
AZEVEDONETTO COMPARTILHA

OUTUBRO ROSA 2026

Saúde da mulher ao longo da vida laboral

Prevenção e linha de cuidado. Equidade e trabalho.

Gestação, maternidade e menopausa.

Governança, serviços contratados e uso responsável de IA.

**Clareza para contratar.
Critério para avaliar.
Conhecimento para cuidar.**

Eduardo Azevedo • Fernanda Netto

GUIA TÉCNICO E DE GESTÃO | EDIÇÃO 2.1

Conhecimento de acesso gratuito



Compartilhamos conhecimento para que o cuidado chegue mais longe.

Ao longo de nossa trajetória, vimos como a qualidade de uma pergunta pode mudar uma decisão. Compreender uma recomendação, reconhecer uma lacuna ou saber o que exigir de uma entrega ajuda profissionais e organizações a cuidar melhor.

É por isso que disponibilizamos materiais técnicos com acesso gratuito. Queremos que mais pessoas tenham referências para planejar, conversar com suas equipes, avaliar propostas e colocar boas práticas em movimento.

A profundidade deste guia expressa nosso compromisso com quem vai utilizá-lo. Reunimos fundamentos, instrumentos de gestão e recursos de comunicação para que o conhecimento encontre espaço na rotina.

Cada organização, porém, tem sua própria realidade. Aplicar esse conteúdo envolve escolhas, prioridades, recursos e responsabilidades. Quando houver necessidade de apoio nesse percurso, queremos estar próximos: analisando o contexto, desenvolvendo as equipes e ajudando a acompanhar o que foi colocado em prática.

O guia é uma contribuição para o seu trabalho.
A parceria pode começar a partir dele.

Outubro é o ponto de encontro. O cuidado atravessa o ano.

Esta edição mantém o aprofundamento em câncer de mama e integra o rastreamento cervical por DNA-HPV ao percurso principal de prevenção. Amplia a discussão para equidade, riscos psicossociais, gestação, maternidade, climatério e menopausa, conectando necessidades de saúde a decisões de trabalho, acesso e gestão.

Síntese narrativa com busca dirigida em fontes oficiais, diretrizes e literatura científica; não se apresenta como revisão sistemática. Recomendações clínicas, requisitos normativos e propostas operacionais são distinguidos no texto.

Uso dos materiais: conteúdos e instrumentos podem apoiar educação interna e peças adaptadas à identidade da organização, com revisão técnica, preservação das fontes e indicação da origem. Fotografias, gráficos e materiais de terceiros mantêm suas próprias condições de licença. A personalização visual não dispensa validação clínica nem autorização de uso de imagens.



QUEM SOMOS

Clareza para contratar. Critério para avaliar. Conhecimento para cuidar.

Somos Eduardo Azevedo e Fernanda Netto, sócios à frente da AzevedoNetto Health Advisory. Reunimos experiência em Saúde Ocupacional e Corporativa, gestão de operações médicas e educação profissional para apoiar organizações que desejam tomar decisões mais bem fundamentadas sobre a saúde de quem trabalha.

Apoiamos empresas e profissionais na avaliação de soluções, serviços e tecnologias em Saúde Ocupacional e Corporativa. Conectamos conhecimento médico, experiência de gestão e análise crítica para qualificar contratações, acompanhar entregas e estabelecer responsabilidades.

Eduardo Azevedo

Com quase 15 anos de prática em Saúde Ocupacional e Corporativa, atua na análise e organização de operações de saúde, revisão de processos, avaliação técnica de serviços e construção de indicadores. Seu trabalho aproxima as necessidades das equipes médicas das decisões de RH, Benefícios, Compras e lideranças, traduzindo requisitos técnicos em critérios de contratação, execução e acompanhamento.

Fernanda Netto

Com 20 anos de prática na área, é sócia e diretora consultora da AzevedoNetto. Fernanda também exerce o cargo de gerente médica de Saúde e Bem-Estar da MAPFRE Seguros. Sua atuação reúne experiência executiva e dedicação à educação, com aulas, palestras, mentorias e workshops para profissionais e organizações.

É professora-convidada em diversos cursos de pós-graduação e participa como palestrante em congressos da área. Na AzevedoNetto, contribui para o desenvolvimento de profissionais e lideranças, conectando conhecimento à realidade das decisões e da gestão.

Quando uma organização investe em saúde, precisa compreender o que está adquirindo, quais necessidades serão atendidas e como poderá verificar os resultados. Nosso trabalho ajuda a transformar essas perguntas em critérios de decisão e acompanhamento.

Publicação independente da AzevedoNetto Health Advisory. Este material não fala em nome das empresas e instituições mencionadas nas trajetórias dos autores e não tem qualquer endosso institucional dessas organizações. As experiências são apresentadas exclusivamente para contextualizar a atuação profissional dos autores.



O que sua empresa está contratando — e como sabe o que está recebendo?

Uma proposta comercial pode apresentar uma solução atraente e ainda deixar perguntas essenciais sem resposta: o que será efetivamente entregue? Qual é o fundamento técnico? Quem responde por cada etapa? Que documentação comprova a execução? O que acontece quando o prazo ou a qualidade acordada não são atendidos?

A AzevedoNetto apoia essa análise antes da contratação e durante a execução dos serviços, ajudando a estabelecer expectativas verificáveis e uma relação mais consistente entre contratante e prestador.

1. Assessoria técnica à contratação de serviços e soluções

Apoiamos a avaliação de propostas e a definição de requisitos para que a decisão considere adequação técnica, capacidade operacional e condições de entrega.

- Análise da necessidade que a contratação pretende atender.
- Comparação técnica entre propostas, escopos e exclusões.
- Identificação de lacunas, dependências e responsabilidades.
- Apoio à definição de entregáveis, critérios de aceite e evidências de execução.
- Subsídios técnicos para negociação de prazos e níveis de serviço — SLAs — em conjunto com Compras e Jurídico.

2. Avaliação de serviços já contratados e acompanhamento de fornecedores

Examinamos a correspondência entre o que foi contratado, o que está sendo executado e o que pode ser demonstrado.

- Revisão de escopos, relatórios e registros de entrega.
- Identificação de desvios, pendências e fragilidades de documentação.
- Estruturação de indicadores de qualidade, prazo e continuidade.
- Definição de rotinas de acompanhamento e prestação de contas.
- Recomendações para planos de melhoria, renegociação ou revisão do modelo de serviço.



Conhecimento aplicado às decisões e às entregas.

3. Governança, compliance e responsabilidades no uso de IA

Apoiamos a avaliação crítica de soluções que utilizam inteligência artificial em Saúde e Segurança Ocupacional, considerando sua finalidade, os dados utilizados, os limites de aplicação e as responsabilidades envolvidas.

- Análise do uso pretendido e das evidências que sustentam as funcionalidades anunciadas.
- Avaliação de requisitos de supervisão humana, rastreabilidade e documentação.
- Identificação de riscos relacionados a privacidade, segurança da informação e decisões automatizadas.
- Mapeamento de responsabilidades entre fornecedor, contratante e profissionais envolvidos.
- Apoio à definição de critérios para testes, aceitação, monitoramento e tratamento de falhas.

O objetivo é permitir que a organização compreenda onde a tecnologia pode contribuir, quais condições são necessárias para seu uso e quem deve responder pelas decisões e correções ao longo da operação.

4. Aulas, palestras, mentorias e workshops

Desenvolvemos profissionais e equipes para compreender problemas, formular perguntas e aplicar conhecimento na rotina.

- Formação de lideranças em temas de Saúde Ocupacional e Corporativa.
- Workshops para RH, Compras e Benefícios sobre contratação e avaliação de serviços.
- Educação sobre uso responsável de IA e governança da informação.
- Mentorias para profissionais e gestores de saúde.
- Palestras e campanhas conectadas a ações práticas e continuidade do cuidado.

Clareza para contratar. Critério para avaliar. Conhecimento para cuidar.

O guia é uma contribuição para o seu trabalho. A parceria pode começar a partir dele.

Quer avaliar uma solução ou apoiar a aplicação deste material?

AzevedoNetto Health Advisory | +55 11 94442-6969

contato@azevedonetto.com.br

www.azevedonetto.com.br



Sumário

Capítulo	Conteúdo	Página
—	AzevedoNetto Compartilha	2
—	Quem somos	3
—	Nossas frentes de atuação	4
—	Visão executiva	8
01	O que mudou em 2026 — e por que reciclar a campanha antiga virou risco	9
02	Epidemiologia: magnitude, desigualdade e leitura empresarial	9
03	Prevenção primária: o que é modificável — sem culpabilizar quem adoece	10
04	Rastreamento ≠ diagnóstico precoce ≠ alto risco	11
05	Mamografia em 2026: como comunicar a divergência sem produzir ruído	11
06	DNA-HPV por PCR e rastreamento organizado	13
07	Prevalência, incidência e vacinação	14
08	Equidade, inclusão e permanência na carreira	15
09	Riscos psicossociais: tornar visíveis as exigências do trabalho	16
10	Gestação, maternidade e retorno: coordenação do cuidado	17
11	Climatério e menopausa: cuidado individualizado em 2026	18
12	Menopausa e trabalho: apoio com avaliação de resultados	19
13	Uma estratégia anual de saúde da mulher	20
14	Arquitetura corporativa: campanha com capacidade real de resposta	21
15	O que a empresa NÃO deve fazer	21
16	Lei 15.377/2026: sair do “compliance de banner” e demonstrar governança	22
17	PCMSO e PGR: onde integrar — e onde não misturar	22
18	Linha de cuidado corporativa: o valor está em reduzir fricções	23



Sumário / continuação

Capítulo	Conteúdo	Página
19	Retorno ao trabalho: medicina do trabalho funcional, não oncológica	24
20	Desenho de benefício, equidade e “toxicidade financeira”	24
21	O que foi contratado — e como verificar a entrega?	25
22	RACI: quem faz o quê	26
23	Health Analytics: medir o sistema sem transformar saúde em vigilância	26
24	Modelo de maturidade — do “pink washing” à Saúde Populacional	27
25	Roadmap de 30 dias — implementação com qualidade	27
26	Checklist de auditoria rápida para Head de Saúde	27
27	Gestão da prevenção e acompanhamento	28
28	Kit de comunicação: mensagens tecnicamente seguras	29
29	Anexo educativo sobre HPV	30
30	IA generativa: acelerar disseminação sem perder governança	31
31	Complemento dos prompts para prevenção	33
32	Prompt mestre — apresentação executiva	35
33	Prompt mestre — white paper / paper técnico	36
34	Prompt mestre — pílulas de intranet e microlearning	36
35	Prompt mestre — Health Analytics / dashboard	37
36	Prompt mestre — fact-check e auditoria técnica	37
37	Referências técnicas e base da atualização	39
38	Banco de imagens de referência — curadoria e uso recomendado	43



DECISÕES PARA A LIDERANÇA

Visão executiva

O Outubro Rosa é uma oportunidade de mobilização, mas uma estratégia corporativa madura não se resume a “lembrar de fazer mamografia”. Em 2026, o tema exige distinguir rastreamento populacional, investigação de sintomas, seguimento de pessoas de alto risco, cobertura assistencial e decisão clínica individual. A empresa não deve escolher uma diretriz em nome do trabalhador; deve comunicar com precisão, facilitar acesso, reduzir perdas de seguimento e proteger privacidade, funcionalidade e vínculo laboral. [1–10]

A agenda de saúde da mulher conecta prevenção oncológica, vacinação, condições de trabalho, maternidade e envelhecimento. A atenção precisa alcançar quem trabalha em diferentes turnos, territórios e funções, com respeito ao sigilo e às necessidades individuais. Nesta edição, HPV e rastreamento cervical integram o núcleo clínico; os novos eixos de saúde ao longo da vida laboral antecedem as ferramentas de governança e contratação.

78.610

casos novos/ano no Brasil
INCA 2026–2028 [4]

20.849

óbitos no Brasil em 2024
SIM/INCA [5]

50–74

faixa prioritária MS/SUS
bienal desde 2025 [6–7]

3 dias

ausência para exames
preventivos
CLT art. 473, XII [10]

TESE CENTRAL O indicador de uma boa campanha não é quantos e-mails foram abertos nem quantas pessoas “fizeram mamografia”. É a capacidade de entregar informação correta, acesso proporcional ao risco, continuidade diante de achados alterados e suporte funcional durante e após o tratamento.

Seis decisões de gestão que mudam o nível da campanha

- 1 Separar educação de prescrição** — conteúdo corporativo informa; indicação de exame é clínica e individual.
- 2 Definir uma linha de cuidado** — a campanha só deve estimular demanda que a organização consegue orientar e absorver.
- 3 Proteger o sigilo** — RH não precisa conhecer BI-RADS, laudos, histologia ou esquema terapêutico.
- 4 Navegar achados alterados** — a evidência de patient navigation é mais robusta para acesso e seguimento do que campanhas isoladas.
- 5 Planejar retorno sustentável** — diagnóstico ou tratamento não equivalem automaticamente a incapacidade ou inaptidão.
- 6 Medir processo, não exposição individual** — use indicadores agregados de acesso, tempo, continuidade e RTW; evite score individual de risco.

PARA QUEM FOI ESCRITO Médicos do Trabalho, Saúde Corporativa, RH/People, Benefícios, SESMT, Jurídico, Privacidade/DPO e gestores de prestadores. O objetivo é disseminar conhecimento e apoiar decisões — não substituir protocolo clínico, responsabilidade técnica ou avaliação individual.



