



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

HOSANA MÔNICA FERNANDES TABOSA

A POLÍTICA PÚBLICA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER SOB A LENTE DAS
USUÁRIAS: UM ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO
CÂNCER DO CEARÁ

FORTALEZA

2025

HOSANA MÔNICA FERNANDES TABOSA

A POLÍTICA PÚBLICA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER SOB A LENTE DAS
USUÁRIAS: UM ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes.

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- T117p Tabosa, Hosana Mônica Fernandes.
A política pública de rastreamento do câncer sob a lente das usuárias : um estudo de caso no instituto de prevenção do câncer do Ceará / Hosana Mônica Fernandes Tabosa. – 2025.
96 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências Agrárias, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes.
1. Política de saúde. 2. Mamas - Câncer. 3. Colo uterino - Câncer. 4. Saúde da mulher. 5. Serviços de saúde para mulheres. I. Título.

CDD 320.6

HOSANA MÔNICA FERNANDES TABOSA

A POLÍTICA PÚBLICA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER SOB A LENTE DAS
USUÁRIAS: UM ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER
DO CEARÁ

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial a obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Avaliação de políticas públicas.

Aprovada em 22/07/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Thiago Oliveira da Silva Novaes (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Adriana de Oliveira Alcântara
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Lauro Vieira Perdigão Neto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Aos meus pais, pilares da minha jornada.

À minha mãe, que me guiou com amor, força e sabedoria, e cuja presença permanece viva em cada conquista. Embora não esteja fisicamente aqui neste momento, seu apoio incondicional e seu exemplo continuam a me inspirar.

Ao meu pai, que segue ao meu lado, fortalecendo-me nos desafios e celebrando comigo cada vitória. Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus e N. Sra. Aparecida, que fortalecem minha fé e, em meio aos desafios da vida, me guiam com determinação e coragem.

Ao meu esposo, Otacílio Fernandes, cuja dedicação, incentivo constante foram fundamentais em cada etapa deste mestrado. Seu incentivo foi o alicerce que tornou possível essa realização.

À minha irmã Socorro, ao meu cunhado Izaildo e à minha sobrinha Mariza, cujo incentivo, positividade constante e confiança em minha capacidade foram fundamentais para essa jornada.

Aos meus amigos Alexandre Diniz e José Luís, que sempre estiveram ao meu lado, nos momentos de alegria e nos desafios, oferecendo apoio e demonstrando confiança genuína em mim.

À Universidade Federal do Ceará – UFC, especialmente ao Mestrado Profissional de Avaliação de Políticas Públicas – MAPP, por abraçarem os profissionais da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

Ao professor Dr. Thiago Novaes, cuja generosidade e dedicação foram fundamentais ao longo desta trajetória. Sua presença constante e expertise como antropólogo enriqueceram significativamente este trabalho e ampliaram minha perspectiva como profissional de saúde.

À Professora Dra. Adriana Alcântara, por integrar minha banca de mestrado e por sua valiosa presença também na qualificação. Sua dedicação e excelência como docente foram valiosas na minha formação.

Ao Dr. Lauro Perdigão, por gentilmente aceitar o convite para compor minha banca de mestrado. Sua atuação como gestor na saúde cearense, marcada pela empatia e simplicidade, é fonte de inspiração e motivo de grande honra para mim.

Ao Instituto de Prevenção do Câncer e seus trabalhadores e trabalhadoras, unidade pública estadual, na qual trabalho e realizei a pesquisa.

Às mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde – SUS, que enfrentam dores e desafios com força e resiliência, minha gratidão.

“Maria, Maria, é um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece viver e amar
Como outra qualquer do planeta
Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri quando deve chorar
E não vive, apenas aguenta
Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca, Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria
Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca possui
A estranha mania de ter fé na vida.”
(Milton Nascimento)

RESUMO

No início do século XXI, o Brasil sofreu um aumento expressivo na carga de doenças crônicas, incluindo o câncer. São esperados 704 mil casos novos de câncer no Brasil para cada ano do triênio 2023-2025. Nas mulheres, o câncer de mama é o mais incidente, com 74 mil casos novos previstos por ano até 2025; enquanto o câncer do colo do útero ocupa posição de destaque nas regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano. O Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará realiza diagnóstico de câncer de mama e de colo uterino, objeto deste estudo, e recebe pacientes encaminhadas por unidades básicas de saúde via regulação estadual de pacientes, porém a porta é aberta, com acolhimento a mulheres em busca de explicações sobre exames realizados em outras unidades de saúde. Para isso, foi conduzida uma pesquisa cujo objetivo foi de avaliar a política pública de saúde de controle do câncer de colo uterino e câncer de mama em uma unidade secundária do Estado do Ceará. Com o intuito de extrair o máximo de informações, foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva, com entrevistas semiestruturadas, pois pré-determinam em maior grau as respostas a serem obtidas. A análise de conteúdo orientou a interpretação dos dados, buscando compreender os aspectos subjetivos e sociais por trás dos números e contribuir para avaliações mais aprofundadas para superar a mera atribuição de eficácia ou não das políticas públicas pensadas para o bem da sociedade. O resultado revelou importantes dados sobre o acesso e o acolhimento das pacientes, indicando que há desafios relacionados à regulação de pacientes. A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar padrões nas percepções das participantes, evidenciando tanto avanços quanto fragilidades na implementação das estratégias de controle do câncer, não somente pela estrutura dos serviços, mas também pela vulnerabilidade social. O acolhimento e a valorização das vozes das mulheres emergem como ferramentas fundamentais para o aprimoramento das políticas públicas, garantindo um atendimento mais humanizado e eficaz. Este estudo contribui para a compreensão do acesso ao serviço especializado, e reforça a necessidade de avaliações aprofundadas para aprimorar a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

Palavras-chave: políticas públicas; câncer; câncer de mama; câncer de colo uterino; avaliação em profundidade; acesso.

ABSTRACT

At the beginning of the 21st century, Brazil experienced a significant increase in the burden of chronic diseases, including cancer. An estimated 704,000 new cancer cases are expected annually in Brazil during the 2023–2025 period. Among women, breast cancer is the most common (after non-melanoma skin cancer), with 74,000 new cases projected per year until 2025. Cervical cancer remains a major concern in regions with lower Human Development Indexes. The Cancer Prevention Institute of Ceará performs diagnoses of breast and cervical cancer—the focus of this study—and receives patients referred by primary healthcare units through the state’s patient regulation system. However, it also operates with an open-door policy, welcoming women seeking clarification about exams conducted in other healthcare facilities. To investigate this, a study was conducted with the objective of evaluating the public health policy for the control of cervical and breast cancer in a secondary care unit in the state of Ceará. A descriptive qualitative approach was adopted to extract the most comprehensive information possible. Semi-structured interviews were used, as they allow for a greater degree of predetermined responses. Content analysis guided the interpretation of the data, aiming to understand the subjective and social aspects behind the numbers and to contribute to more in-depth evaluations beyond the mere attribution of effectiveness to public policies designed for the common good. The results revealed important data on patient access and reception, indicating challenges related to the patient regulation process. The content analysis of the interviews identified patterns in participants’ perceptions, highlighting both progress and weaknesses in the implementation of cancer control strategies—not only due to the structure of services but also because of social vulnerability. Welcoming practices and valuing women's voices emerge as fundamental tools for improving public policies, ensuring more humane and effective care. This study contributes to the understanding of access to specialized services and reinforces the need for in-depth evaluations to enhance the effectiveness of public policies aimed at women's health.

