitos no mesmo ano. Países como Canadá e Austrália, que investem em programas robustos de rastreamento e prevenção, apresentam taxas de mortalidade significativamente menores, evidenciando a importância de políticas públicas eficazes³. No Brasil, em 2010, foram registrados 12.852 óbitos por câncer de mama e 5.160 por câncer de colo do útero, com taxas de mortalidade de 12,1 e 4,8 por 100 mil mulheres, respectivamente. Em 2022, esses números aumentaram para 18.295 óbitos por câncer de

mama e 6.604 por câncer de colo do útero, com taxas de 14,2 e 5,3 por 100 mil mulheres, respectivamente⁴. O aumento das taxas de mortalidade no Brasil reflete não apenas a crescente incidência desses cânceres, mas também as persistentes barreiras ao acesso à saúde, especialmente para populações vulneráveis, além dos impactos decorrentes da pandemia de covid-19⁵.

Diante desse cenário, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Dant) no Brasil estabeleceu metas para 2030, incluindo a redução em 10% da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama e em 20% por câncer de colo do útero. Essas metas estão alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU), especificamente o ODS 3, que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas as idades, com foco na redução de mortes prematuras por doenças crônicas^{6,7}. Apesar dos esforços nacionais, como a ampliação do acesso à mamografia e à vacinação contra o HPV, as taxas de mortalidade continuam a aumentar, indicando a necessidade de estratégias mais efetivas e equitativas.

Nesse contexto, este boletim tem como objetivo analisar a mortalidade por câncer de mama e colo do útero entre as mulheres no Brasil, no período de 2010 a 2024, com foco nas disparidades segundo o recorte raça/cor da pele. Devido ao acesso desigual ao sistema de saúde, é fundamental investigar em que medida o aumento da mortalidade não apenas reflete, mas também acentua as iniquidades em saúde.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo sobre mortalidade feminina por câncer de mama e câncer de colo do útero, segundo raça/cor da pele, no Brasil, no período de 2010 a 2024. Os dados referentes ao ano de 2024 são preliminares.

População de estudo

Foram incluídos todos os óbitos femininos registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, com causa de morte por câncer de mama (CID-10: C50) ou câncer de colo do útero (CID-10: C53), ocorridos no período de análise. A população-alvo foi estratificada segundo raça/cor da pele e macrorregião, permitindo avaliação das disparidades raciais e regionais.

Fonte de dados

Os dados de óbitos foram obtidos do SIM, enquanto as estimativas populacionais por raça/cor da pele derivaram dos Censos Demográficos de 2010 e 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE). Para os anos intercensitários (2011 a 2021), aplicou-se interpolação linear, e para 2023 e 2024, extrapolação linear⁸. Ressalta-se que esse procedimento assume crescimento populacional linear por raça/cor da pele, o que pode não refletir integralmente a dinâmica demográfica real, especialmente considerando migrações, diferenças regionais de fecundidade e mortalidade. Essa simplificação pode introduzir viés nas estimativas, devendo os resultados ser interpretados com cautela.

Variáveis

- **Raça/cor da pele:** branca, preta, parda, indígena e população negra (pretas + pardas), de acordo com o Estatuto da Igualdade Racial (Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010)^{10,11}.
- **Exclusões:** os dados da população amarela não foram incluídos devido à significativa redução populacional observada entre os Censos de 2010 e 2022, o que comprometeu a interpolação populacional e poderia resultar em instabilidade estatística nas taxas⁹.
- **Idade:** faixas quinquenais de 0 a ≥80 anos; a mortalidade prematura foi definida como os óbitos ocorridos entre 30 e 69 anos.
- **Macrorregião:** Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, permitindo análise espacial das desigualdades regionais em mortalidade por câncer.
- **Óbito prematuro:** todos os óbitos de mulheres entre 30 e 69 anos.

Indicadores e cálculo das taxas

- **Taxas brutas:** calculadas para cada grupo etário e raça/cor da pele como o número de óbitos dividido pela população estimada, multiplicado por 100 mil mulheres.
- **Taxas padronizadas por idade (método direto):**
 1. multiplicação da taxa bruta específica de cada grupo etário pela população padrão do Censo Demográfico de 2022, obtendo-se o número esperado de óbitos por faixa etária;
 2. soma dos óbitos esperados para todos os grupos etários, resultando no total de óbitos ajustado pela estrutura etária padrão;
 3. divisão do total de óbitos ajustado pela população padrão e multiplicação por 100 mil, gerando a taxa padronizada por 100 mil mulheres.
- **Taxas de mortalidade prematura:** calculadas de forma análoga, considerando apenas mulheres entre 30 e 69 anos.

- **Denominadores:** população feminina estratificada por raça/cor da pele e macrorregião, interpolada/extrapolada conforme descrito.

Análise de dados

- Tabulação dos óbitos por raça/cor da pele, faixa etária e macrorregião.
- Cálculo das taxas de mortalidade brutas e padronizadas, bem como das taxas de mortalidade prematura, para todas as categorias raciais e regiões.
- Avaliação da evolução temporal entre 2010 e 2024, por meio de séries históricas e variação percentual entre os anos iniciais e finais.
- Estratificação detalhada por raça/cor da pele e macrorregião, evidenciando disparidades raciais e regionais em mortalidade por câncer de mama e colo do útero.
- Representação gráfica das taxas ao longo do tempo para facilitar a visualização das tendências, incluindo picos e oscilações observadas.
- Considerações de equidade: embora os dados analisados se refiram à população feminina, reconhece-se que homens trans também podem desenvolver câncer de mama e colo do útero, enfrentando barreiras ao acesso aos serviços de saúde; contudo, as bases de dados não permitem identificação dessa população.

Software utilizado

As análises foram realizadas utilizando o TabWin (desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS – DataSUS) para tabulação e cálculo das taxas de mortalidade e mortalidade prematura, e o Microsoft Excel para organização dos dados, cálculo de variações percentuais e elaboração de gráficos. Esses softwares garantem consistência, reproduzibilidade e clareza na apresentação dos resultados.

■ RESULTADOS

Mortalidade por câncer de mama

No Brasil, entre 2010 e 2024, ocorreram 248.033 óbitos por câncer de mama entre as mulheres. Nos anos de 2010 e 2024, foram observados 12.705 e 20.616 óbitos, respectivamente. Do total geral de óbitos de mulheres por câncer de mama, 167.039 foram óbitos prematuros (67,4% total geral de óbitos de mulheres por câncer de mama), ou seja, óbitos ocorridos com mulheres com idade entre 30 a 69 anos.

Entre 2010 e 2024, observa-se aumento da taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres no Brasil em todas as categorias de raça/cor da pele analisadas.