01 O que mudou em 2026 — e por que reciclar a campanha antiga virou risco

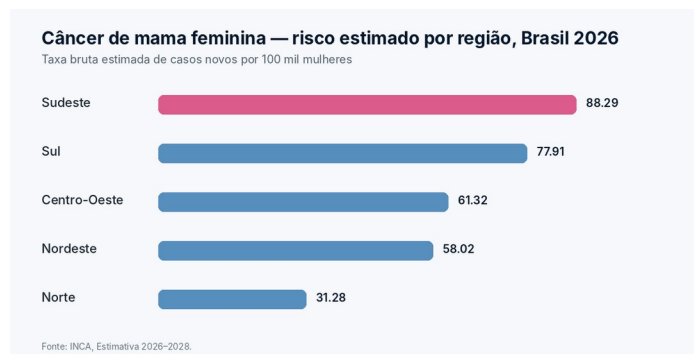
Quatro movimentos alteraram de forma material o contexto brasileiro. Primeiro, o INCA publicou a Estimativa 2026–2028, com 78.610 casos novos de câncer de mama feminina por ano e risco estimado de 71,57/100 mil mulheres. Segundo, o Ministério da Saúde atualizou em setembro de 2025 a faixa prioritária do rastreamento no SUS para 50–74 anos, a cada dois anos, mantendo decisão compartilhada fora dessa faixa. Terceiro, a ANS aprovou em setembro de 2026 a mamografia digital sem restrição etária de cobertura quando houver indicação médica, com vigência em 1º de outubro — cobertura que não deve ser confundida com diretriz populacional de rastreamento. Quarto, a Lei 15.377/2026 incluiu na CLT dever empresarial de informar sobre campanhas oficiais, orientar acesso a serviços diagnósticos e comunicar o direito à ausência para exames preventivos. [4,6–10]

Mudança	O que significa	Implicação corporativa
Estimativa INCA 2026–2028	78.610 casos/ano; maior risco estimado no Sudeste.	Atualizar números, segmentar capacidade de rede e evitar dado histórico como se fosse atual.
MS/SUS 50–74 anos, bienal	Diretriz populacional de maior balanço benefício-risco.	Não transformar “idade da campanha” em regra de aptidão ou requisito ocupacional.
ANS sem restrição etária de cobertura	Acesso ao exame digital quando prescrito.	Cobertura assistencial ≠ recomendação de rastreamento.
Lei 15.377/2026	Informação, conscientização e orientação de acesso passam a ter dever expresso.	Campanha precisa deixar trilha de governança e canal de acesso, não só peça de marketing.

PONTO DE CONTROLE Material corporativo deve declarar qual fonte orienta cada afirmação e a data de corte. Em temas com recomendações divergentes, a maturidade está em mostrar a divergência e encaminhar para decisão clínica — não em esconder o desacordo.

02 Epidemiologia: magnitude, desigualdade e leitura empresarial

A OMS informa que o câncer de mama causou aproximadamente 694 mil mortes no mundo em 2024; cerca de 80% dos casos ocorrem em mulheres sem fator de risco específico além de sexo e idade, e aproximadamente 0,5%–1% ocorrem em homens. No Brasil, o câncer de mama feminina responde por cerca de 30% dos cânceres mais incidentes em mulheres, excluindo pele não melanoma. A carga não é uniforme: região, renda, acesso à imagem, capacidade diagnóstica e tempo até o tratamento alteram o desfecho. [1,4–5]



Incidência estimada de câncer de mama feminina por região, Brasil, 2026. Fonte: INCA, Estimativa 2026–2028.

LEITURA PARA HEALTH ANALYTICS Incidência populacional não mede desempenho da empresa. Para gestão corporativa, o foco deve migrar para barreiras de acesso, tempo até consulta/exame, continuidade após achado alterado, afastamento, funcionalidade e retorno sustentável.



03 Prevenção primária: o que é modificável — sem culpabilizar quem adoece

Câncer de mama é multifatorial. A maior parte dos casos não pode ser atribuída a uma única causa. Há evidência consistente para álcool, excesso de adiposidade após a menopausa e menor atividade física como fatores modificáveis; fatores reprodutivos, idade, genética e densidade mamária compõem dimensões não controláveis ou apenas parcialmente modificáveis. Comunicação corporativa deve reduzir risco sem sugerir que adoecer decorre de “falha de autocuidado”. [1,13–15]

Domínio	Evidência / nuance	Ação corporativa defensável
Álcool	O consumo aumenta risco; menor consumo implica menor risco.	Políticas de eventos e educação que não normalizem álcool como benefício ou recompensa.
Atividade física	Proteção mais consistente para câncer de mama pós-menopausa; benefício sistêmico amplo.	Ambiente que favoreça movimento, pausas, deslocamento ativo e acesso a programas de atividade física.
Adiposidade	Excesso de gordura corporal aumenta risco pós-menopausa; relação varia por fase de vida.	Abordagem metabólica longitudinal, sem estigma de peso.
Lactação	Efeito protetor é reconhecido em sínteses internacionais.	Políticas de apoio à amamentação e retorno ao trabalho compatíveis com legislação e realidade operacional.
Tabagismo	INCA descreve evidências sugestivas para mama; é fator de risco forte para outros cânceres.	Programa de cessação tabágica continua relevante, sem usar mama como único racional.

03.1 Exposições relacionadas ao trabalho: comunicar sem transformar perigo em nexos individuais

O INCA inclui exposição frequente à radiação ionizante e trabalho noturno entre fatores ambientais/ocupacionais relacionados ao risco. A IARC classifica trabalho em turno noturno como “provavelmente carcinogênico para humanos” (Grupo 2A), com evidência humana limitada e suporte mecanístico/animal. Isso é classificação de perigo, não prova de causalidade em uma trabalhadora específica. [12,14]

Exposição	Como interpretar	Conduta de SST
Radiação ionizante	Risco depende de dose, frequência, idade à exposição e contexto.	Radioproteção, dosimetria, otimização de exposição e conformidade regulatória — não “mamografia extra” como compensação.
Trabalho noturno	IARC Grupo 2A; associação epidemiológica não define nexos individuais.	Gestão de jornadas, fadiga, cronobiologia, organização do trabalho e vigilância baseada em risco, sem alarmismo.
Químicos / setores específicos	Evidência é heterogênea e depende do agente.	Avaliação pelo PGR por agente e via de exposição; nunca usar “Outubro Rosa” para generalizar causalidade.

REGRA DE LINGUAGEM “Pode estar associado a aumento de risco” é diferente de “causa câncer nesta trabalhadora”. O material corporativo deve preservar essa distinção técnica.



04 Rastreamento ≠ diagnóstico precoce ≠ alto risco

Rastreamento aplica exame a pessoas assintomáticas dentro de uma população-alvo. Diagnóstico precoce investiga sinais ou sintomas suspeitos, independentemente da idade de rastreamento. Pessoas de alto risco exigem acompanhamento individualizado, frequentemente fora da lógica de risco habitual. Misturar as três situações gera subinvestigação de quem tem sintoma e excesso de exames em quem não tem indicação. [6,15]

Situação	Objetivo	Regra prática para a empresa
Assintomática / risco habitual	Rastreamento conforme diretriz e decisão clínica.	Informar critérios e facilitar acesso; não prescrever coletivamente.
Sintomas / sinais	Diagnóstico rápido.	Canal assistencial ágil; idade não deve ser barreira para investigação.
Alto risco	Vigilância individualizada.	Encaminhar para avaliação especializada; evitar campanha genérica como protocolo.

05 Mamografia em 2026: como comunicar a divergência sem produzir ruído

O Ministério da Saúde passou a priorizar o rastreamento mamográfico no SUS entre 50 e 74 anos, a cada dois anos. A Comissão Nacional de Mamografia (CBR/SBM/FEBRASGO) reafirmou em 2025 o rastreamento anual, preferencialmente digital, dos 40 aos 74 anos, com individualização a partir dos 75 anos — posição distinta da diretriz populacional do MS/INCA. A ANS, a partir de 1º de outubro de 2026, ampliou cobertura da mamografia digital sem restrição etária quando prescrita. São três perguntas diferentes: “qual população deve ser rastreada?”, “qual conduta é indicada para esta pessoa?” e “o plano é obrigado a cobrir este exame?”. [6–8,31]

Tema	MS / INCA	Sociedades médicas	ANS / saúde suplementar
Pergunta principal	Política populacional / SUS	Recomendação clínica de sociedades	Cobertura obrigatória do procedimento
Risco habitual	50–74 anos; bienal como prioridade	CBR/SBM/FEBRASGO: anual, 40–74 anos [31]	Sem restrição etária para mamografia digital quando indicada
Fora da faixa	Decisão compartilhada / avaliação clínica	Pode haver recomendação conforme guideline	Cobertura não define indicação clínica
Uso corporativo	Base para comunicação oficial e política pública	Pode ser apresentada como divergência técnica	Usar para desenho de acesso, não para ditar rastreamento

MENSAGEM RECOMENDADA “No SUS, o Ministério da Saúde prioriza mamografia a cada dois anos entre 50 e 74 anos. A Comissão Nacional de Mamografia (CBR/SBM/FEBRASGO) recomenda rastreamento anual dos 40 aos 74 anos. A melhor estratégia depende de idade, risco, sintomas e avaliação clínica. Cobertura do plano não substitui essa decisão.”



Mamografia / situações que exigem outra rota

05.1 Alto risco: por que a campanha deve ter uma rota de exceção

O INCA reconhece que pessoas com forte predisposição hereditária, mutações patogênicas, histórico de câncer mamário/lesões específicas ou radioterapia torácica em idade jovem demandam acompanhamento individualizado. Campanhas de massa não devem tentar resolver esses cenários com um único calendário. O papel corporativo é ter um canal clínico que identifique a necessidade de avaliação especializada e facilite o acesso. [15]

Sinal de maturidade: a intranet tem um bloco “se você tem histórico familiar importante ou acompanhamento de alto risco, fale com seu médico/serviço de referência; a regra de rastreamento populacional pode não se aplicar”.

Sinal de imaturidade: meta corporativa de “100% das mulheres fizeram mamografia” sem denominador clínico, estratificação de risco ou consentimento.

05.2 Sinais de alerta: não esperar o mês nem a idade do rastreamento

Sinal / mudança	Conduta de comunicação
Nódulo ou espessamento persistente	Procurar avaliação clínica; não aguardar a próxima mamografia “de rotina”.
Retração de pele/mamilo, edema, aspecto de casca de laranja	Avaliação diagnóstica oportuna.
Secreção papilar sanguinolenta ou mudança unilateral nova	Avaliação clínica e investigação conforme indicação.
Linfonodo axilar suspeito ou alteração persistente	Avaliação médica; ultrassom pode ser complementar/diagnóstico, não substituto universal de rastreamento.

Outros cânceres ginecológicos: evitar o pacote indiscriminado

Em pessoas assintomáticas de risco habitual, ultrassonografia transvaginal e CA-125 não devem ser vendidos como rastreamento populacional eficaz de câncer de ovário: ensaios não demonstraram redução de mortalidade. Também não há evidência de redução de mortalidade por rastreamento ultrassonográfico de câncer de endométrio. A investigação de sintomas e o acompanhamento de síndromes hereditárias pertencem a outra lógica clínica. [R9, R10]

Sangramento após a menopausa ou sangramento anormal persistente merece avaliação clínica. Um exame de rastreamento cervical normal não exclui doenças do endométrio, do ovário ou outras causas de sintomas. O canal de saúde deve encaminhar a investigação adequada. [R10]

Pergunta para a contratação

O pacote identifica a população elegível e o desfecho que pretende melhorar? O contrato precisa discriminar indicação, limitações, eventuais falsos positivos e percurso após alteração. A quantidade de exames ofertados não substitui essa análise.



06 DNA-HPV por PCR e rastreamento organizado

A atualização amplia a prevenção para o colo do útero. O teste molecular identifica HPV oncogênico; a mamografia permanece na linha de cuidado mamária. São exames com finalidades, populações e fluxos distintos.

06.1 O que a diretriz brasileira mudou

A incorporação ao SUS ocorreu em março de 2024; a Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025, aprovou a diretriz. O método incorporado detecta DNA-HPV oncogênico por PCR, com genotipagem e validação clínica para rastreamento. Setembro de 2026 não é o marco nacional inicial. [H1]

Para pessoas com colo do útero, de 25 a 64 anos, com atividade sexual prévia, o teste molecular é o exame primário mais sensível. Após resultado negativo, o intervalo habitual é de cinco anos. Onde ainda não estiver disponível, mantém-se a citologia: a cada três anos após dois exames anuais normais. Imunossupressão, antecedentes de lesões e critérios de encerramento exigem avaliação específica. [H2]

06.2 Solicitação e continuidade do cuidado

Modelo para adaptação pelo profissional assistente: “Teste molecular para detecção de DNA de HPV oncogênico por PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validado para rastreamento cervical.” Registrar indicação e histórico relevantes; pactuar coleta e processamento com o serviço. [H1]

Resultado inicial	Conduta de triagem na diretriz
HPV 16 ou 18 detectado	Encaminhar para colposcopia.
Outros tipos oncogênicos	Citologia reflexa; resultado ASC-US ou mais grave, ou insatisfatório, indica colposcopia.
Outros tipos e citologia negativa	Repetir DNA-HPV em 12 meses; seguir o algoritmo de persistência da diretriz.

Síntese de triagem para risco padrão, não protocolo completo. Resultados persistentes, seguimento pós-tratamento e situações especiais requerem consulta ao algoritmo integral. Resultado positivo não diagnostica câncer. [H1, H5]

06.3 O compromisso da organização

Antes de divulgar o teste, confirmar a oferta local, o canal de agendamento, quem comunica o resultado e qual serviço recebe o encaminhamento. Uma coleta sem devolutiva e sem acesso à investigação deixa a jornada incompleta. Não estabelecer PCR anual nem incluí-lo como exigência de aptidão laboral.