Keywords: Public policies; cancer; breast cancer; cervical cancer; in-depth evaluation; access.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Etapas da análise de conteúdo segundo Bardin.....	48
Quadro 2 – Mulheres em rastreamento do câncer do colo uterino entrevistadas.....	52
Quadro 3 – Mulheres em rastreamento do câncer de mama entrevistadas.....	58
Quadro 4 – Mulheres em acolhimento entrevistadas.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estimativas das taxas brutas e ajustadas pela população mundial de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de câncer do colo do útero. Brasil, Regiões e Estado do Ceará, para cada ano do triênio 2023-2025.....	31
Tabela 2 - Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero no Brasil no período de 2012 a 2022.....	35
Tabela 3 - Estimativas das taxas brutas e ajustadas pela população mundial de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de mama. Brasil, Regiões e Estado do Ceará, para cada ano do triênio 2023-2025.....	35
Tabela 4 - Taxa aproximada de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil no ano de 2022.....	36
Tabela 5 - Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões do Brasil, em 2022.....	37
Tabela 6 - Médicos por especialidade e razão sobre o total de médicos no estado do Ceará.....	38

LISTA DE SIGLAS

ADS	Área Descentralizada de Saúde
BRCA	Genes do Câncer de Mama
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus humano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPC	Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PITS	Programa de Interiorização de Trabalhadores da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNCC	Programa Nacional de Controle do Câncer
PNPCC	Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
PNS	Plano Nacional de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNACON	Unidades de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1	O ENCONTRO COM O OBJETO	12
1.1	O interesse pelo tema.....	12
1.2	Estudo do objeto	13
2	OBJETIVOS	18
3	BASE TEÓRICA DO ESTUDO	19
3.1	Adoecimento.....	19
3.2	O câncer no Brasil.....	21
3.3	Políticas Sociais no Brasil e o Sistema Único de Saúde.....	25
3.4	Política Nacional do Câncer – Brasil do século XXI.....	29
3.4.1	<i>O câncer de colo do útero</i>	30
3.4.2	<i>O câncer de mama</i>	33
3.4.3	<i>Enfrentamento do câncer no Brasil – Desafios para Saúde Pública</i>	38
4	METODOLOGIA	41
4.1	Tipo de natureza do estudo e sua perspectiva avaliativa.....	41
4.2	Coleta de dados.....	43
4.3	Análise de conteúdo como caminho metodológico.....	46
4.4	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	48
5	ANÁLISE DOS DADOS	50
5.1	Contribuição da Avaliação Contra-hegemônica: as vozes da mulheres.....	72
6	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	84
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	92
	APÊNDICE B – COLETA DE DADOS	94
	APÊNDICE C – COLETA DE DADOS	95
	APÊNDICE D – COLETA DE DADOS	96

1 O ENCONTRO COM O OBJETO

1.1 O interesse pelo tema

A minha trajetória no âmbito acadêmico e profissional sempre esteve vinculada à Saúde Pública. No decorrer da graduação, como acadêmica do Curso de Enfermagem, foi despertado o interesse em atuar nesta área. Concluída a graduação, a primeira atuação profissional foi em um município de pequeno porte, no sertão cearense, onde em um ano de atuação tive a oportunidade de realizar junto à equipe de saúde de Tejuçuoca, no ano de 1998, da implantação do Programa Saúde da Família. Essa experiência trouxe crescimento profissional e pessoal, levando-me para mais perto do que é a vida na zona rural de um sertão nordestino, entendendo *in loco* o que se estudava sobre os determinantes sociais de doenças.

Então, passei a me dedicar mais profundamente nessa área complexa, que foi estudar e me especializar em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública do Ceará no ano 2000, e no mesmo ano, fui selecionada pelo Ministério da Saúde para o Programa de Interiorização de Trabalhadores da Saúde (PITS), onde atuei por quatro anos em outros municípios, também do sertão cearense. Durante esse período, cursei outra especialização na mesma área de atuação, pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e tive a oportunidade de conviver com profissionais que foram selecionados de outros estados do país. Essa diversidade trouxe aprendizado, porém muitos desafios. Ao concluir o período do contrato com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), retornei ao município onde atuei como primeira experiência, mas a partir de então, passei a compor a equipe de gestão daquele município.

Despertado o interesse pela gestão pública, tive a oportunidade de realizar uma terceira especialização, agora na área de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela UFC. Passei a trabalhar em município de médio porte, nesta nova empreitada que é a gestão da saúde. No ano 2010, fui convocada para assumir cargo de concurso público do Estado do Ceará, inicialmente, trabalhando na Secretaria Estadual de Saúde (SESA), na Coordenadoria de Prevenção e Promoção da Saúde, permanecendo nessa área por três anos e, ainda na SESA, por dois anos na Coordenadoria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, na área de Educação Permanente em Saúde.

As experiências todas na Saúde Pública são desafiadoras e por vezes nos convidam a mudanças. Em 2015, fui convidada para atuação no Instituto de Prevenção do Câncer do

Ceará (IPC), unidade secundária¹ da Rede Estadual de Saúde, para rastreamento e diagnóstico das neoplasias de mama, útero e pele. A atuação no IPC se dá a partir do ano de 2016, quando decidi pedir transferência para aquela unidade de saúde.

Inicialmente, atuei como enfermeira assistencial e, a partir de 2021, passei a coordenar a equipe multiprofissional da unidade, composta por profissionais do Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia e Farmácia. Além do trabalho específico de cada profissão, a equipe também realiza o monitoramento de paciente com lesões de alto grau do colo uterino e acompanhamento de pacientes com forte suspeita de câncer de mama, conforme protocolos do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Realizamos contato com outros pontos da rede de atenção para encaminhamentos e navegação² de pacientes com diagnóstico de câncer.

No cotidiano de trabalho, percebi que havia uma demanda significativa de mulheres que chegavam à unidade vindas de “clínicas médicas populares” com exames laboratoriais ou de imagem com forte suspeita de neoplasia maligna, por vezes já com quadro clínico importante. Todas as mulheres são acolhidas por uma profissional Enfermeira, que avalia os exames, verificando se tem perfil para ser acompanhada na unidade. O relato dessas mulheres é por dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

As situações citadas, causam inquietação e desejo em aprofundar sobre o percurso feito por essas mulheres até chegarem espontaneamente ao IPC. A avaliação de políticas de saúde se faz necessária, com a análise pelas mulheres, devendo ser identificadas as barreiras de acesso e conhecer a opinião das mulheres sobre a “política pública” em estudo.

Os números, os indicadores de resultado têm uma razão, que necessita aprofundamento e identificação das causas. Uma escuta qualificada com as usuárias pode trazer respostas importantes para norteamento de novas ações estratégicas para enfrentamento desse problema de saúde pública que nos desafia.

1.2 Estudo do objeto

No início do século XX, o Brasil tinha como prioridade o controle de endemias. Doenças graves como o câncer era apenas realizado o registro como causa de óbito. A lógica privatista, médico hospitalocêntrica e de medicina liberal, especialmente após o golpe militar de 1964, não favoreceram a organização do sistema de saúde de forma satisfatória para um

¹ Serviço especializado da saúde, que exige média complexidade, atua como suporte à Atenção Primária à Saúde.

² Acompanhamento de pacientes na sua jornada nos sistema de saúde.

eficiente controle do câncer no Brasil (Silva *et al.*, 2017).

De toda forma, os registros de óbitos alertaram para o problema, e no ano de 1937 surgiu uma normativa criando o Centro de Cancerologia, no Estado do Rio de Janeiro, unidade hospitalar pública destinada exclusivamente ao tratamento e ao estudo do câncer.

Entretanto, apenas no ano de 1941 foi criado o Serviço Nacional de Câncer, atualmente denominado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), responsável por organizar, orientar, fiscalizar e executar as atividades relacionadas ao câncer, em todo o país (Silva *et al.*, 2017).

As Políticas de Saúde são formas de intervenção do Estado em problemas identificados que demandam soluções, bem como são diretrizes norteadoras destinadas a resolver necessidades públicas, melhorar o funcionamento e as necessidades do sistema de saúde e fortalecer a organização dos serviços. O Estado Neoliberal norteia avaliação de políticas públicas e tomadas de decisões a partir do “gerencialismo”, sendo um modelo voltado para a perspectiva técnica. Souza, citado por Gussi (2024, p. 20), relata que esse modelo “transforma os bens públicos e a política pública, a partir da lógica do mundo privado e afastando, cada vez mais, os cidadãos e suas diferentes demandas sociais, para os quais, idealmente, as políticas estatais são destinadas”.

O Estado neoliberal é um modelo de Estado que se caracteriza pela mínima intervenção do governo na economia e pela priorização do mercado. Nesse modelo, as empresas privadas têm grande liberdade para atuar, e o Estado busca reduzir seus gastos públicos e privatizar empresas estatais. Essa concepção, que emergiu no final do século XX, busca promover o crescimento econômico através da livre iniciativa e da competição entre as empresas, muitas vezes em detrimento de políticas sociais e de proteção ao trabalho (Andrade, 2019).