As mulheres brancas apresentaram taxas consistentemente mais altas ao longo do período, iniciando com 18,2 óbitos por 100 mil mulheres em 2010 e atingindo 19,8 em 2024 (aumento de 8,8%), com um pico de 20,1 em 2023. Já entre as mulheres pretas, a mortalidade partiu de 14,9 em 2010 e subiu para 15,6 em 2024 (aumento de 4,7%), apresentando pequenas oscilações ao longo dos anos, mas mantendo um crescimento mais moderado, conforme apresentado na Figura 1. Para as mulheres pardas, a taxa de mortalidade também cresceu de 11,0 em 2010 para 15,8 em 2024 (aumento de 43,7%), demonstrando aumento mais expressivo a partir de 2015. As mulheres indígenas, apesar de apresentarem as menores taxas entre todos os grupos, passaram de 2,1 para 5,6 óbitos por 100 mil no período analisado (aumento de 166,7%), com flutuações marcadas e um salto mais acentuado em 2023. Considerando a população negra (preta e parda), a taxa de mortalidade passou de 11,7 em 2010 para 15,7 em 2024 (aumento de 34%), refletindo o incremento observado separadamente nesses dois grupos (Figura 1).

Entre 2010 e 2024, as taxas de mortalidade por câncer de mama aumentaram entre mulheres da Região Norte, com variações por raça/cor da pele. As maiores taxas foram observadas entre mulheres brancas, de 9,8 para 17,6. Entre pardas, a taxa subiu de 8,3 para 14,8, enquanto entre pretas variou de 6,1 para 7,5. Entre indígenas, os valores oscilaram, encerrando em 4,7. A taxa da população negra (preta e parda) passou de 8,1 para 13,8 (Figura 1).

Na Região Nordeste, as mulheres brancas apresentaram crescimento de 13,5 para 17,3 no período analisado. Entre mulheres pardas, a taxa subiu de 11,7 para 16,4. As mulheres pretas apresentaram variação de 10,3 em 2010 para 12,0 em 2024. A população indígena, apesar das oscilações, partiu de 0,0 e chegou a 5,6. A taxa da população negra (preta e parda) aumentou de 11,5 para 15,5 (Figura 1).

No Sudeste, observou-se aumento nas taxas de mortalidade por câncer de mama entre 2010 e 2024 em todas as categorias raciais. Entre mulheres brancas, a taxa subiu de 19,3 para 20,5. Entre pretas, de 18,5 para 19,3. Entre pardas, o aumento foi de 11,6 para 14,6. Já entre indígenas, de 3,8 para 8,4. A população negra (preta e parda) apresentou crescimento de 13,1 para 15,7 (Figura 1).

No Sul, entre 2010 e 2024, a população branca feminina apresentou taxas que passaram de 20,2 para 21,5. Entre pretas, o crescimento foi de 19,1 para 18,3, com oscilações, mas mantendo-se em patamar elevado. Entre pardas, o aumento foi expressivo, de 5,5 para 10,6. Na população indígena, a variação foi de 0,0 para 3,5. A população negra (preta e parda) teve elevação de 8,6 para 12,2 (Figura 1).

No Centro-Oeste, entre 2010 e 2024, as mulheres brancas apresentaram uma taxa que passou de 17,6 para 18,6. Entre pretas, a taxa partiu de 13,8 e chegou a 14,6, com oscilações intermediárias. A taxa entre pardas subiu de 11,9 para 15,4, com aumento consistente ao longo do tempo. Entre indígenas, a variação foi de 0,0 para 3,9, sinalizando possível crescimento. Já na população negra (pretas e pardas), observou-se aumento de 12,1 para 15,2 no período (Figura 1).

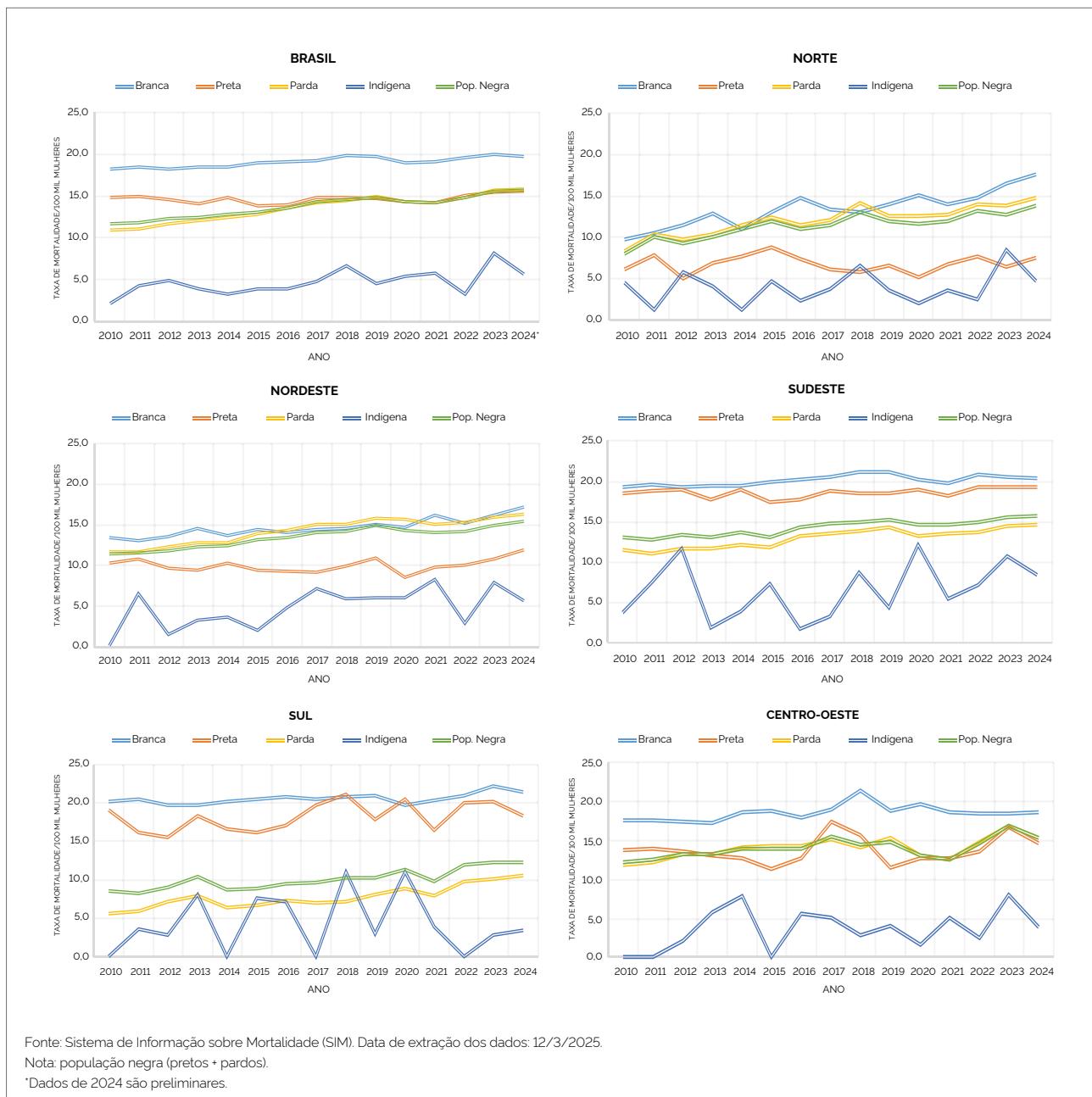


FIGURA 1 Taxa de mortalidade por câncer de mama padronizada por idade entre mulheres segundo raça/cor da pele e região do Brasil, 2010 a 2024

Entre 2010 e 2024, observa-se aumento da taxa de mortalidade prematura por câncer de mama entre todas as categorias, exceto entre mulheres pretas, conforme demonstrado na Figura 2.