PCR, citologia e colposcopia não são intercambiáveis. A vantagem do teste molecular validado no rastreamento primário é sua maior sensibilidade para lesões precursoras em comparação à citologia. Colposcopia avalia alterações e orienta biópsias quando indicada; ser dependente de treinamento e interpretação não elimina seu papel diagnóstico. [H1, H2]

Acesso: o Rol da ANS inclui “HPV – tipagem por PCR”. A cobertura deve ser verificada conforme o procedimento solicitado, segmentação e regras aplicáveis; a presença no Rol não define um calendário universal. No SUS, a implantação é gradual: confirmar a oferta municipal e a capacidade de seguimento. [R11, H6]



07 Prevalência, incidência e vacinação

O planejamento deve partir da carga de doença e das lacunas de acesso. Prevalência de infecção, incidência de câncer e positividade entre pessoas testadas são medidas diferentes; nenhuma delas deve ser usada isoladamente como retrato dos empregados.

Medida e população	Dado e interpretação
Câncer do colo do útero no Brasil	19.310 casos novos estimados por ano em 2026–2028; 17,59 por 100 mil mulheres. Incidência estimada, não prevalência de HPV. [H3]
Mortalidade brasileira	7.209 óbitos por câncer do colo do útero em 2023. O ano do dado difere do ano de publicação. [H3]
HPV genital em homens de 15 anos ou mais	Meta-análise global publicada em 2023: 31% para qualquer HPV e 21% para HPV de alto risco. Estudos de 1995–2022; não extrapolar diretamente à empresa ou ao Brasil. [H4]

07.1 Vacinação como prevenção primária

O Ministério da Saúde recomenda vacinação de rotina para meninas e meninos de 9 a 14 anos em dose única. Grupos especiais têm critérios e esquemas próprios: pessoas imunocomprometidas e usuários de PrEP, por exemplo, precisam de avaliação conforme as normas do PNI. Verificar regras vigentes de resgate e elegibilidade na unidade de saúde antes de divulgar a ação. [H6]

A vacina tem finalidade preventiva; não trata uma infecção já instalada. O rastreamento cervical indicado continua necessário após a vacinação. [H5]

07.2 Aplicação à saúde corporativa

Proposta de gestão: incluir empregados elegíveis e orientar responsáveis por dependentes; mapear oferta no SUS e no benefício; oferecer tempo e acesso para vacinação; registrar apenas os dados necessários ao cuidado. O material educativo deve contemplar todos os gêneros e evitar associar HPV a culpa ou comportamento moral.

A equipe assistencial pode organizar convites por elegibilidade, histórico e vencimento do rastreamento, com acesso restrito. À gestão cabe conhecer cobertura agregada, capacidade da rede e barreiras de acesso. Uma taxa de positividade maior após busca ativa pode refletir mudança no público alcançado, e não piora causada pelo programa.

07.3 Prioridades para o orçamento

Reservar recursos para navegação, recuperação de faltas, investigação e tratamento, além da coleta. Medir custo por jornada concluída e por pessoa elegível com cuidado atualizado. O número de peças distribuídas pode descrever comunicação, mas não demonstra prevenção efetiva.

Vacinar previne câncer: em coorte sueca, a vacinação antes dos 17 anos associou-se a menor incidência de câncer cervical invasivo (razão de taxas ajustada 0,12; IC95% 0,00–0,34). É evidência observacional de efetividade, com maior proteção associada à vacinação precoce; não significa proteção absoluta nem dispensa rastreamento. Lei et al., NEJM, 2020. [R12]



08 Equidade, inclusão e permanência na carreira

Uma política de saúde da mulher precisa reconhecer diferenças de exposição, acesso e poder de decisão. Faixa etária, raça/cor, deficiência, território, jornada e responsabilidades de cuidado podem se combinar e produzir barreiras distintas. O ponto de partida é ouvir as trabalhadoras e avaliar o trabalho real, sem presumir que todas vivem a mesma experiência.

O que os dados permitem afirmar

Segundo o IBGE, em 2022 as mulheres dedicavam, em média, 21,3 horas semanais a afazeres domésticos e/ou cuidado de pessoas, frente a 11,7 horas entre homens. O dado descreve uma desigualdade populacional de uso do tempo; não mede burnout nem autoriza inferir a condição de cada empregada. [R1]

A OIT estimou que, em 2023, responsabilidades de cuidado mantinham 708 milhões de mulheres e 40 milhões de homens fora da força de trabalho, em análise de 125 países. Trata-se de participação laboral global, não de prevalência de adoecimento no Brasil. [R2]

Barreira a examinar	Resposta de gestão proposta	Como acompanhar
Horários incompatíveis com consultas e cuidado	Rever previsibilidade de escalas e canais de acesso, incluindo os turnos.	Espera e solicitações de ajuste resolvidas, por grupos amplos.
Penalização informal de maternidade ou tratamento	Critérios transparentes de avaliação e progressão; revisar oportunidades após afastamento.	Auditoria de processos de carreira, sem usar diagnósticos.
Assédio, discriminação ou pouca voz	Canais seguros, resposta documentada e participação das trabalhadoras nas mudanças.	Prazos de resposta, recorrência e medidas corretivas.
Benefício adequado apenas à sede administrativa	Mapear rede, deslocamento, acessibilidade e possibilidade de orientação remota.	Cobertura territorial e barreiras ainda sem solução.

O papel da liderança

Escutar necessidades, pactuar ajustes possíveis e acompanhar sua execução. Não pedir diagnóstico para legitimar dificuldades, fazer suposições sobre capacidade por idade ou atribuir à mulher a responsabilidade exclusiva por conciliar todas as demandas. A proteção de carreira deve alcançar diferentes arranjos familiares.

Aplicação proposta: selecionar duas barreiras prioritárias, indicar responsáveis e prazo de revisão e escutar novamente as equipes. Equidade precisa aparecer na operação e nas oportunidades, além do discurso institucional.



09 Riscos psicossociais: tornar visíveis as exigências do trabalho

Demandas excessivas, baixa autonomia, discriminação, insegurança, violência e suporte insuficiente são riscos psicossociais relevantes. A OMS recomenda intervenções sobre a organização do trabalho, além de formação de gestores e acesso ao cuidado. O programa deve examinar essas exposições e sua distribuição entre grupos, sem reduzir a questão à resiliência individual. [R3]

Dupla jornada, sobrecarga mental e burnout: distinções necessárias

A divisão desigual do cuidado pode restringir descanso e disponibilidade, mas não constitui, por si só, diagnóstico. Na CID-11, burnout é um fenômeno ocupacional decorrente de estresse crônico no trabalho não adequadamente gerenciado, caracterizado por exaustão, distanciamento mental/cinismo e redução da eficácia profissional. Não é sinônimo de todo sofrimento, depressão ou cansaço doméstico. [R4]

O termo “burnout feminino” pode dar visibilidade a desigualdades, mas não deve ser usado como categoria diagnóstica independente ou explicação automática para sintomas. A avaliação clínica e a análise das condições de trabalho têm finalidades complementares.

Pergunta para escuta e avaliação	Possível decisão organizacional
Há metas incompatíveis com tempo, equipe e recursos?	Revisar carga, dimensionamento, prioridades e fontes de retrabalho.
Quem absorve tarefas de cuidado emocional e atividades pouco reconhecidas?	Tornar a distribuição de tarefas explícita e reconhecer responsabilidades.
As escalas e mudanças de horário impedem recuperação e acesso à saúde?	Melhorar previsibilidade e revisar critérios de trocas e pausas.
Há constrangimento relacionado a gestação, idade, sintomas ou tratamentos?	Interromper condutas inadequadas e acionar os canais institucionais de resposta.
As pessoas confiam na confidencialidade e na resolução dos problemas?	Rever fluxo, acesso aos dados e devolutiva das medidas adotadas.

Como não transformar escuta em vigilância

A proposta é combinar participação dos trabalhadores, observação das tarefas e dados agregados. Questionários não devem ser usados isoladamente para diagnosticar, selecionar ou ranquear pessoas. Informação sobre exposições orienta mudanças no trabalho; dados clínicos individuais ficam sob responsabilidade assistencial.

Entrega recomendada: matriz de exposições, plano de ação sobre a organização do trabalho, responsáveis e reavaliação. Uma palestra de autocuidado pode apoiar educação, mas não comprova que a exposição foi controlada.



10 Gestação, maternidade e retorno: coordenação do cuidado

Risco obstétrico e risco ocupacional são dimensões diferentes. A classificação de alto risco exige cuidado obstétrico apropriado, mas não determina, isoladamente, aptidão para toda atividade. O Ministério da Saúde orienta estratificação e acompanhamento conforme as condições clínicas e a evolução da gestação. A avaliação do trabalho deve considerar tarefas, exposições e possibilidade de proteção. [R5]

O ACOG destaca a importância de condições seguras e de ajustes que permitam a continuidade do trabalho quando possível. Recomendações internacionais devem ser contextualizadas à legislação e à organização assistencial brasileiras. [R6]

Momento	O que avaliar e pactuar	Registro operacional
Planejamento / identificação da gestação	Canal confidencial, acesso ao pré-natal e revisão das tarefas e exposições relevantes.	Responsáveis pelo cuidado e pela análise ocupacional; próximo contato.
Evolução gestacional	Mudanças clínicas; demanda física, fadiga, calor, agentes e jornada; necessidade de ajustes.	Restrições funcionais estritamente necessárias, prazo e reavaliação.
Condição de alto risco	Articulação entre obstetrícia e Medicina do Trabalho, considerando informações pertinentes ao cuidado.	Plano individual e encaminhamentos; sigilo perante a liderança.
Pós-parto e lactação	Recuperação, saúde mental, apoio à amamentação, rede de suporte e condições para retorno.	Plano de retorno e infraestrutura/horários compatíveis com direitos aplicáveis.
Retorno ao trabalho	Capacidade funcional e tarefas reais, mudanças de função, pausas e acompanhamento.	Ajustes pactuados e critérios para revisão ou encerramento.

Dois fluxos que precisam conversar

O assistencial coordena pré-natal, diagnóstico e tratamento. O ocupacional examina a interação entre condição de saúde e atividade, propõe controles e comunica somente as informações funcionais necessárias. Solicitar informações clínicas pertinentes ao profissional assistente não equivale a liberar prontuário para RH.

Sangramento, perda de líquido, cefaleia intensa com alterações visuais, falta de ar importante ou piora clínica exigem avaliação assistencial imediata conforme gravidade e fase gestacional; não devem aguardar a consulta ocupacional periódica. O material de orientação deve informar o serviço de referência. [R5]

Proposta para contratação: exigir coordenação de encaminhamentos, cobertura do pré-natal, resposta às intercorrências e apoio ao retorno. “Programa de gestantes” precisa descrever quem acompanha, o que entrega e como evita perdas de seguimento.

A aplicação de afastamentos, proteção contra exposições e direitos na gestação/lactação depende das normas brasileiras vigentes e da avaliação do caso. Não adotar limites físicos universais nem equiparar gestação a incapacidade.



11 Climatério e menopausa: cuidado individualizado em 2026

A transição menopausal pode envolver sintomas vasomotores, alterações do sono, queixas geniturinárias e mudanças de humor. A intensidade e o impacto variam. A abordagem começa pela escuta e por avaliação clínica, evitando atribuir automaticamente todos os sintomas à menopausa. [R7]

A diretriz NICE NG23, atualizada em abril de 2026, recomenda identificação clínica em pessoas saudáveis com 45 anos ou mais e sintomas compatíveis, sem exames laboratoriais de rotina para confirmar a transição. Situações atípicas, idades menores e diagnósticos diferenciais requerem avaliação própria. [R7]

O que a empresa precisa compreender

Questão	Conduta de comunicação e acesso
Diagnóstico e exames	Evitar oferecer “painel hormonal anual” como condição para entrar no programa. A indicação pertence à consulta clínica.
Tratamento	Facilitar avaliação de benefícios, riscos, preferências e contraindicações. Não promover terapia hormonal para todas.
História de câncer de mama	Garantir acesso a avaliação especializada e coordenação com o cuidado oncológico. Não reproduzir recomendações genéricas.
Sintomas e trabalho	Ajustes devem responder à necessidade funcional relatada e à atividade, preservando privacidade.
Saúde ao longo da vida	A oportunidade de consulta também pode revisar prevenção cardiovascular, saúde óssea, sono e saúde mental conforme indicação.

O NICE orienta discussão individualizada das opções hormonais e não hormonais e contempla terapia cognitivo-comportamental específica para sintomas associados à menopausa. História pessoal ou alto risco de câncer de mama pede orientação especializada; a campanha empresarial não substitui essa decisão. [R7]

Não transformar uma fase da vida em estigma profissional

Idade e menopausa não demonstram redução de competência ou capacidade de liderança. A organização deve oferecer um canal acolhedor, formar gestores para encaminhar e garantir ajustes quando necessários. A conversa não precisa partir de um rótulo: “Qual condição do trabalho está dificultando sua rotina e que ajuste pode ajudar?”

Critério para avaliar um prestador: a proposta diferencia educação, consulta, tratamento e adaptação laboral? Explicita qualificação profissional, referência clínica e limites? Evitar pacotes de exames ou terapias apresentados como solução universal.

Esta síntese usa uma diretriz clínica internacional como referência de evidência, sem convertê-la em obrigação regulatória brasileira ou prescrição individual. [R7]



12 Menopausa e trabalho: apoio com avaliação de resultados

“Menopause-friendly workplace” descreve uma intenção de acolhimento e adaptação. Para a gestão, essa intenção precisa se traduzir em práticas verificáveis e avaliação. Reconhecimento ou selo não substitui a demonstração de acesso, resposta e proteção contra discriminação.