Segundo Januzzi, citado por Gussi (2024), o gerencialismo tem na avaliação o foco do resultado e impactos das políticas públicas e programas, convertendo-os em números, a fim de valorá-los segundo uma agenda neoliberal, distanciando-se da vida das pessoas em suas experiências cotidianas, em seus territórios. Nesse sentido, essas concepções e práticas associadas à avaliação de cunho gerencial, tornadas hegemônicas, fundam-se em valores da eficiência, eficácia e efetividade.

A avaliação contra hegemônica busca desafiar e questionar os métodos e práticas tradicionais de avaliação, que frequentemente refletem e perpetuam as normas e valores

dominantes na sociedade, procurando incluir diversas vozes e perspectivas, especialmente aquelas que são marginalizadas ou silenciadas. Esta abordagem promove uma análise crítica e reflexiva dos processos avaliativos, incentivando práticas que sejam mais justas, inclusivas e representativas das realidades plurais dos indivíduos e comunidades. Gussi (2024, p. 21) cita sobre um esforço para democratizar o conhecimento e promover a equidade social e educacional, rompendo com as convenções que sustentam o *status quo*:

Existem movimentos contra hegemônicos no campo da avaliação (...) têm posto em questão a avaliação como mecanismo de controle estatal, alinhado a um projeto histórico colonial, aquele que desvaloriza as demandas, interesses, cosmovisões e saberes de grupos subalternizados.

Realizar uma avaliação do acesso das mulheres ao rastreamento de câncer, a partir de suas falas, é fundamental para que se possa avaliar a política de combate ao câncer a partir da realidade destas, levando em conta a vida social, o ambiente geográfico em que estão inseridas, suas crenças e culturas ou mesmo dificuldades logísticas dos equipamentos de saúde.

A partir do exposto, algumas indagações emergem, quais sejam: conhecer as dificuldades ou facilidades sobre o acesso das mulheres a uma unidade diagnóstica secundária; o nível de conhecimento das mulheres sobre o rastreamento do câncer; os caminhos percorridos pelas as mulheres até chegarem ao IPC; e qual a opinião das mulheres sobre a política nacional do câncer.

Os anos de 1990 são marcados pela introdução de uma série de mudanças significativas no desenho organizacional da política de saúde brasileira, dentre elas a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus dispositivos legais, expressos nas leis 8.080/90 e 8.142/90, com muitos destaques e avanços, porém ainda com grandes desafios em um país continental e uma diversidade regional importante.

Há necessidade de políticas articuladas entre os diversos níveis de atenção à saúde, que de forma organizada, sob a forma de redes integradas, como sendo a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde. No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios: universalidade, integralidade e equidade (Mendes, 2011).

A Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com previsão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, eficácia sanitária e eficiência econômica (UFMA, 2016).

No Brasil, no ano de 2013, foi instituída a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, através da Portaria nº 874. Com o aumento de idosos na população brasileira, houve aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Com o tempo de vida, ocorrem mutações genéticas que podem levar ao desenvolvimento de células cancerígenas, além disso, o sistema imunológico da pessoa idosa se torna menos eficiente em eliminar tais células. Dentre as pessoas acometidas pela doença, 60% estão acima de 60 anos de idade (Santos *et al.*, 2021). Dentre as DCNTs, os cânceres de mama e de colo do útero, são os que mais afetam a população feminina, estando atrás apenas do carcinoma basocelular³ (INCA, 2022).

Pode ser realizado o rastreamento para determinados tipos de câncer, que consiste no exame de pessoas assintomáticas, com a finalidade de identificar seu risco para o desenvolvimento de câncer, possibilitando detectar lesões iniciais e avançadas da doença. Os cânceres do colo do útero e da mama apresentam essas características. A cura é uma possibilidade quando diagnosticados precocemente (Teixeira *et al.*, 2012).

Apesar disso, a população feminina do Brasil e do Ceará ainda é fortemente afetada por tais patologias. Os dados sobre a incidência para cada ano do triênio 2023-2025 dos tumores mais prevalentes em nossa população feminina registram o câncer de mama como segundo com maior incidência e o câncer de colo do útero o terceiro mais prevalente (INCA, 2022).

O IPC é uma unidade de referência, onde as consultas e exames são agendados pelo sistema de regulação estadual, porém, a porta é aberta para o “acolhimento de enfermagem”. Esse serviço é ofertado a pessoas que buscam atendimento por terem realizado algum exame

³ Tipo mais comum do câncer de pele, originado nas células da camada basal da epiderme.

em clínicas particulares, mas encontram dificuldades para agendamento de consultas. Uma profissional enfermeira acolhe a todas que procuram, com escuta qualificada e faz avaliação dos exames, quando realizados previamente. Estando dentro do perfil da unidade, haverá agendamento para atendimento médico. Todas as pessoas são orientadas, inclusive a procurar outros pontos de atenção na rede de saúde quando o perfil não for da unidade.

O acolhimento em saúde é uma prática essencial para a humanização dos serviços de saúde, que tem por objetivo oferecer um atendimento qualificado e integral ao paciente. Esta prática envolve escutar ativamente as necessidades das usuárias, garantindo um ambiente de respeito, empatia e confiança. É um componente fundamental das políticas públicas de saúde no Brasil, que se traduz em diversas ações, tais como a organização do fluxo de atendimento nas unidades de saúde, a formação contínua das profissionais para o desenvolvimento de habilidades de comunicação e empatia, e a implementação de protocolos que priorizam a escuta ativa e a atenção integral.

O acolhimento pode ser definido como a capacidade dos serviços de saúde de reconhecer e atender às demandas das usuárias de maneira ágil e eficaz, respeitando suas necessidades e singularidades. Essa prática é crucial para a criação de vínculos entre as profissionais de saúde e as pacientes, facilitando a identificação precoce de problemas e a implementação de intervenções adequadas (Brasil, 2010).

O tempo é um fator decisivo para o prognóstico do câncer, pois a detecção precoce da doença está diretamente ligada à eficácia do tratamento e às taxas de sobrevivência. Quando o câncer é identificado nas fases iniciais, as opções de tratamento são geralmente menos agressivas, permitindo intervenções menos invasivas e maiores chances de cura. Além disso, a progressão da doença pode ser mais facilmente controlada, reduzindo a probabilidade de metástase⁴ e complicações graves. Portanto, a conscientização sobre a importância de exames regulares de rastreamento é fundamental e o acesso deve ser facilitado.

⁴ Processo em que as células cancerígenas se desprendem do tumor original e migram para outros órgãos

2 OBJETIVOS

Geral:

Avaliar a Política Pública de Saúde de controle para o câncer de colo uterino e câncer de mama em uma unidade secundária do estado do Ceará.

Objetivos Específicos:

Descrever os caminhos enfrentados pelas mulheres na rede de saúde do Ceará até o rastreamento do câncer de colo uterino e câncer de mama;

Conhecer os motivos pelos quais mulheres procuram espontaneamente a unidade diagnóstica do SUS;

Identificar opiniões das mulheres sobre dificuldades e facilidades no acesso aos serviços de diagnóstico;

Identificar o conhecimento que as mulheres têm sobre a importância do rastreamento do câncer.

3 BASE TEÓRICA DO ESTUDO

3.1 Adoecimento

A compreensão do corpo como lugar da experiência vivida é fundamental para refletir sobre o processo de adoecimento e as práticas de cuidado em saúde. No contexto do câncer de colo do útero e de mama, a experiência feminina atravessa transformações físicas, emocionais e sociais que reconfiguram a relação da mulher com seu próprio corpo. Nesse sentido, a dimensão corporal torna-se referência para interpretar o sofrimento, a percepção da doença e o acesso aos serviços de rastreamento. Como afirma Reis (2010, p. 35):

É a partir do corpo que temos a percepção da existência, que percebemos o mundo e vivenciamos nossa existência e a ela damos significados e sentidos. Toda experiência passa pelo corpo, pois é no corpo onde as sensações são registradas e percebidas ao longo de nossa trajetória.

Segundo Castro *et al.* (2019), antes da consolidação da medicina como ciência, o adoecimento era compreendido a partir de concepções essencialmente empíricas. Hipócrates interpretava a doença como resultado de um desequilíbrio interno do organismo, enquanto Galeno atribuía ao corpo humano a capacidade de produzir suas próprias enfermidades. Na Idade Média, Paracelsus introduziu a noção de agentes externos como causadores de doenças, embora o adoecimento ainda fosse amplamente entendido como uma punição divina. Nesse contexto, a compreensão do corpo humano era incipiente, marcada por uma visão integradora entre corpo e alma, refletindo uma concepção holística da existência humana.