Entre as mulheres brancas, a taxa era 24,5 em 2010 e passou para 25,5 em 2024 (aumento de 4,2%). Entre mulheres pretas, a taxa era de 21,3 em 2010, chegando a 21,0 em 2024 (redução de 1,2%). Entre mulheres pardas, a taxa evoluiu de 15,5 óbitos por 100 mil em 2010 para 22,4 em 2024 (aumento de 44,7%). Para mulheres indígenas, a taxa saiu de 4,1 em 2010 para 7,9 em 2024 (aumento de 95,4%). Na população negra, a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama aumentou de 16,5 em 2010 para 22,0 em 2024 (aumento de 33,5%) (Figura 2).

Na Região Norte, a taxa de mortalidade prematura entre mulheres brancas passou de 13,3 em 2010 para 22,7 em 2024. Entre pretas, variou de 10,2 para 11,1, com oscilações. O grupo pardo apresentou crescimento acentuado, indo de 12,1 para 20,6 no período. Entre indígenas, houve aumento de 8,9 para 9,2, com variações nos anos intermediários. A população negra, composta por pretas e pardas, teve crescimento de 11,9 para 19,4 (Figura 2).

Na Região Nordeste, a taxa de mortalidade prematura entre mulheres brancas passou de 19,0 em 2010 para 22,7 em 2024. Entre pretas, variou de 14,6 para 16,8, com oscilações ao longo dos anos. O grupo pardo apresentou crescimento expressivo, indo de 16,8 para 23,1 no período. Entre indígenas, houve aumento de 0,0 para 6,6, com variações nos anos intermediários. A população negra, composta por pretas e pardas, teve crescimento de 16,5 para 21,8 (Figura 2).

Na Região Sudeste, a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama entre mulheres brancas passou de 25,8 em 2010 para 26,5 em 2024, mantendo-se relativamente estável ao longo dos anos. Entre as pretas, a taxa variou de 25,8 para 25,6, com pequenas oscilações. O grupo pardo apresentou crescimento mais evidente, indo de 16,2 para 20,2 no período. Entre as indígenas, a taxa aumentou de 7,4 para 11,1, com variações acentuadas, incluindo picos como 23,6 em anos intermediários. A população negra, composta por pretas e pardas, teve crescimento de 18,2 para 21,5 (Figura 2).

Na Região Sul, a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama entre mulheres brancas variou de 27,0 em 2010 para 26,9 em 2024, mantendo-se estável. Entre as mulheres pretas, a taxa partiu de 28,8 para 22,6, apresentando redução ao longo do período, embora com oscilações. O grupo pardo teve aumento mais expressivo, indo de 6,6 para 14,3. Entre indígenas, houve crescimento de 0,0 para 6,7, com alguns anos de valores muito elevados como 21,5. A população negra, composta por pretas e pardas, teve crescimento de 11,5 para 16,0 (Figura 2).

Na Região Centro-Oeste, a taxa de mortalidade prematura por câncer de mama entre mulheres brancas variou de 22,7 em 2010 para 24,4 em 2024, com oscilações ao longo do período. Entre pretas, a taxa foi de 21,3 para 20,4, com flutuações, incluindo um pico de 24,4. O grupo pardo apresentou crescimento, indo de 16,8 para 20,2. Entre indígenas, a taxa partiu de 0,0 e chegou a 4,6 em 2024, com anos de ausência de dados e outros de valores mais altos, como 15,4. A população negra, composta por pretas e pardas, teve crescimento de 17,3 para 20,2 (Figura 2).

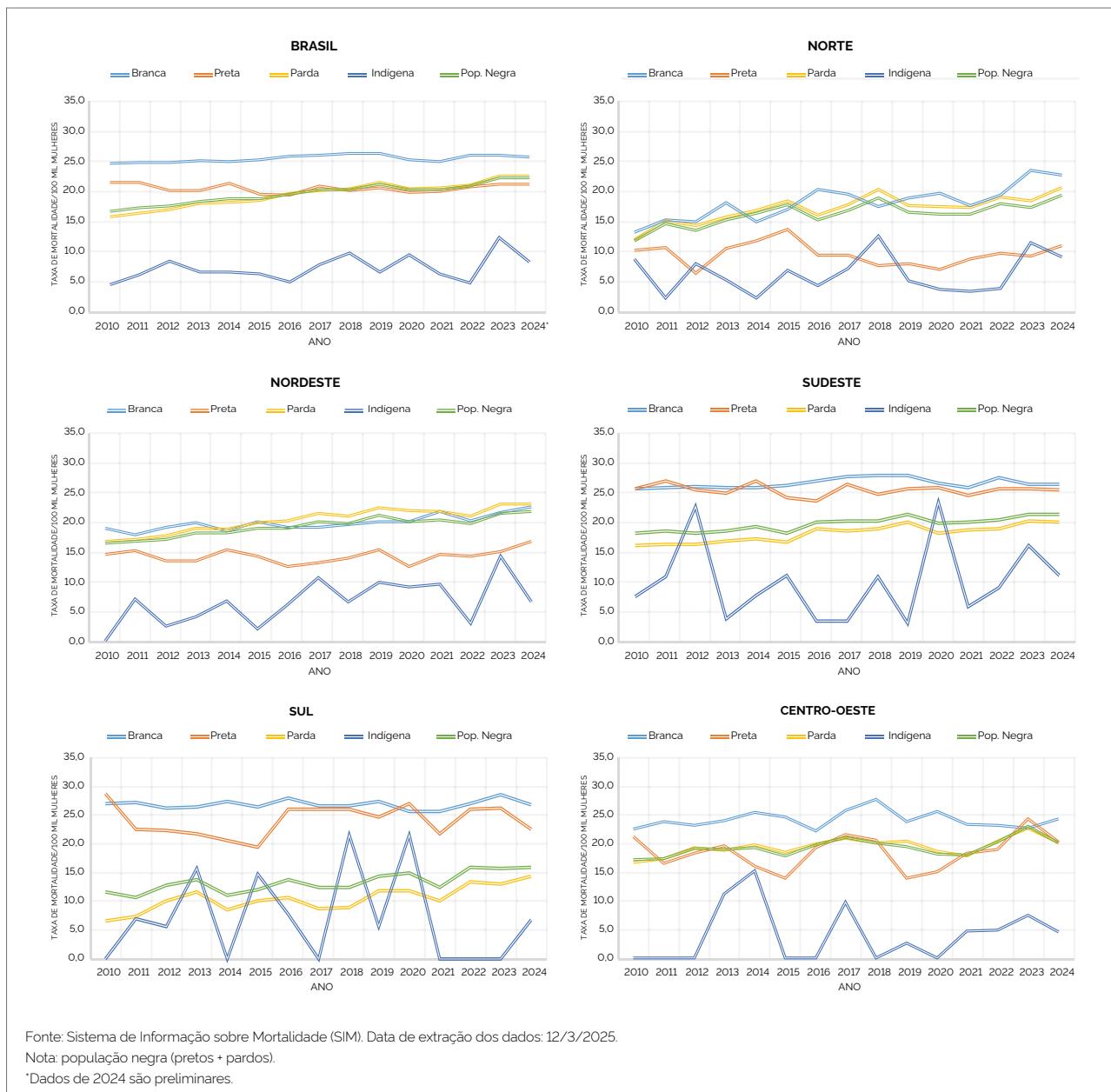


FIGURA 2 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama padronizada por idade entre mulheres segundo raça/cor da pele e região do Brasil, 2010 a 2024