O que a evidência sustenta — e onde ela é limitada

No ensaio MENOS@Work, 124 mulheres de 45–60 anos com sintomas vasomotores problemáticos foram randomizadas para autoajuda baseada em terapia cognitivo-comportamental ou lista de espera. Houve melhora no incômodo dos sintomas em 6 e 20 semanas; aos 20, também no comprometimento do trabalho por presenteísmo relacionado à menopausa. Não houve diferença nos demais desfechos laborais. O achado apoia uma intervenção específica, não qualquer programa empresarial. [R8]

Uma revisão de escopo de 2026 sobre trabalhadores de saúde incluiu 75 artigos, dos quais 39 empíricos, de 13 países. Encontrou discussão frequente de medidas de apoio, mas ausência de testes de efetividade das intervenções no conjunto analisado. Não é evidência de que o apoio seja inútil; mostra uma lacuna de avaliação naquele contexto. [R13]

Prática a adaptar	Como implementar	O que verificar
Conforto térmico e infraestrutura	Rever ventilação, água, sanitários e uniformes conforme a atividade.	Solicitação acolhida; ajuste viável e utilizado.
Pausas e previsibilidade	Pactuar pausas e ajustes de horário sem prejudicar segurança e operação.	Resolução da necessidade e revisão programada.
Lideranças preparadas	Treinar escuta, respeito e encaminhamento; vedar piadas e exposição.	Conduta observável e resposta a incidentes.
Canal de cuidado	Orientação clínica acessível, com alternativas de horário e referência especializada.	Espera, continuidade e experiência da usuária.

O NHS oferece exemplos práticos de apoio a gestores e ajustes laborais. São referências de implementação, não prova de eficácia universal nem norma brasileira. As medidas acima são propostas de adaptação institucional, com participação das trabalhadoras. [R14]

Avaliação proposta: registrar a situação inicial, acompanhar acesso e resolução das solicitações e revisar a experiência das participantes. Não atribuir automaticamente queda de absenteísmo ao programa sem considerar mudanças na equipe, jornada e outros fatores.



13 Uma estratégia anual de saúde da mulher

O calendário de comunicação deve tornar visível uma rede de cuidado que funciona o ano inteiro. O modelo abaixo é uma proposta de organização: cada eixo precisa de responsável, canal, capacidade assistencial e rotina de revisão. A elegibilidade clínica não deve ser definida pelo mês da campanha.

Eixo permanente	Acesso e continuidade	Medida de processo sugerida
Prevenção de mama e colo do útero	Convites por elegibilidade; investigação de sintomas; vacinação e navegação após alteração.	Rastreamento vigente e etapas de seguimento concluídas no prazo devido.
Gestação e maternidade	Pré-natal, avaliação ocupacional quando indicada, apoio à lactação e retorno.	Planos pactuados e reavaliados entre as pessoas que necessitam de apoio.
Climatério e menopausa	Consulta, orientação e ajustes proporcionais à necessidade e à função.	Tempo de acesso e solicitações de ajuste resolvidas.
Riscos psicossociais e equidade	Escuta, análise de exposições, ações organizacionais e canais seguros.	Ações concluídas e reavaliação das exposições prioritárias.
Saúde integral	Atenção primária e acesso a cuidado cardiovascular, mental e ósseo conforme risco.	Continuidade assistencial e barreiras de rede solucionadas.
Retorno e permanência	Reabilitação, adaptações e acompanhamento funcional após afastamentos.	Revisão dos planos e sustentabilidade do retorno.

Integração entre PCMSO, PGR e benefício assistencial

A interface deve respeitar as finalidades de cada instrumento. Exposições do trabalho orientam prevenção e vigilância ocupacional; necessidades clínicas individuais orientam cuidado assistencial. A gestão compartilha indicadores e problemas de acesso, com dados mínimos, sem transformar diagnóstico, PCR, mamografia ou condição hormonal em exigência de aptidão. [11]

O ciclo de gestão proposto

Planejar a capacidade da rede; pactuar escopo e responsabilidades; publicar os canais; acompanhar as jornadas; corrigir falhas; revisar a experiência das pessoas e o contrato. Um serviço pode cumprir o volume de consultas e ainda falhar na continuidade. Por isso, o fechamento de cada etapa precisa estar definido desde a contratação.

Decisão executiva: aprovar prioridades anuais, orçamento de acesso e continuidade, responsáveis e critérios de avaliação. Outubro dá visibilidade ao compromisso; as entregas dos meses seguintes mostram se ele foi cumprido.



14 Arquitetura corporativa: campanha com capacidade real de resposta

Uma campanha madura conecta comunicação a um sistema. O objetivo não é internalizar oncologia, mas retirar fricções evitáveis no percurso. A empresa precisa saber quem é o owner, qual canal recebe dúvidas clínicas, como funciona a rede, o que acontece após um exame alterado, como se protege o dado sensível e quem coordena o retorno ao trabalho.

Camada	Pergunta de governança	Entregável mínimo
1. Informação	O conteúdo é tecnicamente correto e datado?	FAQ + fontes + revisão médica.
2. Acesso	A pessoa sabe onde e como agendar?	Rede, benefício, canal de orientação.
3. Navegação	Existe processo após achado alterado?	Fluxo para complementação, mastologia e diagnóstico.
4. Privacidade	Quem vê o quê?	Separação assistência/ocupacional/RH; minimização de dados.
5. Trabalho	Como apoiar tratamento e retorno?	RTW, flexibilidade, adaptações e reavaliação funcional.
6. Dados	Como saber se o sistema funciona?	Indicadores agregados de acesso, tempo e continuidade.

15 O que a empresa NÃO deve fazer

Condicionar admissão, periódico, aptidão ou manutenção do vínculo à realização de mamografia de rastreamento.

Pedir que empregados enviem laudo, BI-RADS, biópsia ou anatomopatológico ao RH/gestor para “controle da campanha”.

Criar ranking de adesão por gestor ou unidade sem critério de elegibilidade e sem proteção de pequenas células.

Usar uma única idade como “verdade universal” sem identificar a diretriz e a finalidade (SUS, sociedade médica ou cobertura).

Tratar ausência para consulta, biópsia ou tratamento como problema de engajamento; a jornada oncológica requer gestão de capacidade e direito.

Usar IA generativa aberta para analisar laudos identificáveis ou construir score individual de “risco de câncer” sem base clínica, legal e governança.



III | GOVERNANÇA E LINHA DE CUIDADO

16 Lei 15.377/2026: sair do “compliance de banner” e demonstrar governança

A Lei 15.377/2026 acrescentou o art. 169-A à CLT. A norma determina que empresas disponibilizem informações, em conformidade com orientações do Ministério da Saúde, sobre campanhas oficiais de vacinação, HPV e cânceres de mama, colo do útero e próstata; promovam ações de conscientização; orientem os empregados sobre acesso aos serviços de diagnóstico; e informem sobre a possibilidade de ausência ao trabalho para exames preventivos. [9]

O art. 473, XII, da CLT assegura até três dias, em cada 12 meses de trabalho, sem prejuízo do salário, para realização de exames preventivos de câncer devidamente comprovados. A nova lei ainda inseriu obrigação de informar o trabalhador sobre esse direito. [9–10]

Evidência de conformidade	Exemplo prático	Risco a evitar
Comunicação oficial	Intranet/e-mail com fonte, data e responsável técnico.	Conteúdo desatualizado ou contraditório com MS.
Orientação de acesso	Canal claro para APS, rede do plano, mastologia ou diagnóstico.	Campanha gera demanda sem rota assistencial.
Direito trabalhista	Instrução objetiva a gestores e empregados sobre art. 473.	Gestor local barrar ausência por desconhecimento.
Governança	Owner, aprovação técnica, privacidade e registro de ações.	Centralizar laudos ou resultados no RH.
DOSSIÊ MÍNIMO DE CAMPANHA Guarde versão final do conteúdo, fontes, data de revisão, responsável técnico, canais divulgados, política de ausência, desenho de acesso, evidência de treinamento de gestores e indicadores agregados. Isso transforma “postagem” em processo auditável.		

17 PCMSO e PGR: onde integrar — e onde não misturar

O câncer de mama pode dialogar com Saúde Ocupacional, mas rastreamento de risco habitual não deve ser automaticamente incorporado como requisito de ASO. A NR-7 estrutura exames ocupacionais e exames complementares em relação aos riscos ocupacionais e à necessidade técnica. No retorno ao trabalho após afastamento de 30 dias ou mais, a própria NR-7 determina avaliação clínica antes da reassunção e prevê que o médico defina a necessidade de retorno gradativo. [11]

Tema	Pertence à Saúde Ocupacional?	Boa prática
Mamografia de rastreamento de risco habitual	Não como exame ocupacional automático.	Educação/benefício assistencial, com decisão clínica.
Exposição ocupacional a radiação ionizante	Sim, como risco ocupacional quando aplicável.	PGR + radioproteção + vigilância prevista tecnicamente.
História familiar / BRCA	Dado clínico individual, não risco ocupacional.	Encaminhar para cuidado assistencial; preservar sigilo.
Afastamento e retorno após tratamento	Sim, pela interface capacidade funcional-trabalho.	Avaliar função e demanda real do cargo; retorno gradual quando indicado.
Dados de campanha	Somente de forma agregada para gestão.	Não inserir diagnóstico, BI-RADS ou oncologia em painel de RH.
PRINCÍPIO PCMSO não é substituto de programa de rastreamento populacional e o ASO não é veículo para expor diagnóstico. A interface ocupacional deve se concentrar em riscos do trabalho, capacidade funcional, restrições necessárias e segurança.		



18 Linha de cuidado corporativa: o valor está em reduzir fricções

A OMS organiza o controle do câncer de mama em três pilares: detecção precoce, diagnóstico oportuno e manejo abrangente. Como benchmark sistêmico, a Global Breast Cancer Initiative trabalha com >60% dos cânceres invasivos diagnosticados em estágios I–II, diagnóstico dentro de 60 dias e >80% de conclusão do tratamento recomendado sem abandono. Esses alvos são de sistema de saúde, não KPIs que a empresa controla sozinha, mas ajudam a avaliar se a rede contratada funciona. [2–3]

Etapa	Pergunta operacional	Ação da Saúde Corporativa
Entrada	A pessoa sabe quando procurar cuidado?	Educação, sintomas, critérios de rastreamento e canal.
Acesso	Consegue consulta/exame em prazo razoável?	Mapear rede, agenda, autorização e barreiras geográficas.
Achado alterado	Sabe qual é o próximo passo?	Navegação para complementação, mastologia e biópsia quando indicada.
Diagnóstico	Existe perda de seguimento?	Follow-up clínico por equipe assistencial/navegador; RH fora do conteúdo clínico.
Tratamento	A rede coordena modalidades e agendas?	Gestão de benefício, rede e fricções administrativas.
Sobrevivência / RTW	Há plano para função e trabalho?	Medicina do Trabalho + gestor com restrições necessárias, sem divulgar diagnóstico.

18.1 Navegação: uma das intervenções mais defendáveis para o ambiente corporativo

Meta-análise de 2025 com 42 ensaios randomizados mostrou que serviços de patient navigation aumentaram a realização de rastreamento de mama (RR 1,50; IC95% 1,30–1,75) e o seguimento após rastreamento (RR 1,23; IC95% 1,15–1,41). Revisões mais recentes do continuum completo sugerem benefício em adesão e resolução diagnóstica, mas com heterogeneidade e menor certeza para alguns desfechos. O ponto prático é claro: remover barreiras, organizar próximos passos e acompanhar continuidade é mais consistente com evidência do que uma campanha isolada de conscientização. [16,24]

MODELO MÍNIMO DE NAVEGAÇÃO 1) explicar o próximo passo; 2) indicar rede/benefício; 3) acompanhar se houve resolução do achado; 4) escalar barreiras; 5) preservar o dado clínico fora do RH; 6) encerrar navegação quando o cuidado estiver estabilizado.

Aplicar a mesma lógica à jornada cervical

O resultado positivo de HPV só inicia uma etapa do cuidado. Definir devolutiva, triagem, referência para colposcopia quando indicada e confirmação da conclusão. Na contratação, verificar se a coleta vem acompanhada de citologia reflexa quando prevista e se há capacidade diagnóstica disponível. O fluxo é clínico, não uma lista nominal de cobrança por RH. [H1]



III | GOVERNANÇA E LINHA DE CUIDADO

19 Retorno ao trabalho: medicina do trabalho funcional, não oncológica

O retorno ao trabalho após câncer de mama é influenciado por tratamento, fadiga, dor, mobilidade de ombro, linfedema, sintomas cognitivos, saúde mental, demanda física, apoio do empregador, flexibilidade e condições socioeconômicas. A atualização Cochrane de 2024 encontrou que intervenções multidisciplinares provavelmente aumentam RTW em pessoas com câncer (RR 1,23; IC95% 1,09–1,33; evidência de certeza moderada), reforçando que retorno sustentável é processo — não apenas “liberação”. [17–22]

Domínio funcional	O que avaliar	Ajustes possíveis quando necessários
Fadiga / resistência	Tolerância a jornada, deslocamento, pausas e demanda cumulativa.	Jornada progressiva, pausas, priorização temporária de tarefas.
Membro superior / linfedema	Amplitude, força, dor, repetição, carga e ergonomia.	Limite temporário de carga/repetição; ergonomia; fisioterapia/reabilitação.
Cognição	Atenção, memória de trabalho, multitarefa e risco operacional.	Redução temporária de multitarefa; checklists; retorno progressivo a tarefas críticas.
Agenda terapêutica	Infusões, radioterapia, consultas e efeitos tardios.	Flexibilidade de horário, remoto/híbrido quando compatível com a função.
Segurança	Tarefas críticas, máquinas, direção, trabalho em altura e fadiga.	Restrição proporcional ao risco, com reavaliação programada.