Com o desenvolvimento de bases científicas entre os séculos XVI e XVII, o adoecimento foi baseado em fatos que podem ser observáveis, mensuráveis e dualista – separando corpo e alma. Começam a surgir questionamentos acerca do mundo, dentre os quais o corpo e o adoecimento agora pautados em uma nova lógica. A partir de então, gradativamente essa lógica vai causando impactos sociais – controle das populações, a higiene e a medicalização passam a fazer parte do cotidiano das pessoas (Reis, 2010).

Ariés (1990) argumenta que, ao longo do tempo, tanto a morte quanto a doença foram afastadas do convívio social e tornaram-se cada vez mais privadas, quase ocultas. Na sociedade pré-moderna, a morte e a doença eram eventos públicos e marcados por rituais que integravam a comunidade, ajudando as pessoas a processar essas experiências de forma coletiva.

No entanto, com o avanço da modernidade e o desenvolvimento da ciência, a doença passou a ser institucionalizada, tratada principalmente em hospitais, e a morte foi delegada a espaços mais isolados, como os cemitérios e funerárias. Isso levou à diminuição dos rituais tradicionais e da exposição desses momentos na vida social, demonstrando que a sociedade moderna busca evitar o confronto direto com a mortalidade. Essa transformação também impacta a percepção de si mesmo, já que, ao afastar a morte e a doença, os indivíduos podem perder parte da reflexão sobre a finitude e a própria existência (Ariés, 1990).

Afastar a doença e a morte da esfera pública, pode influenciar a busca de prevenção de doenças, como o câncer. Essa tendência de esconder ou evitar o enfrentamento da mortalidade pode gerar desafios no que diz respeito à conscientização e ao engajamento com medidas preventivas, por receio do diagnóstico ou por preferirem não confrontar a possibilidade da doença. Isso é reflexo de uma sociedade que, segundo Ariés (1990), tende a evitar a reflexão direta sobre a morte e a vulnerabilidade.

No século XX, com o avanço tecnológico, o adoecimento deixa de ser percebido apenas em decorrência de doenças de contágio, passando também a ser reconhecido como processo interno. Adoecer, morrer passa a ter números, tratamentos e prognóstico (Reis, 2010).

Segundo Augras, citada por Reis (2010), afirma que a doença não é o oposto de saúde, mas partes coexistentes, porém o adoecer é marcado como um “divisor de águas”, que muitas vezes, a partir dessa experiência é que se tem a dimensão real da existência, da interação do ser com o mundo e com o outro.

O adoecimento é um estado do organismo em que suas funções normativas são perturbadas ou uma tentativa de adaptação a novas condições que desafiam suas capacidades de autoregulação e equilíbrio. Goldstein, citado por Canguilhem (2009, p. 60), em sua obra “O Normal e o Patológico”, descreve o que é considerado patológico:

Os sintomas patológicos são a expressão do fato de as relações entre organismo e meio, que correspondem à norma, terem sido transformadas pela transformação do organismo, e pelo fato de muitas coisas, que eram normais para o organismo normal, não o serem mais, para o organismo modificado. (...) a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual. A doença surge quando o organismo é modificado de tal modo que chega a reações catastróficas no meio que lhe é próprio. (...) um comportamento desordenado representa sempre um comportamento mais ou menos desordenado de todo o organismo.

Ao analisar o câncer a partir do pensamento de Canguilhem (2009), podemos entender a doença como uma expressão dessa reorganização e adaptação do corpo a processos biológicos anômalos, porém dentro da lógica vital do organismo. O câncer, nesse sentido, reflete um estado em que as células perdem o controle normativo de seu comportamento, mas continuam a seguir princípios de crescimento e proliferação, desafiando os limites do que é considerado saudável.

Na vivência do câncer, a percepção sensorial é transformada, em parte, pelo impacto direto da doença no corpo, mas também pelas intervenções médicas e pela experiência emocional. O sentido de identidade e a percepção do "eu" são moldados por essas experiências sensoriais alteradas. Le Breton (2016, p. 13) argumenta:

Nossas percepções sensoriais, entrelaçadas às significações, traçam os limites flutuantes do entorno em que vivemos (...) o mundo do homem é um mundo da carne, uma construção nascida de sua sensorialidade passada ao crivo de sua condição social e cultural, de sua história pessoal.

As dores, os efeitos colaterais dos tratamentos, como a quimioterapia, e as mudanças físicas, como a perda de cabelo ou a amputação de membros, modificam-se significativamente de acordo com a maneira como a interação da pessoa se dá com o mundo sensorial. Le Breton (2016) nos ajuda a entender que o adoecimento por câncer não afeta apenas o corpo físico, mas também transforma a relação da pessoa com seus próprios sentidos, muitas vezes gerando um distanciamento entre a identidade e o corpo, indo além do aspecto biológico, com uma dimensão emocional e social importantes.

3.2 O câncer no Brasil

A descoberta do câncer não pode ser datada, é uma doença conhecida há milênios, mas sua denominação surgiu no século V a. c. por meio de Hipócrates. Somente a partir dos séculos XVI e XVII, foram se acumulando registros da doença e as diferentes formas de abordá-la. O desenvolvimento da microscopia, da patologia e anestesia se deu ao final do século XIX, então, novos conhecimentos sobre a doença foram sendo adquiridos. O século XX foi testemunha de enormes avanços no diagnóstico e tratamento do câncer e pelo reconhecimento da doença como um problema de saúde pública em todo o mundo (Pereira, 2019).

A Revista Brasil-Médico, no ano de 1904, publicou o trabalho “Frequência do câncer no Brasil”, assinado por Sodré e citado por Mirra (2005), que abrangeu o período de 1894 a 1898, a fim de relacionar o clima com uma maior presença do câncer no extremo sul do país e a predominância do câncer uterino, alertou para a dificuldade de conhecer melhor a doença, pelo fato da inexistência de dados epidemiológicos.

É conhecido como a primeira manifestação a respeito do assunto no âmbito científico e acadêmico brasileiro. Somente no ano de 1944, foram publicadas oficialmente a mortalidade por câncer, pelo então Ministério de Educação e Saúde, cujos dados referentes ao período de 1929 a 1932, das capitais do estado, constam no Anuário de Bioestatística (Mirra, 2005).

A preocupação com o câncer no século XIX era uma constante na Europa e nos Estados Unidos, com movimentos em pesquisa e tratamento, encontros científicos internacionais sobre o tema. No Brasil, início do século XX, as atenções estavam voltadas para as doenças transmissíveis, como tuberculose e infecções parasitárias, associava-se o câncer a uma doença somente dos países desenvolvidos. Naquele período, a saúde pública tinha como alvo somente as doenças epidêmicas que, a cada ano, causavam milhares de mortes, sendo a de maior importância, a tuberculose. A partir do controle das doenças infecciosas, começou a evidenciar o câncer como maior mortalidade, passando a ser considerada um problema de saúde pública a partir de então (Teixeira *et al.*, 2012).

No início do século XX, a doença estava relacionada a um problema diretamente atrelado ao grau de civilização dos países. Em 1934, o cirurgião paulista, Antônio Prudente, fundador da Associação Paulista de Combate ao Câncer, lançou um livro/manifesto com o título “O Câncer Precisa ser Combatido”, atribuindo ao câncer o estatuto de “ameaça do futuro”.

Prudente, citado por Araújo Neto e Teixeira (2017), discorre sobre o papel da composição racial, onde as pessoas brancas mais acometidas pela doença, associava a exposição ao sol um fator determinante para o adoecimento. E sobre o “grau de civilização”, afirmava a proporcionalidade entre civilidade e o número de óbitos pela doença, apontou fatores externos de propriedade cancerígenas existentes nos países mais desenvolvidos. É importante destacar que esta associação não significa que o câncer não existisse em outros países, mas sim que sua prevalência e compreensão eram mais evidentes nos países industrializados.