Mortalidade por câncer de colo do útero

No Brasil, entre 2010 e 2024, ocorreram 92.182 óbitos por câncer de colo de útero entre as mulheres. Nos anos de 2010 e 2024 foram observados 4.986 e 7.388 óbitos, respectivamente. Do total geral de óbitos de mulheres por câncer de colo de útero, 68.065 foram óbitos prematuros (73,9% do total geral de óbitos de mulheres por câncer de colo do útero), ou seja, óbitos ocorridos com mulheres com idade entre 30 e 69 anos. Entre 2010 e 2024, observou-se diferenças entre as taxas de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas, pretas, pardas, indígenas e na população negra, conforme descrito na Figura 3.

Entre mulheres brancas, a taxa foi de 5,2 em 2010 para 5,5 em 2024 (aumento de 6,4%). Entre mulheres pretas, a taxa era de 6,2 óbitos por 100 mil mulheres em 2010, alcançando 5,8 em 2024 (redução de 6%). Entre mulheres pardas, a taxa evoluiu de 7,0 óbitos por 100 mil em 2010 para 8,2 em 2024 (aumento de 16,8%). Para mulheres indígenas, a taxa foi de 8,1 em 2010 para 7,8 em 2024 (redução 4,7%), com picos em 2017 e 2022 (13,5 e 11,1, respectivamente). Durante o período analisado, as taxas de mortalidade de mulheres indígenas apresentaram os maiores valores (Figura 3). Na população negra, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero subiu de 6,9 em 2010 para 7,7 em 2024

(aumento de 11,5%) (Figura 3). Destaca-se, em particular, o ano de 2017, quando a taxa entre mulheres indígenas atingiu 13,5 óbitos por 100 mil, o maior valor de toda a série histórica, sendo mais de duas vezes superior à taxa observada para mulheres brancas no mesmo ano. Esse pico pode estar relacionado a diferentes fatores, como variações na qualidade do registro de óbitos, menor cobertura de ações de rastreamento e acesso aos serviços de saúde em determinadas regiões, especialmente aquelas com maior concentração de população indígena, além da possível ocorrência de eventos locais específicos que impactaram a mortalidade nesse grupo.

Na Região Norte, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas passou de 8,0 em 2010 para 10,5 em 2024, com oscilações ao longo do tempo. Entre mulheres pretas, a taxa variou de 8,3 para 8,0, com picos em anos como 2012 (12,4). O grupo pardo apresentou valores consistentemente elevados, saindo de 14,9 em 2010 e chegando a 14,6 em 2024, com picos de até 17,7. Entre indígenas, houve crescimento de 11,1 para 16,8, com altos valores intermediários, como 21,5 em 2013. Já a população negra (pretas e pardas) apresentou redução no período, indo de 14,3 em 2010 para 13,7 em 2024, apesar de variações anuais (Figura 3).

Na Região Nordeste, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas oscilou de 5,3 em 2010 para 5,8 em 2024, mantendo-se relativamente estável. Entre pretas, variou pouco, indo de 6,2 para 6,4. O grupo pardo apresentou crescimento moderado, passando de 7,8 em 2010 para 8,9 em 2024, com picos em 2017 e 2019 (9,6). Entre indígenas, a taxa oscilou de 1,5 para 5,3, com variações relevantes, como 8,8 em 2017. Já a população negra (pretas e pardas) foi de 7,6 para 8,4 no período, apresentando relativa estabilidade com tendência de leve alta (Figura 3).

Na Região Sudeste, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas manteve-se estável, variando de 4,5 em 2010 para 4,5 em 2024. Entre pretas, a taxa oscilou de 6,0 para 5,3, com leves variações ao longo dos anos. O grupo pardo apresentou um pequeno crescimento, indo de 4,6 para 5,4 no período. Entre indígenas, houve flutuações, com registros variando entre 0,0 e 6,7, finalizando em 1,7. A população negra, composta por pretas e pardas, teve leve aumento, passando de 4,9 para 5,3 (Figura 3).

Na Região Sul, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas apresentou crescimento gradual, passando de 5,7 para 7,1 ao longo dos anos. Entre pretas, as taxas oscilaram com picos como 8,8, encerrando em 6,6. As mulheres pardas também registraram aumento, indo de 2,4 para 4,7. Já entre indígenas, houve grande instabilidade, com variações expressivas entre 0,0 e 25,6, finalizando em 6,1. A população negra, composta por pretas e pardas, apresentou crescimento contínuo, com a taxa aumentando de 3,0 para 5,1 no período (Figura 3).

Na Região Centro-Oeste, a taxa de mortalidade por câncer de colo do útero entre mulheres brancas apresentou tendência de queda, iniciando em 7,9 e finalizando em 5,9. Entre mulheres pretas, as taxas oscilaram, com início em 7,2, picos como 8,9 e encerrando em 5,8. As pardas mantiveram taxas elevadas ao longo do período, com crescimento de 7,8 para 8,3 e picos de até 9,0. O grupo indígena apresentou grandes variações, com taxas que chegaram a 25,8 e terminaram em 3,5, demonstrando forte instabilidade. A população negra, composta por pretas e pardas, manteve taxas elevadas e relativamente estáveis, partindo de 7,7 e finalizando em 7,9 (Figura 3).