REGRA CLÍNICA Diagnóstico não equivale a inaptidão. Tratamento não equivale a incapacidade total. A decisão ocupacional deve comparar capacidade funcional atual com exigências reais do trabalho e revisar restrições conforme evolução.

20 Desenho de benefício, equidade e “toxicidade financeira”

No ambiente corporativo, o custo da doença não é apenas o preço do exame ou do tratamento. Autorizações, deslocamentos, coparticipação, perda de horas de trabalho, necessidade de cuidador, rede fragmentada e baixa compreensão do benefício podem produzir atraso, abandono ou sofrimento financeiro. Meta-análise publicada em 2026 reforça que toxicidade financeira é frequente em pacientes com câncer de mama, embora magnitude varie por sistema de saúde e método de mensuração. [23]

Barreira	Como aparece na empresa	Intervenção de gestão
Rede insuficiente	Agenda longa, distância, indisponibilidade de biópsia/mastologia.	Auditar rede por região e tempo de acesso; definir rota de exceção.
Autorização	Múltiplos pedidos e retrabalho.	SLA clínico-administrativo para achado suspeito; concierge/navegação.
Coparticipação / custo indireto	Adiamento de exames e consultas.	Mapear política de benefício e situações de maior vulnerabilidade.
Baixa literacia em saúde	Dúvida sobre idade, BI-RADS e próximos passos.	FAQ adulto, linguagem simples, canal clínico e decisão compartilhada.
Trabalho incompatível com cuidado	Faltas, atrasos, presenteísmo, abandono.	Política de ausência, flexibilidade e RTW sem punição informal.

EQUIDADE NÃO É SEGMENTAÇÃO INVASIVA A organização pode monitorar barreiras por região, unidade, tipo de benefício e jornada sem classificar pessoas por diagnóstico. Use denominadores claros e supressão de pequenas células para reduzir risco de reidentificação.



21 O que foi contratado — e como verificar a entrega?

Uma proposta atraente pode deixar perguntas essenciais sem resposta: o que será entregue, a quem, com qual fundamento técnico e por quem? O quadro traduz o posicionamento AzevedoNetto em um instrumento prático para avaliar programas de saúde da mulher antes da contratação e durante sua execução.

Dimensão	Pergunta e evidência a exigir	Critério de acompanhamento
Necessidade e população	Qual problema será atendido? Quem é elegível? Quais exclusões e limites?	Escopo aprovado, população definida e lacunas de cobertura registradas.
Base técnica	Qual diretriz sustenta exames, intervalos e intervenções? Que resultados foram estudados?	Fontes datadas; benefícios e limites descritos, sem promessas não demonstradas.
Capacidade de entrega	Há equipe, rede, agenda, coleta, diagnóstico e referência suficientes?	Capacidade demonstrada por território, turno e etapa.
Continuidade	Quem comunica resultados, acompanha pendências e confirma a resolução?	Responsável clínico e próxima etapa documentados no serviço.
SLA e aceite	Qual evento inicia o prazo? Como tratar urgência, indisponibilidade e dependências?	Prazo definido, fonte do registro e rotina de escalonamento.
Dados e responsabilidades	Quais dados são necessários? Quem acessa, guarda e responde por incidentes?	Fluxo de dados e responsabilidades validados com Privacidade/Jurídico.
Prestação de contas	Como comparar contratado, realizado e comprovado?	Relatório com denominadores, pendências e plano corretivo.

Exemplo de entregável verificável

“Navegação” deve especificar entrada, equipe, canais de contato, tentativas de recuperação, registro de transferência, critérios de encerramento e supervisão clínica. A evidência de execução fica no domínio assistencial; o contratante recebe comprovação e indicadores compatíveis com sua finalidade, sem acesso indiscriminado a laudos.

Regra proposta: prazo contratual não substitui prioridade clínica. Pactuar SLAs com Saúde, Compras e Jurídico, incluindo exceções, dependências, critérios de aceite e resposta ao descumprimento. Não aceitar uma promessa de resultado clínico que o prestador não consegue demonstrar ou controlar.



IV | CONTRATAÇÃO, INDICADORES E EXECUÇÃO

22 RACI: quem faz o quê

Entregável	Saúde Corp.	Med. Trabalho	RH/People	Benefícios	DPO/Jurídico	Gestor
Base técnica / conteúdo	A/R	C	C	I	C	I
Fluxo clínico / navegação	A/R	C	I	C	C	I
Rede / acesso / autorização	C	I	I	A/R	C	I
Dados sensíveis / privacidade	C	C	I	I	A/R	I
Ausência / política trabalhista	C	C	A/R	I	C	C
RTW e restrições funcionais	C	A/R	C	I	C	R
Indicadores agregados	A/R	C	C	C	C	I

Legenda: A = accountable; R = responsible; C = consulted; I = informed. O RACI precisa ser adaptado à estrutura da organização; o objetivo é impedir que responsabilidade clínica, dado sensível e decisão trabalhista fiquem concentrados de forma improvisada em uma única área.

23 Health Analytics: medir o sistema sem transformar saúde em vigilância

O dashboard deve responder se a jornada funciona, e não produzir ranking de “quem aderiu”. Para câncer de mama, leading indicators (acesso, tempo, continuidade) são mais acionáveis do que lagging indicators isolados (afastamentos, custos). Indicadores devem ser agregados, com denominador definido e regras de privacidade.

Indicador	Definição operacional	Decisão suportada
Alcance qualificado	% população elegível que recebeu conteúdo + canal de acesso.	Cobertura de comunicação, não adesão clínica.
Tempo até agendamento	Mediana/P90 entre solicitação e consulta/exame.	Capacidade e SLA de rede.
Complementação após achado	% com próximo passo concluído no prazo acordado.	Continuidade / navegação.
Perda de seguimento	% sem resolução documentada pelo serviço clínico.	Escalonar barreiras sistêmicas.
RTW com plano quando necessário	% retornos com ajustes definidos e data de reavaliação.	Maturidade de reintegração.
Absenteísmo agregado	Dias afastados por neoplasias em tendência, sem exposição individual.	Planejamento de suporte e capacidade.

PRIVACIDADE BI-RADS, histologia, estadiamento, esquema terapêutico e mutação genética não pertencem ao dashboard de RH. Quando necessários ao cuidado, ficam no domínio clínico, sob finalidade, acesso e retenção compatíveis com dado de saúde.



IV | CONTRATAÇÃO, INDICADORES E EXECUÇÃO

24 Modelo de maturidade — do “pink washing” à Saúde Populacional

Nível	Descrição	Sinais observáveis	Próximo passo
0 — Simbólico	Identidade visual sem sistema.	Logo rosa, brinde, palestra isolada.	Corrigir base técnica e criar canal real de acesso.
1 — Informativo	Conteúdo correto e direitos comunicados.	Fontes, FAQ, política de ausência.	Organizar rede e owner.
2 — Acesso	Benefício e canais funcionam.	Agendamento, rede, orientação clínica.	Criar navegação para achados alterados.
3 — Linha de cuidado	Continuidade e RTW integrados.	SLA, navegação, privacidade, reintegração.	Medir e melhorar a jornada.
4 — Saúde Populacional	Governança anual orientada por dados.	Analytics agregado, auditoria de rede, equidade, melhoria contínua.	Revisar metas e incorporar aprendizados ao desenho de benefício.

AMBIÇÃO RECOMENDADA Outubro pode ser o “momento de ativação”, mas o processo deve continuar em novembro. Maturidade é reduzir barreiras e aumentar continuidade sem medicalizar o vínculo empregatício.

25 Roadmap de 30 dias — implementação com qualidade

Prazo	Ação	Entrega / critério de pronto
Dias 1-5	Nomear owner; revisar fontes 2026; mapear Lei 15.377/CLT; revisar rede e benefício.	Matriz de governança + gaps críticos + versão técnica aprovada.
Dias 6-10	Desenhar FAQ, canal, critérios de escalonamento, privacidade e rota para alto risco/sintomas.	Fluxo publicado internamente + scripts para atendimento.
Dias 11-20	Ativar campanha; treinar gestores e canais de RH; disponibilizar navegação.	Comunicação + canal assistencial + política de ausência aplicável.
Dias 21-30	Monitorar dúvidas, tempo de acesso, achados sem continuidade, incidentes e feedback.	Dashboard inicial + backlog de correções.
Pós-outubro	Integrar aprendizados a benefício, RTW, prevenção primária e calendário anual.	Plano de melhoria 12 meses + revisão periódica da base técnica.

26 Checklist de auditoria rápida para Head de Saúde

Controle 1	Controle 2
☐ Fonte oficial e data de corte visíveis?	☐ Rastreamento diferenciado de investigação de sintomas?
☐ Divergência de diretrizes explicitada?	☐ Canal para alto risco e sinais de alerta?
☐ Lei 15.377/2026 e art. 473 comunicados?	☐ Rede/benefício testados antes da campanha?
☐ Navegação após exame alterado?	☐ LGPD: RH recebe somente o necessário?
☐ RTW com avaliação funcional e reavaliação?	☐ Dashboard usa dados agregados e denominadores?
☐ Há owner e RACI?	☐ Existe plano pós-outubro?



27 Gestão da prevenção e acompanhamento

Modelo operacional proposto pela AzevedoNetto para adaptação institucional. Prazos de implantação e indicadores abaixo são ferramentas de gestão; não substituem os prazos clínicos definidos para cada pessoa.

Horizonte	Entrega verificável e responsável
Primeiros 30 dias	Liderança de Saúde: aprovar população elegível, protocolo, responsável assistencial e canais. Benefícios: validar rede, coleta, citologia reflexa, colposcopia e tratamento.
Dias 31 a 60	Equipe assistencial: iniciar convites confidenciais e navegação. RH: resolver barreiras de jornada e deslocamento sem receber laudos. Comunicação: publicar acesso concreto e conteúdo revisado.
Dias 61 a 90	Coordenação clínica: revisar pendências e perdas de seguimento. Gestão: avaliar cobertura, tempo de espera e desigualdades; corrigir os gargalos de capacidade.

27.1 Painel com denominadores clínicos

Indicador proposto	Definição operacional
Cobertura adequada	Pessoas elegíveis com rastreamento vigente ÷ população elegível conhecida. Informar período e lacunas cadastrais.
Resultado comunicado	Resultados com devolutiva documentada ÷ resultados liberados. Monitorar tempo até comunicação.
Seguimento oportuno	Pessoas com etapa indicada concluída no prazo clínico ÷ pessoas cujo prazo venceu no período.
Perda de seguimento	Pessoas com etapa vencida e sem conclusão ou transferência confirmada ÷ pessoas com etapa devida.
Tratamento das lesões	Pessoas com tratamento indicado e iniciado ÷ pessoas com indicação confirmada e prazo devido.
Equidade no acesso	Comparar cobertura e espera por território ou turno, apenas com grupos suficientemente grandes e dados permitidos.

27.2 Fechar o ciclo assistencial

Cada resultado que exige ação deve ter um responsável, próximo passo e data. A navegação confirma o agendamento, verifica a realização e registra o desfecho ou a transferência de cuidado. Recusa informada requer acolhimento e registro assistencial, nunca cobrança pela liderança.

A revisão mensal deve separar falha de contato, falta de vaga, custo, deslocamento e decisão pessoal. Corrigir causas do abandono, proteger pequenas células no painel e vedar acesso gerencial a resultados individuais. Não utilizar positividade do HPV para seleção de pessoal ou decisão de aptidão.

Ampliar o painel sem expor as pessoas

Para os novos eixos, acompanhar tempo de acesso, solicitações de ajuste respondidas, planos reavaliados e ações organizacionais concluídas. Informar população, período, exclusões e incompletude dos registros. Não inferir menopausa, gestação ou diagnóstico por idade, uso de benefícios ou comportamento digital.



28 Kit de comunicação: mensagens tecnicamente seguras

A comunicação deve ser curta o suficiente para ser usada, mas precisa preservar as nuances críticas. As pílulas abaixo podem virar intranet, e-mail, TV corporativa, FAQ ou cards. Sempre vincule um CTA real: onde procurar ajuda, onde consultar a rede, como usar o benefício ou com quem falar.

Tema	Mensagem-base	CTA
Outubro Rosa	Informação não é sinônimo de exame para todas as pessoas. O cuidado adequado depende de idade, risco, sintomas e avaliação clínica.	Consulte a orientação oficial e seu canal de saúde.
Rastreamento	No SUS, o MS prioriza mamografia bienal entre 50–74 anos. Há sociedades médicas com recomendações diferentes; converse com seu médico.	Acesse o FAQ com as diretrizes e a rede disponível.
Sintomas	Nódulo persistente, retração da pele/mamilo, secreção sanguinolenta ou mudança unilateral nova merecem avaliação — em qualquer idade.	Procure atendimento clínico.
Alto risco	História familiar importante, mutação conhecida ou radioterapia torácica prévia podem exigir acompanhamento diferente do rastreamento habitual.	Solicite avaliação individualizada.
Prevenção	Atividade física, menor consumo de álcool e peso saudável ajudam a reduzir parte do risco, mas não eliminam a possibilidade de câncer.	Conheça os programas de saúde disponíveis.
Direito ao exame	A CLT prevê até três dias em 12 meses para exames preventivos de câncer, devidamente comprovados.	Veja a política interna / RH.
Privacidade	Informação clínica é sensível. Seu diagnóstico e laudos não precisam circular entre gestores para que o trabalho seja ajustado.	Use os canais clínicos oficiais.
Retorno ao trabalho	Após tratamento, retorno pode precisar de ajuste gradual, ergonomia, flexibilidade ou reavaliação funcional.	Procure Medicina do Trabalho.