No Brasil, somente nos anos 1920 começaram a surgir as primeiras instituições e

ações públicas voltadas ao controle da doença. Foi criado em 1937, o Centro de Cancerologia do Distrito Federal, que mais tarde se tornaria o que é hoje o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sendo incorporado ao Serviço Nacional do Câncer em 1941, onde eram desenvolvidas atividades assistenciais, estudos epidemiológicos, campanhas educativas e apoio técnico ao governo federal nas ações relacionadas ao câncer no país (Pereira, 2019).

Os registros de doenças norteiam o planejamento e tomada de decisões para controle das doenças. O interesse do Ministério da Saúde (MS) pelos registros de câncer, surgiu nos anos de 1960, na administração dos diretores da Divisão Nacional de Câncer, Moacyr Santos Silva (1964) e Adayr Eiras de Araújo (1967), e foram implementados os registros de câncer em algumas unidades de referência, mas somente em 1996, o MS planejou a instalação de um registro para cada unidade da federação (Mirra, 2005).

Araújo Neto e Teixeira (2017) sugerem o enquadramento do câncer no século XX, propondo a transformação de uma doença diretamente ligada a uma ideia de civilização (europeia, urbanizada, industrializada) a um problema de saúde pública, associado a precárias condições de vida e às dificuldades de acesso e de funcionamento dos serviços públicos de saúde.

A partir dos anos de 1950, iniciou-se a prevenção contra os cânceres femininos. Nessa época, os ambulatórios preventivos para a detecção precoce do câncer de mama e de colo do útero se multiplicaram em instituições públicas. Em 1952, foi oficialmente criada a seção de ginecologia no INCA, sob a direção de Turíbio Brás, um dos pioneiros da criação do instituto. Mas somente nos anos de 1970 a prevenção contra esse tipo de câncer passaria a atingir um contingente maior de mulheres a partir de grandes campanhas, baseadas na utilização massiva do teste de Papanicolaou⁵ (Teixeira *et al.*, 2012).

Em 1964, no período da gestão dos militares, em um contexto de fortalecimento das concepções liberais da economia e privatistas em relação à saúde, ampliou-se a compreensão do câncer como uma questão apenas curativa de base hospitalar e privada. Navegando na contramão das postulações dos cancerologistas da saúde pública, os técnicos do governo afirmavam que, por não ser uma doença contagiosa ou epidêmica, o câncer não podia ser visto como um problema de saúde pública (Teixeira *et al.*, 2012).

O caráter privatista da saúde pública do período chegou a tal ponto que, em 1969, o MS começou a mover esforços para arrendar o Instituto Nacional do Câncer (INCA) à

⁵ Exame ginecológico que coleta células do colo uterino para identificar alterações pré-cancerígenas ou sinais iniciais de câncer. É fundamental para o rastreamento do câncer de colo do útero.

iniciativa privada, postulou que os hospitais deveriam ser lucrativos, baseava-se no Plano Nacional de Saúde (PNS/1967), que previa a passagem de órgãos públicos para a gestão privada mediante concessões e contratos.

A resistência dos cancerologistas conseguiu barrar essa ação na época, mas o INCA passou a ser subordinado à Universidade Federal do Rio de Janeiro, permaneceu por dois anos no organograma da educação, com redução de recursos e comprometimento de ações de combate ao câncer a nível nacional (Teixeira *et al.*, 2012).

Em 1973, no contexto das ações apresentadas no governo Médici, se daria a primeira iniciativa real de expansão e coordenação de ações relacionadas ao câncer, afirmou que faria investimento de 220 milhões de cruzeiros. Foi instituído o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), no âmbito da Divisão Nacional do Câncer, então dirigida pelo ginecologista paulista Sampaio Goes. Em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), foi elaborado um plano para equipar e garantir o bom funcionamento das unidades. O ministério previa a criação de um registro nacional de câncer, o que se mostrava fundamental, em virtude da falta de informações organizadas que possibilitasse uma ação planejada contra a doença (Teixeira *et al.*, 2012).

O processo de redemocratização política, iniciado ainda nos anos de 1980, possibilitou uma progressiva mudança em relação à visão de saúde pública. Com a Constituição de 1988, o país alcançou avanços consideráveis em relação à saúde. Houve fortalecimento de ações preventivas, inclusive das relacionadas ao câncer, a busca de integração entre as instituições relacionadas à doença e o fortalecimento do papel do INCA como protagonista em relação às definições da política de controle da doença no Brasil (Teixeira *et al.*, 2012).

Ainda com desafios, enfrentando escassez de recursos e desigualdades sociais e também regionais em um país continental, no período posterior à reforma sanitária, o câncer passou a ser pautado também como problema de saúde pública, devendo seu controle ter em sua base a prevenção, a detecção precoce e a integração dos serviços, e não apenas relacionado fundamentalmente às ações curativas de alta complexidade ou a campanhas pontuais, voltadas para populações específicas. (Teixeira *et al.*, 2012).

Carvalho (1967), citado por Araújo Neto e Teixeira (2017), analisa o câncer no Brasil não mais como um sintoma de civilização a que o país almejava chegar ou pensava ter chegado. Agora, o câncer era relacionado às mazelas e precariedades, frutos de uma desigualdade social historicamente construída. O câncer não podia ser mais encarado como

uma doença da civilização ou do progresso do país. Deveria ser visto como um problema de saúde pública e social do Brasil, envolvido pelos aspectos sociais e culturais diversos existentes no país, especialmente pelas dificuldades no acesso aos serviços médicos por grande parte da população.

3.3 Políticas Sociais no Brasil e o Sistema Único de Saúde

As políticas públicas no Brasil têm suas raízes na formação do Estado brasileiro e evoluíram ao longo dos séculos, influenciadas por diferentes contextos históricos, econômicos e sociais. Durante o período colonial, as políticas públicas eram basicamente voltadas para a exploração econômica e o controle administrativo do território pelo Reino de Portugal (Fausto, 2013).

A Primeira República foi caracterizada por um federalismo mais pronunciado e pela influência das oligarquias regionais. Durante esse período, houve avanços nas políticas públicas, especialmente nas áreas de saúde e educação, quando em 1919 a criação do Serviço Sanitário Federal, sendo um marco importante nas políticas de saúde pública (Fausto, 2013).

Segundo Fausto (2013), na Revolução de 1930 e a Crise de 1929 surge um Estado burguês propriamente dito para estruturar o funcionamento da força de trabalho e organizar a economia que se industrializava cada vez mais. Um período longo, até 1980, quando a característica do Estado brasileiro era marcada por seu caráter desenvolvimentista, conservador, centralizador e autoritário. Essa afirmativa já havia sido citada por Bacelar (2003, p. 1), quando disse:

O Estado era o promotor do desenvolvimento e não o transformador das relações da sociedade. (...). Desde o começo do século, optou-se pela industrialização. A grande tarefa era consolidar esse processo e fazer do Brasil uma grande potência. Assim, o grande objetivo era de ordem econômica: construir uma potência intermediária no cenário mundial.

No período democrático-desenvolvimentista (1945-1964), o Estado de Bem-Estar Social, que é um modelo de organização política, econômica e social em que o Estado assume um papel ativo na promoção do bem-estar de seus cidadãos, com garantia ao acesso a serviços essenciais com objetivo de promover uma vida digna para todos, houve um aumento da inclusão de grupos sociais, fato decorrente da expansão da indústria e da maior demanda por força de trabalho, mas as estruturas corporativistas e populistas permaneceram intactas.

Ocorre uma ampliação da assistência médica e uma democratização do ensino. Nos programas referentes aos setores sociais pode-se perceber características populistas, inclusive com exploração política e uma maneira paternalista e personificada de manipulação social (Batista; Gomes; Faria, 2001).

Durante a ditadura militar, as políticas públicas estavam voltadas para o crescimento econômico. Houve um reforço das políticas sociais de natureza assistencialista ainda com viés autoritário. O Estado de Bem-Estar Social, antes com caráter populista, que se caracteriza por discursos políticos de aproximação das massas, com propostas simplistas para problemas complexos passa a ser de caráter compensatório e produtivista, que busca reparar as desigualdades sociais existentes e promover o crescimento econômico através da qualificação da força de trabalho, quando não havia avaliação e caracterizava-se de alto custo, porém ineficaz e ineficiente (Batista, Gomes; Faria, 2001).