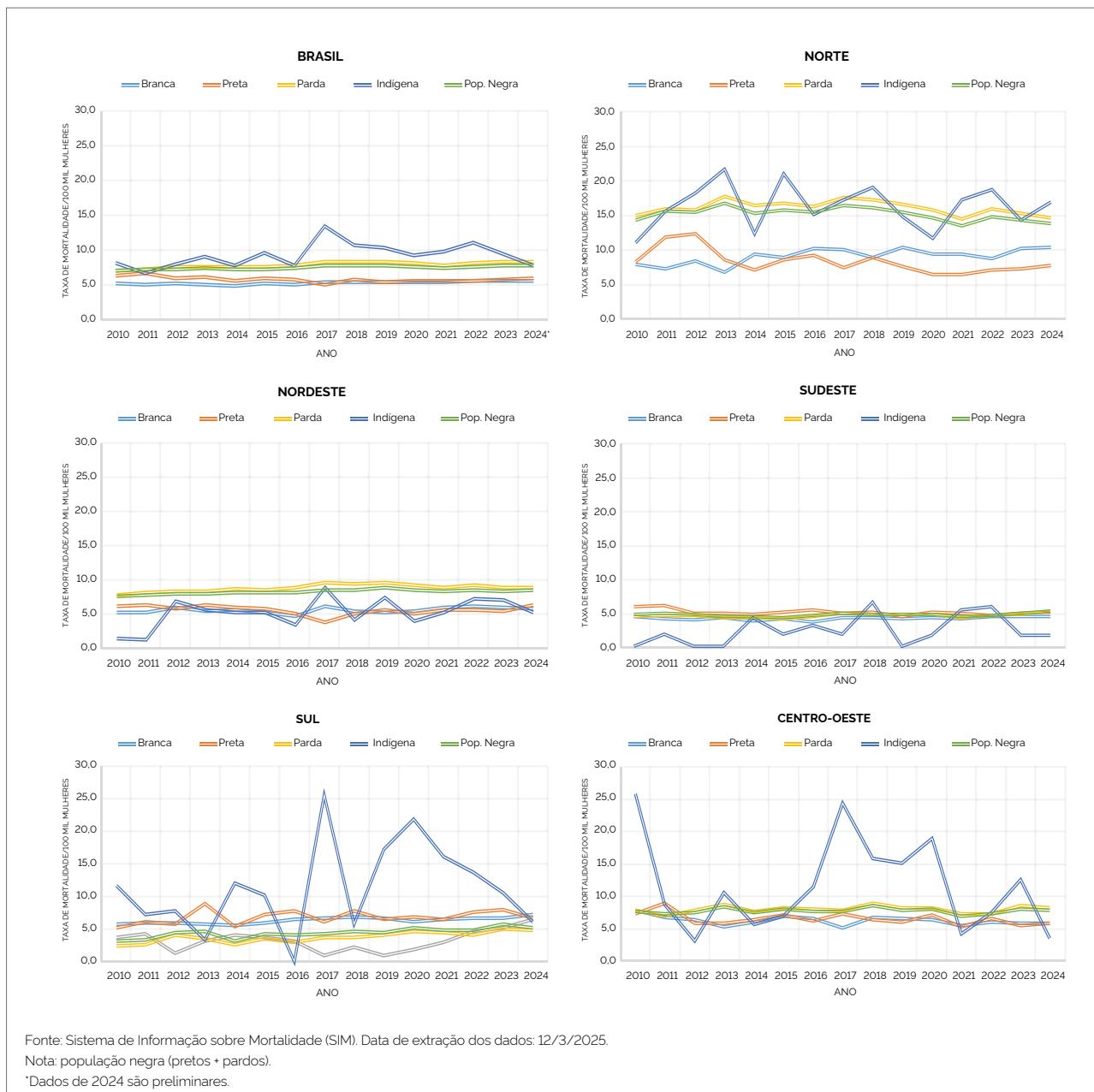


FIGURA 3 Taxa de mortalidade por câncer de colo do útero padronizada por idade entre mulheres segundo raça/cor da pele. Brasil, 2010 a 2024

Entre 2010 e 2024, observa-se aumento da taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero entre quase todas as categorias, com exceção da população preta, conforme descrito na Figura 4.

Entre mulheres brancas, a taxa foi de 7,5 em 2010 para 8,2 em 2024 (aumento de 8,7%). Entre mulheres pretas, a taxa era de 8,4 óbitos por 100 mil mulheres em 2010, alcançando 8,2 em 2024 (redução de 1,3%). Entre mulheres pardas, a taxa subiu de 10,1 óbitos por 100 mil em 2010 para 12,3 em 2024 (aumento de 22,7%). Para mulheres indígenas, a taxa evoluiu de 8,5 em 2010 para 10,7 em 2024 (aumento de 26,3%). Na população negra

(pretas e pardas), a taxa passou de 9,8 em 2010 para 11,4 em 2024 (aumento de 16,9%) (Figura 4).

Na Região Norte, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero entre mulheres brancas oscilou ao longo dos anos, partindo de 11,1 em 2010 e encerrando em 14,0 em 2024, com picos como 15,1 em 2017. Entre mulheres pretas, as taxas também variaram, iniciando em 13,9, chegando a 16,6 em 2012 e finalizando em 10,8. As pardas mantiveram taxas elevadas ao longo do período, partindo de 22,0 e encerrando em 21,7, com pico de 25,5 em 2013. O grupo indígena apresentou fortes oscilações, com taxas que

variaram entre 14,7 e 30,6, finalizando o período em 19,8. A população negra, composta por pretas e pardas, também apresentou variações, saindo de 21,2 em 2010 e chegando a 20,4 em 2024, com picos e quedas ao longo dos anos, mas mantendo-se em patamares elevados (Figura 4).

Na Região Nordeste, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero entre mulheres brancas manteve-se relativamente estável, variando de 7,0 a 8,9 ao longo dos anos. Entre pretas, as taxas oscilaram entre 5,2 e 9,6, encerrando em 9,3. As mulheres pardas apresentaram um crescimento leve, com taxas que variaram de 11,3 a 13,8, mantendo-se consistentemente mais altas que os demais grupos. Entre as indígenas, houve grande instabilidade, com valores que variaram de 0,0 a 11,3, finalizando em 8,1. A população negra, composta por pretas e pardas, apresentou elevação geral, saindo de 10,8 e alcançando 12,2, com uma trajetória de crescimento moderado ao longo do período (Figura 4).

Na Região Sudeste, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero entre mulheres brancas manteve-se estável, variando de 5,3 a 6,8 ao longo dos anos. Entre pretas, houve oscilações, com valores entre 6,5 e 9,1, encerrando em 7,4. As mulheres pardas também apresentaram um leve aumento nas taxas, partindo de 6,5 e chegando a 8,1. O grupo indígena demonstrou grande variação, com registros entre 0,0 e 10,7, terminando em 3,3. A população negra, composta por pretas e pardas, apresentou um crescimento gradual, saindo de 6,8 e alcançando 8,0 ao final do período (Figura 4).

Na Região Sul, a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero entre mulheres brancas apresentou tendência de aumento, passando de 8,5 para 10,7. Entre pretas, as taxas oscilaram, com picos de até 13,6 e encerrando em 7,9. O grupo pardo também registrou crescimento, indo de 3,5 para 7,2 ao longo do período. Já entre as indígenas, houve grande variabilidade, com valores entre 0,0 e 37,9, terminando em 11,8. A população negra, composta por pretas e pardas, apresentou crescimento constante, saindo de 4,4 e chegando a 7,4 (Figura 4).

No Centro-Oeste, a taxa de mortalidade prematura por câncer de colo do útero variou ao longo dos anos. A população branca iniciou com 12,0 e terminou em 8,2, enquanto a preta manteve níveis elevados com oscilações, encerrando em 8,0. As mulheres pardas apresentaram taxas entre 9,5 e 12,2, com tendência de leve aumento no final. Já a população indígena teve os maiores índices da região, chegando a picos como 30,6 e fechando o período em 6,8, evidenciando grande variação. A população negra manteve-se relativamente estável, com taxas entre 9,8 e 11,6 (Figura 4).