28.1 Roteiro de 90 segundos para gestores

SCRIPT SUGERIDO “Outubro Rosa não é uma cobrança para que todas as pessoas façam o mesmo exame. A empresa está disponibilizando informação baseada em fontes oficiais, canais de acesso e orientação sobre direitos. Se alguém trazer uma questão clínica, encaminhe para o canal de saúde — não peça detalhes diagnósticos. Se houver necessidade de ausência ou adaptação de trabalho, acione RH/Medicina do Trabalho pelos fluxos definidos. O papel do gestor é facilitar acesso e preservar respeito e confidencialidade.”



29 Anexo educativo sobre HPV

Texto educativo independente, elaborado a partir dos temas do material enviado e das fontes oficiais H2, H5 e H6. Sem marcas, contatos, produtos ou identificação comercial. Pode ser utilizado na intranet, em orientação individual e em ações de educação em saúde.

HPV pode afetar diferentes pessoas

O HPV é comum e pode ser transmitido por contato sexual, inclusive sem penetração. A ausência de sintomas não exclui infecção. Preservativos reduzem o risco, mas não protegem todas as áreas de contato. [H5]

Um resultado positivo não significa câncer nem infidelidade

O teste não permite determinar quando a infecção ocorreu ou quem a transmitiu. Muitas infecções tornam-se indetectáveis espontaneamente. A persistência de tipos oncogênicos é que exige atenção ao risco de lesões. Não há tratamento antiviral indicado para eliminar a infecção subclínica; lesões têm avaliação e tratamento próprios. [H5]

Verrugas e risco de câncer não são equivalentes

Os tipos que habitualmente causam verrugas são diferentes dos principais tipos oncogênicos. Uma verruga não deve ser interpretada como diagnóstico de câncer. Procure avaliação se houver lesões ou sintomas persistentes. [H5]

A prevenção inclui homens e mulheres

A vacinação de rotina no SUS contempla meninas e meninos. Homens também podem adoecer por HPV. O teste cervical não é um exame de rastreamento universal para homens ou um teste rotineiro de parceiros. [H5, H6]

Quem tem colo do útero precisa conhecer seu rastreamento

Converse com a equipe de saúde sobre elegibilidade, método disponível e próximo exame. Sangramento após relação, sangramento anormal ou outros sintomas persistentes exigem avaliação; não espere a campanha ou a data do rastreamento. [H2]

O que fazer agora

Confira sua situação vacinal com a unidade de saúde; verifique com o profissional assistente se o rastreamento está atualizado; guarde a orientação sobre o próximo passo. Se receber um resultado alterado, procure o serviço que o solicitou para entender a conduta e concluir o acompanhamento.

Para publicação na intranet: inserir aqui o canal assistencial validado, horários e forma de agendamento. Esse campo deve ser preenchido antes da circulação. Resultados clínicos devem ser tratados com a equipe de saúde, em ambiente confidencial.



30 IA generativa: acelerar disseminação sem perder governança

ChatGPT, Gemini, Microsoft Copilot e Claude podem acelerar apresentações, FAQs, papers, pílulas e materiais de treinamento. Em saúde, porém, o modelo deve operar como ferramenta de síntese: fonte primária continua sendo guideline, norma, lei ou artigo científico. O prompt maduro define hierarquia de fontes, data de corte, público, limites clínicos, formato de saída e mecanismo de fact-check.

Regra	Aplicação prática
Hierarquia de fontes	WHO/IARC → INCA/MS/ANS/MTE/Planalto → revisões sistemáticas → estudos primários.
Data de corte	Obrigatória em 2026, pois faixa de rastreamento, lei e cobertura foram atualizadas.
Divergência	Modelo deve mostrar recomendações diferentes, não “resolver” controvérsia por conta própria.
Privacidade	Não inserir laudos identificáveis ou dados individuais em ambiente não governado.
Revisão humana	Toda peça externa passa por revisão técnica e regulatória antes da publicação.
Proibição	Não usar IA para diagnosticar, prever câncer individual, definir aptidão ou inferir nexos ocupacionais.

30.1 Protocolo operacional para uso corporativo de IA

Etapas	Controle mínimo	Evidência de conclusão
1. Definir finalidade	Público, decisão que o material deve apoiar e escopo clínico explícitos.	Brief aprovado pelo owner de Saúde.
2. Fixar base técnica	Lista fechada de fontes prioritárias e data de corte.	Bibliografia/links anexados ao prompt ou workspace.
3. Sanitizar dados	Remover identificadores e evitar prontuários/laudos quando não forem necessários.	Registro do fluxo de dados e ambiente autorizado.
4. Gerar com restrições	Prompt especifica divergências, proibições, formato e nível de evidência.	Versão de trabalho identificada como conteúdo gerado.
5. Verificar	Checar números, leis, idade/periodicidade, DOI/PMID e linguagem de risco.	Checklist de fact-check concluído.
6. Aprovar	Revisão médico-técnica; Jurídico/Privacidade quando aplicável.	Responsável, versão e data registrados.
7. Monitorar	Revisar dúvidas, interpretações equivocadas e mudanças regulatórias.	Backlog e gatilho de atualização.

30.2 Red lines: o que não delegar ao modelo

Mesmo em ambientes corporativos protegidos, a IA generativa não deve ser tratada como decisor clínico. São linhas vermelhas: inferir diagnóstico ou prognóstico individual; classificar aptidão; produzir score de risco de câncer para uso de RH; sugerir nexos causais ocupacionais sem avaliação técnica; decidir elegibilidade de benefício; ou fabricar referências. Em qualquer saída, a responsabilidade pela publicação permanece humana e institucional.

QUALITY GATE ANTES DE PUBLICAR A peça identifica a fonte e a data? Distingue rastreamento de investigação diagnóstica? Expõe divergências relevantes sem tomar partido indevido? Evita dados pessoais sensíveis? Traz um CTA real? Foi revisada por alguém com competência técnica para responder pelo conteúdo? Se alguma resposta for “não”, o material ainda não está pronto.



IA / critérios para avaliar soluções e responsabilidades

30.3 Matriz de maturidade do uso de IA em conteúdo de saúde

Nível	Prática dominante	Risco / avanço necessário
0 — Copiar e publicar	Prompt genérico, sem fonte e sem revisão.	Risco alto de erro, desatualização e linguagem clínica inadequada.
1 — Prompt estruturado	Público, formato e objetivo definidos.	Ainda depende da memória do modelo; falta grounding e trilha de validação.
2 — Conteúdo ancorado	Fontes anexadas, data de corte e instrução de não inventar referências.	Adicionar revisão técnica e controle de versão.
3 — Processo governado	Fact-check, aprovação humana, privacidade e registro da versão.	Transformar prompts aprovados em ativos reutilizáveis.
4 — Knowledge asset	Prompt + pacote de fontes + checklist + owner + validade + histórico de revisões.	Modelo adequado para escala com governança e atualização periódica.

30.4 Artefatos mínimos para transformar prompt em ativo corporativo

Um prompt maduro não deve circular sozinho. Para uso recorrente, mantenha um pacote versionado com: prompt mestre; fontes primárias utilizadas; data de corte; exemplos de saída aceitável; checklist de fact-check; owner técnico; ambientes autorizados; critérios de anonimização; histórico de revisão; e prazo para revalidação. Isso reduz dependência do usuário individual e cria rastreabilidade do conhecimento produzido.

Antes de contratar uma solução com IA

A OMS destaca documentação, transparência, avaliação de riscos, validação e monitoramento como considerações centrais para IA em saúde. Essas orientações ajudam a formular perguntas; não constituem certificação de conformidade nem dispensam as exigências regulatórias aplicáveis ao uso concreto. [R15]

Verificação proposta	Evidência a solicitar
Finalidade e limites	Tarefa autorizada, público, contraindicações de uso e situações em que a ferramenta deve recusar ou escalar.
Desempenho e validade	Estudo na população e no contexto pretendidos; comparação adequada; resultados por subgrupos quando pertinentes.
Supervisão e rastreabilidade	Quem revisa, possibilidade de correção, registros de versão e de decisão e procedimento em caso de falha.
Privacidade e segurança	Fluxo de dados, retenção, acesso, uso secundário, fornecedores envolvidos e resposta a incidentes.
Responsabilidade e continuidade	Obrigações do fornecedor e do contratante, atualização do modelo, monitoramento e plano de contingência.

Uma demonstração comercial mostra uma possibilidade de uso. A contratação precisa mostrar as condições para uso confiável, os limites, a evidência de desempenho e quem responde pela correção de falhas.



31 Complemento dos prompts para prevenção

Anexar este bloco aos prompts dos capítulos 32 a 36, em ChatGPT, Gemini, Copilot ou Claude. Preencher também a configuração white label a seguir. O conteúdo gerado deve passar por revisão técnica antes da circulação.

31.1 Bloco mestre atualizado

Atue como equipe editorial de Saúde Ocupacional, epidemiologia e gestão assistencial. Produza material sobre prevenção do câncer de mama e do colo do útero, com educação sobre HPV para todos os gêneros. Use este guia e consulte as fontes H1–H6. Declare a data da busca, a data de publicação e o período dos dados. Se não conseguir consultar uma fonte, registre a limitação. Não invente atualização, recomendação ou referência.

Explique as diferenças entre vacinação, rastreamento de assintomáticos, investigação de sintomas e seguimento de alterações. Apresente o DNA-HPV oncogênico por PCR conforme a diretriz brasileira e a disponibilidade local. Não confunda incorporação nacional com implantação municipal. Não proponha exames anuais indiscriminados ou check-ups universais. Diferencie recomendação clínica, norma e proposta de gestão.

Converta cada recomendação operacional em responsável, público elegível, canal de acesso, próximo passo e indicador. Inclua vacinação, acesso à coleta, comunicação do resultado, investigação, tratamento e continuidade do cuidado. Mostre como reduzir perdas de seguimento e barreiras de jornada. Use apenas dados sintéticos em exemplos; não solicite laudos ou dados pessoais para alimentar o modelo.

31.2 Entregas por finalidade

Formato	Exigir no resultado
Apresentação executiva	12–15 slides: magnitude, prioridades, fluxo, capacidade da rede, orçamento e decisão requerida; fonte por afirmação quantitativa.
Paper ou white paper	Pergunta, método de busca, data de corte, hierarquia de evidência, síntese crítica, limites e referências verificáveis. Não chamar revisão narrativa de revisão sistemática.
Pílulas de intranet	12 mensagens breves com uma ação concreta e canal assistencial validado. Evitar culpa, alarmismo e promessas de proteção total.
Painel e auditoria	Denominadores, exclusões, prazos clínicos, privacidade e critérios de encerramento. Assinalar afirmações sem suporte e mudanças desde a versão anterior.

31.3 Direção visual e revisão final

Utilize a identidade visual de [EMPRESA_CLIENTE], com [LOGO_AUTORIZADO], [PALETA] e [TIPOGRAFIA]. A identidade AzevedoNetto deste guia é apenas um exemplo editorial e não deve ser transferida automaticamente para a peça do cliente. Sugira imagens de vacinação, consulta e navegação, com diversidade e licença verificada. Não reproduza marcas de fabricantes nem imagens íntimas. Imagens não constituem evidência clínica. Confira coerência entre texto, legenda e população; valide títulos, sumário, quebras e legibilidade.

31.4 Extensão obrigatória: saúde ao longo da vida laboral

Inclua, quando pertinente ao público, equidade e riscos psicossociais, gestação e maternidade, climatério e menopausa. Use as fontes R1–R15. Diferencie dado populacional, associação observacional, ensaio de intervenção, diretriz e proposta de gestão. Não trate sobrecarga doméstica como diagnóstico de burnout, idade como incapacidade ou cuidado da menopausa como terapia hormonal universal. Não prometa ROI ou redução de absenteísmo sem evidência aplicável. Converta ações em entregáveis, responsáveis, critérios de aceite e indicadores agregados. Use a identidade, a assinatura e os canais reais da organização definidos no bloco de personalização a seguir.



31.5 Configuração white label: a identidade do cliente

Preencha este bloco uma vez e cole-o antes de qualquer prompt dos capítulos 32 a 36. A organização define sua identidade e seus canais; as recomendações clínicas continuam sustentadas pelas fontes técnicas. A personalização não autoriza alterar resultados de pesquisas nem atribuir endosso às instituições citadas.

Campo para preencher	Informação a fornecer
[EMPRESA_CLIENTE] e [SETOR]	Nome de divulgação autorizado e contexto da organização.
[PÚBLICO] e [OBJETIVO]	Quem receberá a peça e qual ação concreta ela deve facilitar.
[LOGO_AUTORIZADO], [PALETA], [TIPOGRAFIA]	Manual de marca e arquivos cujo uso foi autorizado. Se ausentes, solicitar ou propor alternativa neutra.
[ASSINATURA_CLIENTE] e [CONTATOS]	Área responsável, telefone, e-mail e site que devem aparecer na peça.
[CANAL_DE_CUIDADO] e [FLUXO_LOCAL]	Onde agendar, quem orienta e como ocorre o encaminhamento; informar apenas serviços disponíveis.
[REVISOR_TÉCNICO] e [DATA_DE_CORTE]	Responsável pela validação final e data usada para verificar fontes.