Na Nova República, o Brasil teve avanços importantes nas políticas sociais, como destaque a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1990 através da Lei nº 8080 e da Lei nº 8142 também no mesmo ano, que trouxe a participação popular de forma institucionalizada. A partir de então, o país avançou com Políticas de Saúde, com implementação de projetos e políticas específicas para os problemas de saúde da população.

Os avanços nas políticas de saúde durante a redemocratização tiveram um impacto profundo na qualidade de vida e na saúde da população brasileira. Houve uma significativa melhora nos indicadores de saúde, como o aumento da expectativa de vida, a redução da mortalidade infantil e o controle de diversas doenças infecciosas (Paim, 2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo. O SUS é baseado no princípio da universalidade, garantindo que todos (as) os (as) cidadãos (ãs) brasileiros (as) têm direito ao acesso integral, igualitário e gratuito aos serviços de saúde e também possam ter integralidade da assistência, oferecendo desde cuidados primários até serviços de alta complexidade, que inclui prevenção, promoção, tratamento e reabilitação (Brasil, 1990).

A organização do SUS se dá de forma descentralizada, com a participação direta da sociedade por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde nas esferas municipal, estadual e federal, sendo seu financiamento também através das três esferas de governo. A hierarquização e regionalização da saúde são princípios fundamentais na organização do SUS no Brasil, pois visam garantir a eficiência, a equidade e a integralidade dos serviços de saúde

(Brasil, 1990).

A hierarquização no SUS refere-se à organização dos serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, desde a atenção primária até a alta complexidade. Isso garante que os pacientes recebam atendimento adequado ao nível de complexidade de sua condição de saúde. A regionalização no SUS visa organizar os serviços de saúde em diferentes regiões, garantindo que os recursos sejam distribuídos de forma equitativa e que os serviços sejam acessíveis à população. As regiões de saúde são delimitadas para permitir a coordenação e a cooperação entre municípios e estados. (Brasil, 2011)

No Brasil, foi publicado no ano de 2011 o Decreto nº 7.508/11 que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Esse decreto define “regiões de saúde” e “redes de atenção à saúde”, onde cada ente federativo vai se organizar para que cada município, de acordo com suas características, esteja organizado para que sua população seja assistida de forma a ser facilitado o acesso aos serviços de saúde.

O Parágrafo 5º do Decreto nº 7.508/11 nos traz que a Região de Saúde para ser instituída deve conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. O Estado é o responsável pela articulação para definição das regiões de saúde, devendo se dar de forma articulada com os municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestora Tripartite – CIT⁶.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um exemplo de como a hierarquização e a regionalização são implementadas, integrando diferentes níveis de atenção e serviços de saúde para garantir um atendimento integral e contínuo. Através do Decreto nº 7.508/11, os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às RAS: limites geográficos; população usuária das ações e serviços; rol de ações e serviços que serão ofertados e respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

A organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde. A RAS data da década de 1920, no Reino Unido,

⁶ É um espaço de negociação entre os gestores federal, estaduais e municipais do SUS, onde se pactuam decisões sobre a gestão e organização da saúde pública no Brasil.

quando foi elaborado o Relatório Dawson, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquela união política após a 1ª Guerra Mundial (Mendes, 2011).

As RAS são sistemas organizados de serviços de saúde, sistemas clinicamente integrados ou organizações sanitárias integradas e podem ser definidas como uma rede de organizações que presta ou provê arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que ela serve (OMS, 2011).

Para Mendes (2011, p. 84), as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, “coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Para organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, foi instituído a partir do ano de 2001 o Plano Diretor de Regionalização (PDR), sendo parte integrante dos Planos de Saúde e baseado no pacto entre os gestores, sendo que a iniciativa do mesmo cabe às Secretarias Estaduais de Saúde (Brasil, 2002).

A elaboração do PDR consiste em um processo de planejamento integrado, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde, que envolve um conjunto específico de municípios que comporão uma região de saúde do estado. Dessa forma, todo o estado será coberto por regiões de saúde, com enfoque territorial-populacional, que garantirá níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população (Brasil, 2002).

Cada região de saúde contemplará a população com sua rede de serviços, que deve ser capaz de atender às necessidades dos municípios. Essas regiões de saúde são organizadas de forma hierárquica, com diferentes níveis de complexidade de atendimento, desde a atenção primária até os serviços de alta complexidade. Um dos principais objetivos do PDR é promover a integração dos serviços de saúde, garantindo a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção. Assim, determinados serviços de saúde não são mais pensados em uma lógica municipal, mas sim em um plano regional, o que permite ganhos de escala e sustentabilidade do custeio dos serviços de saúde mais complexos e mais caros (Brasil, 2002).

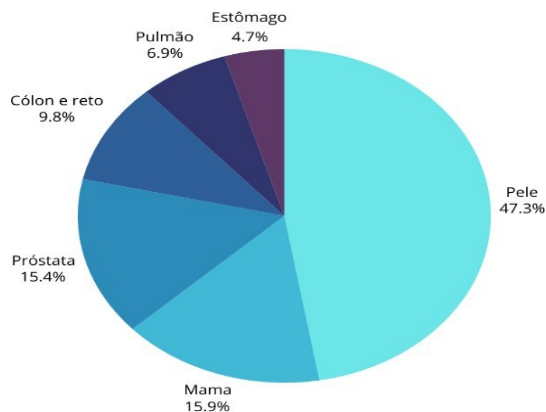
No estado do Ceará, os 184 municípios estão inseridos em cinco macrorregionais de saúde - Superintendências de Saúde: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste. Essas macrorregiões de saúde coordenam 22 microrregiões de saúde⁷. Cada ADS coordena municípios de sua área de abrangência, com suporte de assessoria técnica, promovendo gestão dos processos e a análise de desempenho dos resultados da área (Ceará, 2024).

3.4 Política Nacional do Câncer – Brasil do século XXI

No início do século XXI, observou-se no Brasil um crescimento significativo na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas o câncer. De acordo com estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), projeta-se a ocorrência de aproximadamente 704 mil novos casos de câncer por ano durante o triênio 2023–2025. As regiões Sul e Sudeste se destacam nesse cenário, concentrando cerca de 70% da incidência nacional.

Segundo dados do INCA (2022), o tumor maligno mais incidente no Brasil é o de pele basocelular (31,3% do total de casos), seguido pelos de mama feminina (10,5%), próstata (10,2%), cólon e reto (6,5%), pulmão (4,6%) e estômago (3,1%). Nas mulheres, o câncer de mama tem previsão para o Brasil para 74 mil casos novos por ano até 2025, e o câncer do colo do útero ocupa posição de destaque nas regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ilustrado no gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Tumores malignos mais incidentes no Brasil em 2022



Fonte: Criado pela autora, através dos dados do INCA, 2022.

⁷ As Áreas Descentralizadas de Saúde – ADS são: Acaraú, Aracati, Baturité, Brejo Santo, Camocim, Canindé, Cascavel, Caucaia, Crateús, Crato, Fortaleza, Icó, Iguatu, Itapipoca, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maracanaú, Quixadá, Russas, Sobral, Tauá e Tianguá.

A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) foi formalizada pelo Ministério da Saúde em 2013, instituída por meio da Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer no Brasil, através da promoção à saúde, ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e cuidados paliativos, integrando ações em diferentes níveis de atenção à saúde, com objetivo de alcançar o cuidado integral, com acompanhamento de equipe multiprofissional. Além disso, traz a necessidade de planejamento das esferas de governo para organização dos serviços e educação permanente dos profissionais de saúde.

O Brasil teve importantes avanços nas últimas duas décadas na estruturação de uma rede de tratamento oncológico pelo SUS. Houve, por exemplo, a implementação de mais Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)⁸ e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁹, com ampliação ao acesso ao diagnóstico e tratamento especializado em câncer em diversas regiões do país. Essas unidades oferecem serviços completos de oncologia, que incluem cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia, além de exames avançados para detecção precoce da doença.

3.4.1 O câncer de colo do útero

O câncer de colo do útero é considerado uma doença de maior incidência em países subdesenvolvidos. Por exemplo, no Brasil, as regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), são mais afetadas: as Regiões Sul (84,8%) e Sudeste (84,1%) apresentaram percentuais acima da média nacional, enquanto as Regiões Norte (79,0%), Centro-Oeste (78,8%) e Nordeste (76,4%) situaram-se abaixo dessa média (INCA, 2023). Os dados demonstram variações significativas, reflete disparidades no acesso aos serviços de saúde e sobre a eficiência do sistema de diagnóstico e tratamento. A tabela 1 mostra os resultados de mortalidade no Brasil, e reafirma as disparidades por região, de acordo com o IDH.