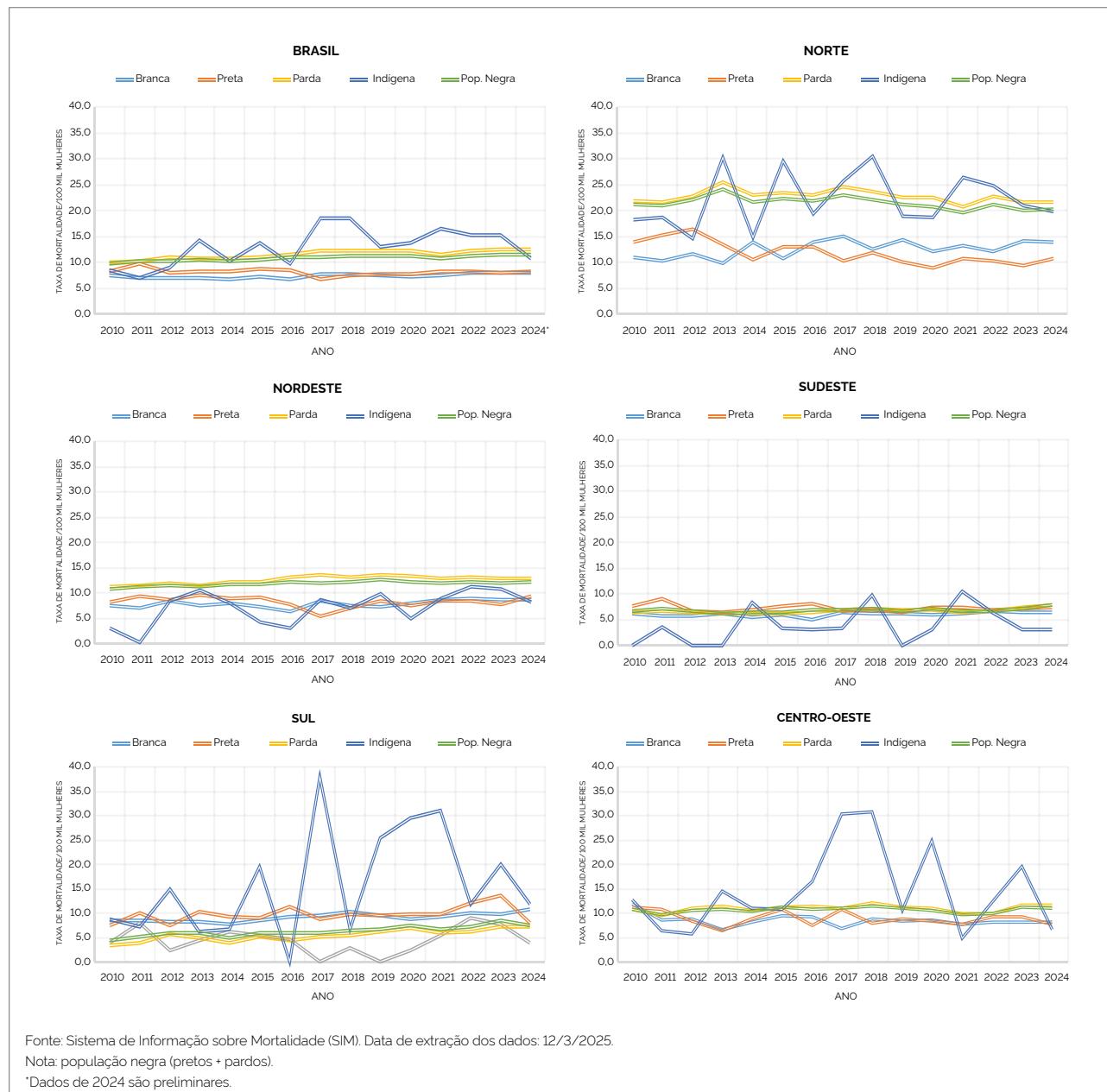


FIGURA 4 Taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero padronizada por idade entre mulheres segundo raça/cor da pele. Brasil, 2010 a 2024

■ DISCUSSÃO

A análise das taxas padronizadas de mortalidade por câncer de mama e do colo do útero no Brasil, segundo raça/cor da pele, expõe desigualdades significativas que podem orientar o aprimoramento das políticas públicas de prevenção, rastreamento organizado e tratamento oportuno dessas doenças. Os dados demonstram que diferentes grupos populacionais são impactados de forma distinta, refletindo barreiras estruturais no acesso aos serviços de saúde, além de desigualdades sociais e econômicas que condicionam a exposição a fatores de risco, o diagnóstico precoce e a continuidade do cuidado.

Entre as mulheres brancas, a mortalidade por câncer de mama também aumentou, embora em menor proporção comparada a outros grupos. O crescimento em todos os grupos pode estar relacionado ao envelhecimento da população e ao aumento da exposição a fatores de risco, como obesidade, comportamento sedentário, consumo de álcool e tabagismo. As ações de promoção da saúde e prevenção primária, incluindo campanhas inovadoras para hábitos saudáveis e adesão ao rastreamento, são fundamentais para conter esse avanço.

A população feminina negra, composta por mulheres pretas e pardas, concentra importantes desigualda-

des em saúde, também observadas nos indicadores de mortalidade por câncer de mama e colo do útero. Entre 2010 e 2022, observou-se estabilidade nas taxas de mortalidade por câncer de mama entre mulheres pretas, enquanto as taxas entre mulheres pardas apresentaram aumento no mesmo período. Esses dados sugerem persistência de barreiras no acesso à detecção precoce e ao tratamento oportuno, refletindo desigualdades estruturais. Estudos apontam que mulheres pretas apresentam menor proporção de realização de exames de mamografia e menor sobrevida após o diagnóstico, independentemente do estágio da doença^{12,13}. A Atenção Primária à Saúde (APS), como ordenadora do cuidado, tem papel fundamental na ampliação das estratégias de rastreamento organizado e no fortalecimento das ações de prevenção e cuidado nos territórios mais vulneráveis¹⁴.

A análise da mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama e de colo do útero revela disparidades raciais significativas, com maior proporção de óbitos precoces por câncer de colo do útero entre mulheres negras e indígenas, em comparação com as brancas. Esse recorte reforça a vulnerabilidade dessas populações, que enfrentam barreiras no acesso ao diagnóstico precoce, tratamento oportuno e acompanhamento adequado. A mortalidade prematura evidencia não apenas os impactos da doença, mas também as desigualdades estruturais presentes no sistema de saúde, que exigem políticas públicas específicas para garantir equidade na prevenção e no cuidado oncológico.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2013 a 2019, a prevalência de mulheres de 25 a 64 anos que informaram ter realizado o exame Papanicolau nos últimos três anos anteriores à pesquisa foi maior nas mulheres brancas em comparação às pardas e pretas em ambas as edições¹⁵. A partir do mesmo inquérito, foi observada maior prevalência da falta de realização de mamografia em mulheres com 50 anos ou mais de idade entre as mulheres negras quando comparadas às brancas¹⁶.

No caso da população indígena, o crescimento significativo da mortalidade por câncer de mama e do colo do útero evidencia desafios específicos que precisam ser enfrentados. Mulheres indígenas frequentemente residem em áreas remotas, onde o acesso a serviços especializados de diagnóstico e tratamento é limitado^{17,18}. Além disso, barreiras culturais e linguísticas podem dificultar a adesão às estratégias de prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce, impactando

os níveis de regressão dessas doenças. Para esse grupo, as políticas públicas devem considerar abordagens diferenciadas, como a ampliação das equipes de saúde indígenas, a oferta de exames e tratamentos em locais acessíveis e o fortalecimento de estratégias de educação em saúde que respeitem as tradições e o interesse dessa população.