Bloco pronto para copiar e completar

“Produza o material para [EMPRESA_CLIENTE], do setor [SETOR], destinado a [PÚBLICO], com o objetivo de [OBJETIVO]. Aplique exclusivamente a identidade visual autorizada: [LOGO_AUTORIZADO], [PALETA] e [TIPOGRAFIA]. Assine como [ASSINATURA_CLIENTE] e apresente [CONTATOS]. Toda chamada para ação deve encaminhar ao [CANAL_DE_CUIDADO], respeitando [FLUXO_LOCAL]. Não use nome, logo, contatos ou pitch da AzevedoNetto como se fossem os do cliente. Preserve as referências científicas e normativas, com [DATA_DE_CORTE], e encaminhe a versão a [REVISOR_TÉCNICO]. Campos não preenchidos devem ser sinalizados; não invente serviços, profissionais, resultados ou credenciais. Use apenas informações institucionais e exemplos sintéticos, sem dados identificáveis de saúde.”

Exemplo fictício de preenchimento

EMPRESA_CLIENTE: Empresa Exemplo; SETOR: logística; PÚBLICO: equipes administrativas e operacionais; OBJETIVO: orientar acesso à prevenção indicada; PALETA: azul e verde do manual do cliente; ASSINATURA_CLIENTE: Equipe de Saúde da Empresa Exemplo; CANAL_DE_CUIDADO: [inserir canal real validado]. O exemplo ilustra a substituição dos campos e não representa uma empresa, rede ou serviço existente.

White label refere-se à adaptação da apresentação, da assinatura e dos canais de aplicação. As evidências permanecem atribuídas aos estudos, diretrizes e instituições que as produziram. Bancos de imagens são recursos visuais, não fontes de recomendação clínica.



32 Prompt mestre — apresentação executiva

COMO USAR Anexe este guia e, quando possível, as fontes oficiais. O prompt abaixo foi desenhado para reduzir simplificação indevida e deixar rastreabilidade técnica.

PROMPT 1 ATUE COMO um consultor sênior em Medicina do Trabalho, Saúde Corporativa, Saúde Populacional e prevenção oncológica, com experiência em governança, desenho de benefício e comunicação executiva.

OBJETIVO: criar uma apresentação de 12 a 15 slides sobre OUTUBRO ROSA 2026 para [EMPRESA], destinada a [DIRETORIA/RH/SESMT/GESTORES/COLABORADORES]. A apresentação deve converter campanha em estratégia de saúde: prevenção, rastreamento responsável, diagnóstico oportuno, navegação, proteção de dados e retorno ao trabalho.

FONTES E HIERARQUIA: priorize WHO/IARC Global Breast Cancer Initiative, INCA/Ministério da Saúde, ANS, MTE/NR-7, Planalto/CLT e revisões sistemáticas indexadas em PubMed/Cochrane. Data de corte: setembro de 2026. Não use blogs como fonte primária. Não invente DOI, número, lei ou recomendação.

REGRAS TÉCNICAS: (1) diferencie rastreamento, diagnóstico precoce e alto risco; (2) explique que o MS prioriza mamografia bianual 50–74 anos no SUS e que existem recomendações diferentes de sociedades médicas; (3) explique que cobertura ANS não equivale a diretriz populacional; (4) inclua Lei 15.377/2026 e CLT art. 473 XII; (5) não trate mamografia como requisito ocupacional; (6) trate RTW por capacidade funcional e demanda do trabalho; (7) se citar trabalho noturno, informe IARC Grupo 2A sem inferir nexos individuais; (8) preserve LGPD e não proponha coleta de laudos pelo RH.

ESTRUTURA: contexto 2026; epidemiologia; prevenção primária; rastreamento e controvérsias; sinais de alerta; alto risco; arquitetura corporativa; lei/compliance; navegação; RTW; indicadores; roadmap de 30 dias; conclusão.

PARA CADA SLIDE: título; uma mensagem central; 3–5 pontos; visual sugerido; “o que a liderança deve decidir”; fonte curta no rodapé. Ao final, gere uma página de referências verificáveis e uma lista de 5 riscos de comunicação a evitar.

APLICAR O BLOCO INTEGRADO DO CAPÍTULO 31: incorporar HPV, saúde ao longo da vida laboral, equidade, maternidade e menopausa conforme o objetivo; usar as fontes H e R, declarar limites da evidência e a data de corte.

Ajuste de escopo para esta edição

Se o objetivo for apresentar a agenda completa de saúde da mulher, ampliar para 18–22 slides: adicionar equidade e riscos psicossociais; gestação/maternidade; climatério/menopausa; avaliação de serviços contratados. Se a apresentação tiver apenas 12–15 slides, escolher o recorte e declarar o que ficou fora, preservando a clareza.



33 Prompt mestre — white paper / paper técnico

PROMPT 2 ATUE COMO pesquisador em Medicina do Trabalho, Saúde Corporativa e prevenção do câncer. Produza um white paper técnico de 4.500–6.000 palavras, em português, com o título: “Outubro Rosa no trabalho: da conscientização à linha de cuidado corporativa”.

PERGUNTA CENTRAL: como organizações podem apoiar prevenção, detecção precoce, acesso, continuidade assistencial e retorno ao trabalho sem transformar campanha em rastreamento indiscriminado nem invadir a esfera clínica individual?

MÉTODO: faça síntese com hierarquia de evidência. Priorize WHO/IARC, INCA/MS, ANS, MTE/NR-7, legislação federal, Cochrane, revisões sistemáticas e meta-análises. Para cada dado, identifique ano, população e fonte. Diferencie: fato epidemiológico; recomendação de guideline; regra legal; evidência de intervenção; interpretação de gestão.

SEÇÕES OBRIGATÓRIAS: 2026 no Brasil; epidemiologia; prevenção modificável; exposições ocupacionais e limites de causalidade; rastreamento x diagnóstico precoce x alto risco; divergência de diretrizes; Lei 15.377/2026 e art. 473; limites do PCMSO; patient navigation; retorno ao trabalho e funcionalidade; equidade/toxicidade financeira; LGPD; Health Analytics; modelo de maturidade; implicações para empresas.

SAÍDA: referências em Vancouver com DOI/URL verificável; tabela “afirmação-chave x fonte x tipo de evidência x limitação”; seção final “o que não sabemos ainda”. Não crie referências fictícias.

APLICAR O BLOCO INTEGRADO DO CAPÍTULO 31: incorporar HPV, saúde ao longo da vida laboral, equidade, maternidade e menopausa conforme o objetivo; usar as fontes H e R, declarar limites da evidência e a data de corte.

34 Prompt mestre — pílulas de intranet e microlearning

PROMPT 3 CRIE 12 pílulas de intranet sobre Outubro Rosa 2026 para uma empresa brasileira. Cada pílula deve ter: headline de até 8 palavras; texto de 70–100 palavras; CTA operacional; fonte oficial; e uma nota interna “risco de interpretação”.

LINGUAGEM: adulta, clara, não infantilizada, sem culpabilização, sem prometer prevenção total. Não diga que autoexame substitui mamografia. Não use uma idade de rastreamento sem identificar a diretriz. Não confunda cobertura da ANS com recomendação populacional. Inclua 2 pílulas sobre direitos trabalhistas, 2 sobre sinais/diagnóstico precoce, 1 sobre alto risco, 1 sobre privacidade, 1 sobre RTW e 1 sobre prevenção modificável.

BASE: INCA/MS, WHO/IARC, ANS e legislação vigente até setembro de 2026. Se a fonte divergir de sociedade médica, sinalize de forma neutra e encaminhe para decisão clínica.

APLICAR O BLOCO INTEGRADO DO CAPÍTULO 31: incorporar HPV, saúde ao longo da vida laboral, equidade, maternidade e menopausa conforme o objetivo; usar as fontes H e R, declarar limites da evidência e a data de corte.



35 Prompt mestre — Health Analytics / dashboard

PROMPT 4 ATUE COMO Head de Saúde Corporativa e médico do trabalho. Desenhe um dashboard para uma linha corporativa de câncer de mama SEM dados identificáveis. Proponha indicadores de: alcance qualificado, acesso, tempo de agendamento, continuidade após exame alterado, perda de seguimento, barreiras de rede, afastamento agregado e retorno ao trabalho.

PARA CADA INDICADOR: definição; numerador; denominador; periodicidade; fonte; owner; viés principal; regra de supressão de pequenas células; decisão que pode suportar. Separe leading e lagging indicators.

LIMITES: não use BI-RADS, estadiamento, mutação genética ou esquema terapêutico em painel de RH; não crie score individual; não use IA para prever diagnóstico; não trate volume de exames como proxy isolado de qualidade. Ao final, proponha 5 alertas que indiquem falha sistêmica de acesso e 5 perguntas para auditoria do plano/rede.

APLICAR O BLOCO INTEGRADO DO CAPÍTULO 31: incorporar HPV, saúde ao longo da vida laboral, equidade, maternidade e menopausa conforme o objetivo; usar as fontes H e R, declarar limites da evidência e a data de corte.

36 Prompt mestre — fact-check e auditoria técnica

PROMPT 5 AUDITE tecnicamente o material de Outubro Rosa abaixo. Classifique cada afirmação como: SUPOSTADA; SUPOSTADA COM RESSALVA; CONTROVERSA; DESATUALIZADA; NÃO SUPOSTADA; ou POTENCIALMENTE DANOSA.

VERIFIQUE ESPECIALMENTE: idade/periodicidade da mamografia; diferença entre SUS, sociedade médica e cobertura ANS; ultrassonografia; autoexame; sinais de alerta; alto risco; fatores modificáveis; trabalho noturno/radiação; direito trabalhista; PCMSO; patient navigation; retorno ao trabalho; números epidemiológicos.

PARA CADA ITEM: frase original; classificação; justificativa; versão corrigida; fonte primária; data da fonte. Data de corte: setembro de 2026. Se houver divergência legítima, descreva ambas sem escolher uma como “verdade universal”. Não invente fonte ou DOI.

APLICAR O BLOCO INTEGRADO DO CAPÍTULO 31: incorporar HPV, saúde ao longo da vida laboral, equidade, maternidade e menopausa conforme o objetivo; usar as fontes H e R, declarar limites da evidência e a data de corte.



V | COMUNICAÇÃO, IA E DISSEMINAÇÃO

Direção visual e comunicação dos novos eixos

36.1 Bloco visual reutilizável para anexar aos prompts

Acrescente o bloco abaixo aos prompts para gerar apresentação, carrossel, intranet, banner, one-page ou white paper. Preencha os campos da organização conforme a configuração white label do capítulo 31; mantenha a fundamentação científica e adapte a identidade visual.

Bloco visual sugerido: “Adote a identidade de [EMPRESA_CLIENTE], com [LOGO_AUTORIZADO], [PALETA] e [TIPOGRAFIA]. Use composição limpa, hierarquia tipográfica clara, quadros executivos, gráficos simples e fotografia documental. Priorize diversidade de idade, raça/cor, corpos e contextos de trabalho. Prefira cenas de consulta, orientação, mamografia, equipe multiprofissional, navegação em saúde, retorno ao trabalho e colaboração entre RH, saúde e gestão. Evite excesso de laços, sexualização, iconografia alarmista ou qualquer visual que sugira mamografia como requisito ocupacional. Gráficos devem preservar valores, população, período e fontes verificáveis. Diferencie rastreamento, alto risco, diagnóstico precoce e cobertura assistencial. Use [ASSINATURA_CLIENTE] e [CANAL_DE_CUIDADO] no encerramento. Se não houver manual de marca, proponha uma paleta neutra para aprovação; não adote automaticamente a marca ou o pitch AzevedoNetto.”

Tema	Mensagem educativa adaptável	Próximo passo
Menopausa	Sintomas variam. Você pode buscar avaliação e conversar sobre ajustes que ajudem no trabalho.	Canal clínico e fluxo de solicitação de apoio.
Maternidade	Pré-natal, condições seguras e apoio ao retorno fazem parte de uma jornada contínua.	Acesso ao pré-natal e à Medicina do Trabalho.
Saúde mental	Sobrecarga e condições de trabalho merecem atenção. Pedir apoio não deve comprometer sua trajetória.	Cuidado confidencial e canais de resposta organizacional.
HPV	Vacinação e rastreamento cervical têm papéis complementares na prevenção. Um resultado alterado precisa de continuidade.	Unidade de saúde e equipe assistente.

Brief visual para ampliar o banco de imagens

Solicite fotografias documentais de mulheres em diferentes funções, idades e contextos de trabalho; conversas de cuidado, maternidade e retorno; liderança e colaboração. Para menopausa, evitar imagens que associem idade a fragilidade ou caricaturas de calor e irritabilidade. Para gestação, representar autonomia e segurança. Não usar imagens sintéticas como registro de pacientes ou resultados reais.

Antes de circular qualquer peça: preencher o canal real de acesso, conferir direitos de imagem/licença, validar o texto técnico e testar legibilidade em celular e intranet.



37 Referências técnicas e base da atualização

Fontes 1–31: núcleo de mama, gestão e regulação da edição anterior. H1–H6: rastreamento cervical e HPV, agora integrados ao corpo do guia. R1–R15: ampliação temática desta edição. Consulta dirigida concluída em 29/09/2026.