⁸ Hospital habilitado para diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes, com serviços como cirurgia oncológica, quimioterapia e, em alguns casos, radioterapia.

⁹ Hospital de referência que oferece atendimento completo para todos os tipos de câncer, incluindo obrigatoriamente radioterapia, além de cuidados paliativos e reabilitação.

Tabela 1 – Estimativas das taxas brutas e ajustadas pela população mundial de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de câncer do colo do útero. Brasil, Regiões e Estado do Ceará, para cada ano do triênio 2023-2025

Região/UF	Câncer de colo do útero		
	Nº Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Norte	1.980	20,48	16,77
Nordeste	5.280	17,59	13,58
Sudeste	6.020	12,93	8,57
Sul	2.290	14,55	9,77
Centro-oeste	1.440	16,66	11,09
Ceará	1.030	21,49	13,97
Brasil	17.010	15,38	13,25

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do INCA, 2022.

O câncer de colo do útero está associado à infecção persistente com o Papilomavírus humano (HPV), especialmente os tipos HPV16 e HPV18 com alto poder oncogênico, são responsáveis por 70% dos casos. A idade também interfere nesse processo, já que a maioria das infecções por HPV em mulheres com menos de 30 anos regride espontaneamente, ao passo que acima dessa idade a persistência é mais frequente (INCA, 2023).

Fatores ligados à imunidade, à genética e ao comportamento sexual parecem influenciar para o adoecimento: o tabagismo, o início precoce da vida sexual, o número elevado de parceiros sexuais e de gestações, o uso de pílula anticoncepcional e a imunossupressão (causada por infecção por HIV ou uso de imunossupressores) são considerados fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero (INCA, 2023).

O Programa de controle do câncer do colo do útero começou a ser organizado no ano de 1977 e foi amplamente expandido nos anos de 1990, o citopatológico do colo do útero, é um exame acessível, pois é realizado na Atenção Básica por profissionais médicos ou enfermeiros, é considerado uma forma eficaz de prevenção da doença. Mulheres diagnosticadas com lesões precursoras do câncer podem ser tratadas, evitando a evolução para o câncer. Os motivos pelos quais as mulheres não comparecem em sua totalidade para realização do exame de rastreamento devem ser identificados e cada região usar estratégias de acordo com suas particularidades.

O tratamento das lesões precursoras consiste na retirada da lesão local, com mínima

invasão e evitando incisões grandes, mutilações e preservando a fertilidade. O prognóstico é excelente, necessitando acompanhamento de seguimento durante dois anos, com intervalos de seis meses de retorno para consulta e exames de citologia (INCA, 2015).

O tratamento do câncer do colo do útero dependerá do estágio da doença, da idade da mulher e das condições clínicas. Pode ser cirúrgico, com a retirada parcial ou total do órgão e outros adjacentes, que podem ser afetados pela doença (INCA, 2015).

A radioterapia e a quimioterapia podem ser estratégias em alguns casos, a primeira em uso de maior frequência, e consiste em aplicação de radiação no local afetado na tentativa de inocular as células cancerígenas e evitar a reprodução de novas pela morte do tecido local. Porém tem como consequência a perda da função ovariana e a lubrificação vaginal, sendo um dificultador para a prática sexual e para fecundação (Piazza, 2011).

Nos dias atuais, o câncer de colo do útero pode ser totalmente prevenido através da vacinação contra o HPV, incorporada ao SUS desde o ano 2014. A vacina contra o HPV é uma estratégia essencial na redução das infecções, responsável pela maioria dos casos da doença. Essa estratégia mostra excelentes resultados, a exemplo da Austrália que incorporou a vacinação em 2007, com cobertura vacinal de 90%, estando próximo à eliminação da doença (OMS, 2020).

No Brasil, porém, um desafio é alcançar a meta pactuada pelo MS, que é de 80%. Em 2019, 87,08% das meninas brasileiras entre 9 e 14 anos de idade receberam a primeira dose da vacina. Em 2022, a cobertura caiu para 75,81%. Entre os meninos, os números também são preocupantes: a cobertura vacinal caiu de 61,55% em 2019 para 52,16% em 2022 (Brasil, 2023).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado em 1973, reconhecido mundialmente como um dos mais bem-sucedidos exemplos de política pública de saúde, enfrenta desde a pandemia por Covid-19 uma queda na cobertura vacinal de todas as vacinas. Esse período foi marcado por intensa polarização e desinformação, com consequências devastadoras para a saúde pública global. No Brasil, esse cenário foi agravado pela postura negacionista do então Presidente da República, Jair Bolsonaro, que minimizou a gravidade da doença, questionou a eficácia das medidas de distanciamento social e, principalmente, colocou em dúvida a segurança e a eficácia das vacinas (Silva, 2023).

Essa postura, além de contradizer o consenso científico internacional, contribuiu para a desconfiança da população em relação às instituições de saúde. As consequências dessa

atitude trouxeram para o novo governo, iniciado no ano de 2023, com Luiz Inácio Lula da Silva, o grande desafio de reverter a disseminação de informações falsas ou distorcidas, principalmente nas redes sociais, sendo uma das causas que contribui para a hesitação vacinal e risco de reintrodução de doenças já erradicadas, além da dificuldade para aceitação de novas vacinas introduzidas ao calendário nacional de vacinação.

O impacto social do câncer é grande para a pessoa adoecida e sua família. O impacto na vida pessoal de uma mulher é drástico, tanto pela dor, sofrimento e medo da morte, quanto pela repercussão das sequelas. As estratégias de prevenção do câncer de colo do útero são extremamente eficazes, mas ainda representa um desafio para a política de saúde, pois os dados mostram que a prevenção não está atendendo de forma satisfatória e abrangente a população a qual se destina.

Durante o desenvolvimento desta dissertação, foi publicada a Portaria SECTIC/MS nº 3, de 7 de março de 2024, que incorporou o teste molecular de DNA-HPV oncogênico como novo exame de rastreamento primário do câncer de colo do útero no âmbito do SUS. Essa mudança representa um avanço significativo em termos de sensibilidade diagnóstica e efetividade no controle da doença.

No entanto, até o presente momento, o Estado do Ceará, assim como outros estados do país, ainda não iniciou a transição entre os métodos. Tal cenário revela desafios enfrentados para a implementação de tecnologias no sistema público, como a necessidade de adequações na rede de atenção, capacitação profissional e estruturação de fluxos para garantir o acesso ao novo modelo de rastreamento.

3.4.2 O câncer de mama

O adoecimento por câncer de mama afeta fortemente a mulher, gerando impactos que não se restringem à dimensão biológica da vida, influenciando em toda integralidade da pessoa adoecida. A partir do diagnóstico, tem o início de momento de insegurança, medo e incertezas, acarretando em impactos emocionais, como angústia, perda de identidade pela mutilação e reações do tratamento. Quanto mais precocemente for o diagnóstico, melhor será o prognóstico da doença e menor será o impacto e a repercussão do tratamento, como mudança radical na imagem corporal (Rossi, 2003).

Antes da década de 1990, o diagnóstico do câncer de mama no Brasil era realizado,

em sua maioria, por meio de exames clínicos, baseados na palpação das mamas durante consultas médicas. A ausência de políticas públicas estruturadas e a limitação tecnológica dificultavam a detecção precoce da doença, que frequentemente era identificada em estágios avançados. Desde o início do século XX, a mastectomia radical era o principal tratamento disponível, sendo aplicada mesmo em casos sem confirmação diagnóstica por imagem. O acesso aos serviços de saúde era restrito, sobretudo para mulheres de baixa renda e residentes em áreas rurais, o que agravava ainda mais o cenário de desigualdade no cuidado oncológico. Além disso, o estigma social em torno do câncer e do corpo feminino contribuía para o atraso na busca por atendimento médico (Teixeira, 2020).