As taxas de mortalidade por câncer de mama e colo do útero entre mulheres indígenas apresentam grande variabilidade ao longo da série histórica. Essa instabilidade pode estar relacionada a diferentes fatores, entre eles o número relativamente pequeno de óbitos nesse grupo populacional, o que amplifica variações percentuais ano a ano. Além disso, a qualidade do registro de raça/cor nos sistemas de informação ainda enfrenta desafios, especialmente em territórios indígenas, onde pode haver retenção ou subnotificação de declarações de óbito. Outras hipóteses incluem desigualdades de acesso a serviços de saúde especializados, barreiras geográficas, culturais e linguísticas. Dessa forma, os resultados para a população indígena devem ser interpretados com cautela, considerando as limitações estruturais que influenciam tanto a produção quanto a qualidade dos dados^{17,18}.

Uma análise com mais de 20 milhões de mulheres brasileiras, realizada a partir da Coorte de 100 Milhões de Brasileiros, conduzida pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), mostrou que a mortalidade por câncer do colo do útero entre mulheres indígenas foi 80% maior em comparação às mulheres brancas. Já para o câncer de mama, as mulheres indígenas apresentaram um risco 37% menor de mortalidade em relação às brancas, possivelmente devido a fatores protetores ainda não totalmente compreendidos¹⁹. No entanto, as altas taxas de mortalidade por câncer do colo do útero refletem desvantagens estruturais, como o isolamento geográfico e a menor oferta de rastreamento e tratamento de lesões causadas pelo HPV.

Nesse contexto, é importante destacar a Estratégia Global para Eliminação do Câncer de Colo do Útero, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em colaboração com diversos estados-membros, que visa um mundo em que essa doença não seja mais um problema de saúde pública²⁰. A eliminação do câncer de colo do útero corresponde a uma taxa de menos de 4 casos da doença por 100 mil habitantes, e será alcançada por meio do cumprimento das seguintes metas até 2030:

- vacinar 90% das meninas com a vacina contra o HPV até os 15 anos de idade;
- rastrear 70% das mulheres aos 35 e aos 45 anos; e
- tratar 90% das mulheres identificadas com lesões precursoras ou com carcinoma invasivo.

No Brasil, o Ministério da Saúde está liderando a elaboração do Plano Nacional para Eliminação do Câncer do Colo do Útero, como resposta ao apelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) pela eliminação dessa doença nos próximos anos. Essa iniciativa se articula com outras políticas públicas já existentes, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)²¹, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)²² e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS)²³, que oferecem diretrizes importantes para a promoção do acesso, equidade e qualidade no cuidado. Apesar dos avanços, persistem desafios na implementação dessas políticas nos territórios, especialmente no que se refere à superação das barreiras estruturais e ao fortalecimento das ações de prevenção e detecção precoce do câncer do colo do útero.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados apresentados mostram disparidades nos indicadores de câncer de mama e do colo do útero entre mulheres de diferentes grupos raciais, evidenciando a persistência de iniquidades históricas no acesso à saúde. Para enfrentamento dessas iniquidades, no que tange à população negra, o Ministério da Saúde vem reforçando diretrizes nacionais da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e realizando articulação com estados e municípios para sua implementação de maneira efetiva.

Também para enfrentar essas desigualdades, o Ministério da Saúde vem fortalecendo a Atenção Primária à Saúde, ampliando a estratégia do rastreamento organizado – com base nas novas diretrizes para o câncer de mama e na recente nota técnica que orienta a transição para o teste de HPV no rastreamento do câncer do colo do útero. Em setembro desse ano, o autoteste DNA HPV começou a ser implementado em 14 cidades brasileiras distribuídos em 11 estados e no Distrito Federal, melhorando assim o diagnóstico oportuno em mulheres de 25 a 64 anos. Cabe mencionar que este novo teste é 100% de produção nacional o que também caracteriza-se como avanço na sustentabilidade no SUS. É importante também destacar que o Programa Agora Tem Especialistas, implementado em março deste ano pelo Ministério

da Saúde, que tem por objetivo principal diminuir o tempo de espera das mulheres que estão aguardando pelo diagnóstico e tratamento, tem priorizado diagnóstico e tratamento oportuno do câncer e assim busca assegurar o início do tratamento no prazo legal estabelecido pelo SUS.

Recomenda-se ainda o fortalecimento das estratégias de comunicação e mobilização social, com foco nas populações mais vulnerabilizadas, bem como a integração entre os sistemas de informação para monitoramento das ações. A vigilância em saúde deve atuar de forma ativa na identificação das iniquidades e na proposição de respostas baseadas em evidências, contribuindo para garantir o acesso equitativo à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado de todas as mulheres, independentemente de sua raça ou território de origem.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Câncer de mama: causas, sintomas e prevenção. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023a. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Câncer do colo do útero: causas, sintomas e prevenção. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2023b. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uter>
3. World Health Organization. Câncer de mama e colo do útero: estratégias globais para prevenção e controle. [Internet]. 2020. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/prevention/en/>
4. Departamento de Informática do SUS (BR). Mortalidade por câncer de mama e colo do útero no Brasil, 2010 e 2022. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
5. Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama. Enfrentando o aumento da carga do câncer no Brasil. [Internet]. Porto Alegre: FEMAMA; 2022. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://femama.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Enfrentando-O-Aumento-Da-Carga-Do-Cancer-No-Brasil.pdf>

6. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DANT) no Brasil, 2021-2030. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view
7. Organização das Nações Unidas. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) – ODS 3: Saúde e bem-estar. [Internet]. 2015. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
8. Araújo PN, et al. Interpolação linear de séries temporais de geofísica espacial sob o ponto de vista multiescala: estudo preliminar. Proceeding series of the Brazilian Society of Applied and Computational Mathematics. [Internet]. 2018; 6(1). [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://proceedings.sbmac.emnuvens.com.br/sbmac/article/download/2015/2033>
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo Demográfico 2022: resultados preliminares. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>
10. Brasil. Lei n.º 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial. [Internet]. Diário Oficial da União. 21 jul. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm
11. Batista LE, Barros S, Silva NG, Tomazelli PC, Silva A, Rinehart D. Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Saúde Soc.* 2020;29(3):e190151. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>
12. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (BR). Detecção precoce do câncer. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/deteccao-precoce-do-cancer>
13. Lemos LLP, et al. Racial disparities in breast cancer survival after treatment initiation in Brazil: a nationwide cohort study. *Lancet Glob Health.* 2024;12(2): e292–305.
14. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p. ISBN: 978-85-7967-078-7. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
15. Azevedo e Silva G, Damacena GN, Ribeiro CM, Alcântara LLM, Souza PRB Jr, Szwarcwald CL. Exame de Papanicolau no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 e 2019. [Internet]. *Ver. Saúde Pública.* 2023; 57:55. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004798>
16. Silva DM, Cavalcante YA, Oliveira BLCA, Lopes MVO, Fernandes AFC, Pinheiro AKB, Aquino PS. Determinantes sociais de saúde associados à realização de mamografia segundo a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 e 2019. *Cien. Saúde Colet.* 2025;30(1): e11452023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.11452023>
17. Novais IR, et al. Cervical cancer screening in Brazilian Amazon Indigenous women: Towards the intensification of public policies for prevention. *PLoS One.* 2023;18(12): e0294956.
18. De Melo AC, et al. Population-based trends in cervical cancer incidence and mortality in Brazil: focusing on black and indigenous population disparities. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2024;11(1):255–63.
19. Góes EF, Guimarães JMN, Almeida MCC, Gabrielli L, Katikireddi SV, Campos AC, et al. The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort. *Ethn Health.* 2023;29(1):46–61. doi: <https://doi.org/10.1080/13557858.2023.2245183>
20. World Health Organization. Global Câncer Observatory: Cancer Today. [Internet]. 2020. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [citado em 1]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial de Saúde Índigena. Subsistema de Atenção à Saúde Índigena – SASI-SUS: bases, propostas, ações. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. [citado em 14 maio 2025]. Disponível em: https://www.gov.br/planejamento/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/cmap/politicas/2022/avaliacoes-conduzidas-pelo-cmag/sasisus_relatorio-de-avaliacao.pdf