Fonte	Referência
1	World Health Organization. Breast cancer. Fact sheet. Updated 3 Jul 2026. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer
2	World Health Organization. Global Breast Cancer Initiative implementation framework: assessing, strengthening and scaling-up services for early detection and management of breast cancer. Geneva: WHO; 2023.
3	World Health Organization. Global Breast Cancer Initiative: operational approach based on 3 pillars. WHO; accessed Sep 2026.
4	Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2026–2028: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2026.
5	INCA. Câncer de mama — versão para população. Estimativa 2026–2028; mortalidade 2024. Atualizações 2025–2026.
6	INCA / Ministério da Saúde. Detecção precoce do câncer de mama. Rastreamento prioritário 50–74 anos, periodicidade bienal. Atualização 2025.
7	INCA. Ministério da Saúde padroniza informações para acesso ao exame de mamografia no SUS. 29 set 2025.
8	Agência Nacional de Saúde Suplementar. ANS aprova mamografia digital sem restrição de idade. 10 set 2026; vigência em 1 out 2026.
9	Brasil. Lei nº 15.377, de 2 de abril de 2026. Acrescenta art. 169-A e §3º ao art. 473 da CLT.
10	Brasil. Consolidação das Leis do Trabalho, art. 473, XII; Lei nº 13.767, de 18 de dezembro de 2018.
11	Ministério do Trabalho e Emprego. NR-7 — Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. Itens 7.5.7–7.5.12 e 7.5.9.1. Texto vigente em 2026.
12	International Agency for Research on Cancer. IARC Monographs Volume 124: Night Shift Work. Lyon: IARC; 2020.
13	World Cancer Research Fund / AICR. Breast cancer: prevention evidence and Cancer Prevention Recommendations. Updates 2024–2025.
14	INCA. Fatores de risco para câncer de mama. Atualização 2025–2026.
15	INCA. Detecção precoce: alto risco e acompanhamento individualizado; critérios de risco hereditário e radioterapia torácica prévia. Atualização 2025–2026.



VI | FONTES E CURADORIA

Referências / continuidade assistencial e gestão

Fonte	Referência
16	Nelson HD, Cantor AG, Pappas M, Blackie K, Yu Y, Fu R. Patient Navigation Services for Breast and Cervical Cancer Screening and Follow-Up: A Meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2025;185(8):976-985. doi:10.1001/jamainternmed.2025.1590.
17	de Boer AGEM, Tamminga SJ, Boschman JS, Hoving JL. Non-medical interventions to enhance return to work for people with cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2024;3:CD007569. doi:10.1002/14651858.CD007569.pub4.
18	Zomkowski K, de Souza BC, da Silva FP, et al. Physical symptoms and working performance in female breast cancer survivors: a systematic review. Disabil Rehabil. 2018;40(13):1485-1493. doi:10.1080/09638288.2017.1300950.
19	Lewis J, Mackenzie L. Cognitive changes after breast cancer: a scoping review to identify problems encountered by women when returning to work. Disabil Rehabil. 2022;44(18):5310-5328. doi:10.1080/09638288.2021.1919216.
20	Algeo N, Bennett K, Connolly D. Rehabilitation interventions to support return to work for women with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. BMC Cancer. 2021;21(1):895. PMID:34353286; doi:10.1186/s12885-021-08613-x.
21	Sun Y, Shigaki CL, Armer JM. Return to work among breast cancer survivors: a literature review. Support Care Cancer. 2017;25(3):709-718. doi:10.1007/s00520-016-3446-1.
22	Rodríguez-Riesco L, Gil-Olarte P, Ruiz-González P, Brandão T, Morales-Sánchez L, Guil R. The Impact of Oncological Treatments on Return to Work, Work Ability, and Sickness Absence in Breast Cancer Survivors: A Systematic Review. J Occup Rehabil. 2026 Sep 12. PMID:42732013; doi:10.1007/s10926-026-10447-y.
23	Yin J, Wang C, Hou Y, et al. Financial toxicity among patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncologist. 2026;31(2):oyaf417. doi:10.1093/oncolo/oyaf417.
24	Yousefi MS, Ilkhani M, Nasiri M, Akbari ME, Heshmati Nabavi F, Zohari Anboohi S. Application of patient navigation programs across the entire continuum of breast cancer care: a GRADE-assessed systematic review with meta-analysis. Support Care Cancer. 2026;34(8):812. PMID:42525303; doi:10.1007/s00520-026-10998-z.
25	Baccolini V, et al. The association between adherence to cancer screening programs and health literacy: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2022;155:106927. doi:10.1016/j.ypmed.2021.106927.
26	Baik SH, Gallo LC, Wells KJ. Patient Navigation in Breast Cancer Treatment and Survivorship: A Systematic Review. J Clin Oncol. 2016;34(30):3686-3696. doi:10.1200/JCO.2016.67.5454.
27	Chen M, et al. Patient Navigation in Cancer Treatment: A Systematic Review. Curr Oncol Rep. 2024;26(5):504-537. doi:10.1007/s11912-024-01514-9.
28	Brasil. Lei nº 13.709/2018. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais — dados pessoais sensíveis de saúde.
29	Brasil. Lei nº 14.238/2021. Estatuto da Pessoa com Câncer.
30	Brasil. Lei nº 12.732/2012, com alterações posteriores. Prazo para primeiro tratamento de neoplasia maligna no SUS.
31	Comissão Nacional de Mamografia (CBR/SBM/FEBRASGO). Nota técnica sobre o rastreamento do câncer de mama no Brasil. 27 jan 2025. Recomenda mamografia anual, preferencialmente digital, dos 40 aos 74 anos e individualização a partir dos 75 anos.



VI | FONTES E CURADORIA

Referências / HPV e saúde ao longo da vida laboral

[H1] Ministério da Saúde. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, Parte I. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29/07/2025. Base para incorporação, tecnologia e triagem. [Acessar fonte oficial](#)

[H2] INCA. Detecção precoce do câncer do colo do útero. Página técnica sobre população-alvo, periodicidade e transição do rastreamento. [Acessar fonte oficial](#)

[H3] INCA. Estimativa 2026–2028. Síntese de Resultados e Comentários. Estimativas de incidência e dados de mortalidade com seus respectivos períodos. [Acessar fonte oficial](#)

[H4] OMS. One in three men worldwide are infected with genital human papillomavirus. 01/09/2023. Síntese da meta-análise de Bruni et al., Lancet Global Health 2023;11:e1345–e1362. [Acessar fonte oficial](#)

[H5] CDC. Human Papillomavirus Infection. STI Treatment Guidelines. Base para aconselhamento, transmissão e limites da testagem; não utilizada para definir calendário vacinal brasileiro. [Acessar fonte oficial](#)

[H6] Ministério da Saúde. HPV. Informações sobre vacinação no SUS e implementação do teste molecular. Para casos especiais, confirmar normas atuais do PNI e do serviço. [Acessar fonte oficial](#)

[R1] IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Síntese “As mulheres do Brasil”, 2024; dados de uso do tempo de 2022. [Acessar fonte](#)

[R2] ILO. Unpaid care work prevents 708 million women from participating in the labour market. 29 out 2024; estimativas de 2023. [Acessar fonte](#)

[R3] WHO. Mental health at work. Fact sheet. Atualização de 15 set 2026. [Acessar fonte](#)

[R4] WHO. Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. 28 maio 2019. [Acessar fonte](#)

[R5] Brasil. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. Brasília: MS; 2022. [Acessar fonte](#)

[R6] ACOG. Employment Considerations During Pregnancy and the Postpartum Period. Committee Opinion No. 733. 2018. Síntese institucional sobre saúde, segurança e condições de trabalho. [Acessar fonte](#)

[R7] NICE. Menopause: identification and management. Guideline NG23. Atualização: 15 abr 2026. [Acessar fonte](#)



VI | FONTES E CURADORIA

Referências / interpretação e limites da evidência

[R8] Hardy C, Griffiths A, Norton S, Hunter MS. MENOS@Work: a multicenter randomized controlled trial. *Menopause*. 2018;25(5):508–519. doi:10.1097/GME.0000000000001048. [Acessar fonte](#)

[R9] National Cancer Institute. Ovarian, Fallopian Tube, and Primary Peritoneal Cancers Screening (PDQ), Health Professional Version. [Acessar fonte](#)

[R10] National Cancer Institute. Endometrial Cancer Screening (PDQ), Health Professional Version. [Acessar fonte](#)

[R11] ANS. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, Anexo I da RN 465/2021 e atualizações. Item “HPV – tipagem por PCR”. Confirmar versão vigente e cobertura aplicável na contratação. [Acessar fonte](#)

[R12] Lei J et al. HPV Vaccination and the Risk of Invasive Cervical Cancer. *N Engl J Med*. 2020;383:1340–1348. doi:10.1056/NEJMoa1917338. [Acessar fonte](#)

[R13] Scott J et al. Menopause and the healthcare workforce: a scoping review and stakeholder consultation. *BMC Health Serv Res*. 2026;26:286. doi:10.1186/s12913-025-13906-z. [Acessar fonte](#)

[R14] NHS England. Supporting our NHS people through menopause: guidance for line managers and colleagues. Novembro de 2022. [Acessar fonte](#)

[R15] WHO. Regulatory considerations on artificial intelligence for health. Geneva: WHO; 2023. ISBN 978-92-4-007887-1. [Acessar fonte](#)

Como ler as recomendações deste guia

Tipo de conteúdo	Como foi utilizado
Diretriz ou norma	Sustenta critérios clínicos ou obrigações dentro de sua jurisdição e população. Diretriz internacional não é lei brasileira.
Estudo de intervenção	Informa efeito em participantes, intervenção e desfechos definidos; não autoriza extrapolar para qualquer programa.
Estudo observacional / estatística populacional	Descreve associação ou magnitude. Não demonstra causalidade individual nem desempenho de uma empresa.
Proposta de aplicação operacional	Modelos de fluxo, contrato, indicadores e prazos de implantação para adaptação. Não são protocolos clínicos validados.

Escopo: revisão narrativa e atualização dirigida dos temas solicitados. Não houve busca sistemática exaustiva, avaliação GRADE independente ou meta-análise própria. Os anos de publicação e dos dados são apresentados separadamente quando diferem. Fontes dinâmicas e disponibilidade assistencial exigem revalidação antes da implantação.

NOTA EDITORIAL Material técnico produzido pela AzevedoNetto Health Advisory para disseminar conhecimento e apoiar decisões em Saúde Ocupacional e Saúde Corporativa. Normas, coberturas e recomendações podem mudar; valide sempre a versão vigente. Este guia não substitui avaliação clínica individual, decisão compartilhada, protocolo institucional, responsabilidade técnica nem aconselhamento jurídico.



38 Banco de imagens de referência — curadoria e uso recomendado

Para apresentações, e-mails, intranet, cartilhas e peças derivadas deste guia, recomenda-se usar referências visuais que reforcem credibilidade clínica, diversidade e contexto corporativo. O melhor resultado costuma vir da combinação entre acervo institucional próprio, fontes oficiais e bancos royalty-free com curadoria estética consistente.

Critérios mínimos de curadoria visual

- diversidade etária, racial e corporal;
- ambientes reais de trabalho e cuidado;
- presença de acolhimento e autonomia;
- ausência de promessas simplistas;
- compatibilidade com LGPD, consentimento e direito de imagem;
- coerência com a paleta e o tom editorial AzevedoNetto.



INCA / câncer de mama



MS / rastreamento



Lei 15.377/2026



ANS / mamografia digital



WHO / Breast Cancer



IARC / Night Shift

Curadoria para a agenda ampliada

Buscar cenas de cuidado e trabalho que representem diversidade de idade, raça/cor, corpos, funções e territórios. O objetivo visual é mostrar autonomia, colaboração e acesso. Imagens de vacinação e consulta podem apoiar o eixo HPV; gestação e retorno pedem contextos seguros; menopausa pode ser representada por profissionais maduras em atividade, sem estereótipos.

Termos adicionais: “women workplace wellbeing”, “pregnancy occupational health”, “menopause workplace support”, “midlife women leadership”, “breastfeeding return to work”, “HPV vaccination counseling”. Conferir licença e consentimento de cada ativo antes de publicar.



VI | FONTES E CURADORIA

38.1 Diretório de fontes visuais

Diretório de recursos visuais. A fundamentação clínica do guia está nas referências técnicas; fotografias e peças de comunicação não substituem evidências científicas.

Fonte / banco	Quando priorizar	O que buscar	Observações
INCA / Ministério da Saúde / campanhas oficiais	Quando o objetivo for reforçar aderência institucional e comunicação pública	Peças oficiais, selos de campanha, ilustrações educativas, infográficos e materiais de prevenção	Excelente para contextualização; evitar poluição visual e copiar campanha sem adaptação estratégica.
OMS / OPAS / NCI / CDC PHIL	Quando o material exigir robustez internacional, gráficos ou imagens educativas técnicas	Infográficos, imagens de mamografia, fluxos de cuidado, prevenção, equity, screening	Úteis para papers, aulas e dashboards; validar licença e idioma antes do uso.
Unsplash / Pexels / Nappy	Quando precisar de fotografia limpa e contemporânea para intranet, slide e one-page	Mulheres em contexto profissional, consulta, equipe de saúde, acolhimento, diversidade	Curar bem para evitar clichês; priorizar imagens menos posadas e mais documentais.
Bibliotecas internas de provedores / operadoras / hospitais parceiros	Quando houver parceria assistencial e necessidade de material educativo conjunto	Navegação, exames, cuidado coordenado, linhas de apoio, retorno ao trabalho	Solicitar autorização formal e padronizar créditos e versão final.
Banco pago com licença corporativa (ex.: Getty-like / Adobe-like / Shutterstock-like)	Quando houver orçamento e necessidade de busca mais específica	Patient navigation, mammography suite, oncology support, corporate wellbeing	Usar conforme licença contratada; preferir imagem final sem marcas ou textos embutidos.

Sugestões de termos para busca: “breast cancer screening counseling”, “mammography appointment”, “patient navigation healthcare”, “working woman healthcare consultation”, “return to work after treatment”, “corporate health education women”, “occupational health counseling”, “health analytics dashboard healthcare”.

Orientação de uso nos prompts: sempre que possível, peça explicitamente “usar imagens documentais, diversas e pouco posadas” e informe o papel de cada visual (capa, apoio de dado, humanização, jornada do cuidado, retorno ao trabalho). Isso aumenta consistência e evita saídas genéricas.

Quer avaliar uma solução ou apoiar a aplicação deste material?

AzevedoNetto Health Advisory | +55 11 94442-6969

contato@azevedonetto.com.br

www.azevedonetto.com.br