ANEXO

TABELA 1 População residente, por cor ou raça, segundo o sexo e a idade. Brasil, 2023

Faixa etária	Variável – População feminina residente (pessoas)									
	Brasil									
	2010					2022				
Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	
Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	Mulheres	
Total	47.399.158	6.991.350	1.132.884	41.415.469	408.056	46.463.555	10.130.438	449.273	46.883.709	616.574
0 a 4 anos	3.322.864	312.808	58.229	3.035.228	49.920	2.847.942	392.331	13.301	2.920.727	68.596
5 a 9 anos	3.264.386	416.675	68.666	3.546.190	49.185	2.815.155	496.750	16.110	3.343.711	66.165
15 a 19 anos	3.687.816	593.284	98.554	4.011.320	40.883	2.814.407	661.358	21.733	3.500.052	60.585
20 a 24 anos	3.954.789	649.875	113.016	3.861.205	35.854	3.082.684	815.267	26.242	3.718.429	56.125
25 a 29 anos	4.077.788	677.637	114.424	3.741.292	32.074	3.180.029	846.769	27.285	3.739.444	48.283
30 a 34 anos	3.811.526	635.172	101.976	3.449.954	28.041	3.320.342	833.882	29.781	3.709.084	42.326
35 a 39 anos	3.456.273	548.550	84.952	3.008.236	23.759	3.550.306	891.759	34.139	3.829.243	39.600
40 a 44 anos	3.346.394	516.284	77.054	2.728.647	20.288	3.619.746	887.038	36.396	3.712.348	35.180
45 a 49 anos	3.197.278	469.221	68.290	2.388.538	17.918	3.135.533	753.421	31.627	3.141.104	28.980
50 a 54 anos	2.803.928	420.659	57.829	2.008.079	14.801	3.019.482	687.328	29.768	2.822.603	24.707
55 a 59 anos	2.354.348	342.815	51.567	1.612.099	12.968	2.947.033	618.870	29.653	2.532.029	21.795
60 a 64 anos	1.901.275	270.201	45.536	1.240.332	10.680	2.648.222	538.793	28.358	2.104.804	18.153
65 a 69 anos	1.450.287	202.740	36.580	918.521	8.578	2.205.720	423.586	28.140	1.616.199	14.376
70 a 74 anos	1.187.437	157.400	29.362	693.800	6.246	1.735.928	310.853	27.423	1.158.231	10.602
75 a 79 anos	885.851	108.261	19.985	454.662	4.150	1.220.095	198.500	21.710	741.534	7.684
80 a 84 anos	626.702	68.471	13.117	287.272	2.765	842.412	129.392	15.316	472.667	5.322
85 a 89 anos	322.863	34.310	6.812	143.029	1.709	500.907	70.573	8.779	252.462	2.795
90 a 94 anos	128.157	15.516	2.802	64.154	957	235.536	31.826	4.227	112.345	1.435
95 a 99 anos	36.796	6.051	841	22.731	387	67.366	10.539	1.335	34.998	619
100 anos ou mais	7.521	2.288	196	6.827	156	12.409	3.801	232	10.398	401

Fonte: IBGE – Censo Demográfico



Boletim Epidemiológico

ISSN 2358-9450

©1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Mariângela Batista Galvão Simão

*Comitê editorial***Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA)**

Mariângela Batista Galvão Simão

Departamento de Doenças Transmissíveis (DEDT)

Marília Santini de Oliveira

Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI)

Eder Gatti Fernandes

Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent)

Letícia de Oliveira Cardoso

Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVSAT)

Agnes Soares da Silva

Departamento de Emergências em Saúde Pública (Demsp)

Edenilo Baltazar Barreira Filho

Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente (Daevs)

Guilherme Loureiro Werneck

Departamento de Hiv/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (Dathi)

Draurio Barreira Cravo Neto

Centro Nacional de Primatas (Cenp)

Aline Amaral Imbeloni

Instituto Evandro Chagas (IEC)

Lívia Carício Martins

*Equipe editorial***Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Daent/SVSA)**

Letícia de Oliveira Cardoso, Paola Marcélia Acioly Fernandes

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis/ Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (CGDNT/Daent/SVSA)

Leonardo de Souza Lourenço Carvalho, Letícia Mendes Ricardo; Luiz Antônio Alves de Menezes-Júnior, Gabriela Chagas Dornelles, Anna Beatriz Souza Antunes, Isabela da Costa Gaspar da Silva, Geórgia Maria Albuquerque

Departamento de Atenção ao Câncer/Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (Decan/Saes)

José Barreto Campelo Carvalheira

Coordenação-Geral de Prevenção e Controle do Câncer/ Departamento de Atenção ao Câncer/Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (CGCAN/Decan/Saes)

Eduardo David Gomes de Sousa, Aline Leal Gonçalves Creder Lopes, Suyanne Camille Caldeira Monteiro, Gabriela Moreno Zilio Castellace, Claudia Maria de Jesus Oliveira

Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres/ Departamento de Gestão do Cuidado Integral/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Cgesmu/DGCI/Saps)

Camila Carloni Gasparro, Susane Lindinalva da Silva, Julia Lopes Garrafa

Coordenação-Geral de Prevenção às Condições Crônicas/ Departamento de Promoção da Saúde/Secretaria de Atenção Primária à Saúde (CGCOC/Deppros/Saps)

Elizabeth Alves de Jesus, Jackeline Garcia dos Anjos, Larissa Arruda Barbosa, Liliane Rodrigues Augusto, Aline Xavier

Coordenação de Prevenção e Vigilância/Instituto Nacional do Câncer (Conprev/Inca)

Flávia Nascimento de Carvalho, Luís Felipe Leite Martins

*Editoria técnico-científica***Coordenação-Geral de Editoração Técnico-Científica em Vigilância em Saúde (CGEVSA/Daevs/SVSA)**

Camila Costa Dias, José Fabrício de Carvalho Leal, Giovanna Ledo da Silva, Natália Peixoto Lima, Tatiane Fernandes Portal de Lima Alves da Silva

Diagramação

Fred Lobo (CGEVSA/Daevs/SVSA)

Revisão

Tatiane Souza (CGEVSA/Daevs/SVSA)