A introdução da mamografia no Brasil ocorreu de forma gradual a partir da década de 1970, com a chegada dos primeiros equipamentos aos grandes centros urbanos. No entanto, seu uso era limitado a instituições privadas ou hospitais universitários, o que restringia o acesso da população em geral. Somente nas décadas seguintes, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o avanço das políticas públicas de saúde da mulher, é que a mamografia passou a ser incorporada de maneira mais ampla como ferramenta de rastreamento. Esse processo histórico evidencia a importância da articulação entre avanços tecnológicos, políticas públicas e ações educativas para a efetiva detecção precoce do câncer de mama no país (Teixeira, 2020).

O rastreamento do câncer de mama no Brasil é uma importante estratégia de saúde pública para detectar a doença precocemente, aumentando as chances de tratamento eficaz e a sobrevivência das mulheres afetadas. Uma recomendação oficial do MS, em conformidade com a Política Nacional de Controle do Câncer, sugere que mulheres entre 50 e 69 anos realizem mamografia de rastreamento a cada dois anos (INCA, 2015).

O INCA, em seu Relatório Anual 2023, traz os dados e números sobre câncer de mama e demonstra que no Brasil, apesar dos esforços e investimentos, ainda apresenta indicadores desafiadores. A tabela 2 demonstra um crescimento da mortalidade pela doença ao longo de dez anos. Outro dado importante do relatório refere-se às estimativas das taxas brutas e ajustadas pela população mundial de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de mama no Brasil e regiões para cada ano do triênio 2023-2025 (tabela 3).

Tabela 2 – Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero no Brasil no período de 2012 a 2022

Mama		Colo do útero	
Ano	Nº	Ano	Nº
2012	13.591	2012	5.264
2013	14.206	2013	5.430
2014	14.622	2014	5.448
2015	15.403	2015	5.727
2016	16.069	2016	5.847
2017	16.724	2017	6.385
2018	17.572	2018	6.526
2019	18.068	2019	6.596
2020	17.825	2020	6.627
2021	18.139	2021	6.606
2022	19.103	2022	6.983

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do INCA, 2023.

Tabela 3 – Estimativas das taxas brutas e ajustadas pela população mundial de incidência por 100 mil mulheres e do número de casos novos de mama. Brasil, Regiões e Estado do Ceará, para cada ano do triênio 2023-2025

Região/UF	Câncer de mama		
	Nº Casos	Taxa bruta	Taxa ajustada
Norte	2.410	25,0	27,7
Nordeste	15.609	52,2	42,1
Sudeste	39.330	84,5	52,8
Sul	11.230	71,4	41,1
Centro-oeste	4.950	57,3	47,3
Ceará	3.080	63,9	54,1

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do INCA, 2022.

Há uma maior incidência do câncer de mama nas regiões do Brasil com melhor IDH, demonstra disparidades regionais e sociais no acesso ao tratamento. Pacientes de regiões periféricas ou com menor poder aquisitivo podem ter dificuldade para acessar os serviços de oncologia, resultando em diagnósticos tardios.

O câncer de mama está diretamente relacionado ao envelhecimento da população. A região Sudeste tem maior densidade populacional e uma população mais envelhecida pelo

aumento da expectativa de vida em comparação com outras regiões do Brasil. A hereditariedade e o estilo de vida estão relacionados com o adoecimento do câncer de mama, podendo ser mais um motivo para diferenças regionais, ilustrado na tabela 4:

Tabela 4 – Taxa aproximada de pessoas com 65 anos ou mais no Brasil no ano de 2022

Região	Percentual de pessoas com 65 anos ou mais
Sul	12,2%
Sudeste	12,1%
Norte	8,5%
Nordeste	9,8%
Centro-oeste	10,5%

Fonte: Elaborada pela autora com base nos dados do IBGE, 2022 e citados por Rodrigues (2023).

As regiões Sul e Sudeste foram as primeiras a passar por uma transição demográfica, caracterizada pela queda nas taxas de natalidade e mortalidade. Isso levou a um aumento da expectativa de vida e a uma concentração maior de pessoas idosas.

O envelhecimento da população exige planejamento e ações coordenadas por parte dos governos, da sociedade civil e do setor privado. O setor saúde deve voltar-se para estratégias que alcancem essa parcela da população, como por exemplo: promoção de um envelhecimento ativo e saudável, com incentivo a prática de atividades físicas, a alimentação saudável e o acesso a programas de prevenção de doenças e o fortalecimento da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, com ampliação ao acesso a serviços de saúde, como consultas médicas, acompanhamento psicológico e fisioterapia.

O número de mamógrafos disponíveis no Brasil, embora razoável em termos absolutos, não é suficiente para garantir uma boa cobertura de rastreamento de câncer de mama de maneira equitativa em todo o país. Mesmo nas cidades onde há mamógrafos disponíveis, os aparelhos muitas vezes são subutilizados ou apresentam longos períodos de espera para agendamento. Isso pode ser causado por uma combinação de falta de profissionais capacitados/as para operar os aparelhos ou problemas de manutenção (Brasil, 2023).

No Brasil, uma parcela significativa das mulheres ainda não realiza a mamografia na frequência recomendada, especialmente em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. O tempo de espera para a realização do exame é outro fator que compromete a eficiência do rastreamento, levando ao diagnóstico tardio. Além disso, uma barreira

importante inclui a dificuldade de acesso físico aos serviços de saúde, especialmente em áreas rurais e periféricas, a falta de conscientização sobre a importância do exame e a demora no agendamento de exames (Brasil, 2023).

O exame de ultrassonografia também é um exame essencial para diagnóstico de casos suspeitos para câncer de mama, para todos os exames há necessidade do profissional médico/a especialista. Um país com diversidade enorme de barreiras geográficas e desigualdade social, traz também a desigualdade na distribuição de profissionais para atendimento de forma equitativa a população, especialmente de profissionais médicos. A tabela 5 mostra a distribuição de médicos/as nas regiões do país.

Tabela 5 – Médicos e razão de médicos por 1.000 habitantes, segundo grandes regiões do Brasil, em 2022

Região	População	Nº de médicos	Razão
Norte	18.906.962	27.453	1,45
Nordeste	57.667.842	111.223	1,93
Sudeste	89.632.912	303.886	3,39
Sul	30.402.587	89.734	2,95
Centro-Oeste	16.707.336	51.824	3,10
Ceará	9.240.580	17.509	1,89
Brasil	213.317.639	514.215	2,41

Fonte: CFM, 2023.

A falta de profissionais de saúde especializados em oncologia, especialmente em áreas remotas, é uma barreira para o atendimento de qualidade. A formação insuficiente de oncologistas e radioterapeutas fora dos grandes centros urbanos impede uma expansão adequada dos serviços. Médicos especialistas em oncologia, correspondem a 1% do total, radioterapeutas a 0,2%, radiologistas, que são responsáveis pelo diagnóstico por imagem, essenciais para o rastreamento do câncer, a 3,4%, sendo maior a carência quanto mais remotas forem as regiões do país (CFM, 2023).

A tabela 6 mostra o total de médicos especialistas diretamente envolvidos para rastreamento e diagnóstico dos cânceres de mama e colo uterino no estado do Ceará. Chama atenção o número reduzido de profissionais para essa política de saúde, levando em consideração que não são todos esses profissionais que atendem no SUS, e a grande maioria das mulheres são atendidas no sistema público de saúde, sendo estimada em 71,1% da

população atendida pelo SUS (IBGE, 2019).

Tabela 6 – Médicos por especialidade e razão sobre o total de médicos no estado do Ceará

ESPECIALIDADE	Nº	RAZÃO
Ginecologista	1.048	5,98%
Mastologista	102	0,58%
Oncologista	125	0,7%
Radiologista	471	2,68%
Patologista	114	0,65%
Todas as especialidades e generalistas	17.509	-

Fonte: Elaborada pela autora, com base nos dados do CFM, 2023.

3.4.3 Enfrentamento do câncer no Brasil – Desafios para Saúde Pública

A PNPC no Brasil é uma conquista significativa do ponto de vista da saúde pública, porém enfrenta desafios consideráveis que impedem adaptações contínuas para lidar com o envelhecimento populacional, o avanço das tecnologias médicas e as desigualdades regionais. Um trabalho sério e responsável entre os diferentes níveis de governo, a sociedade civil e os/as profissionais de saúde serão essenciais para garantir que a população brasileira possa ter acesso a cuidados preventivos e oncológicos de qualidade e que as inovações tecnológicas possam beneficiar a todos/as. No entanto, o sucesso dessas inovações dependerá de uma integração eficiente com as políticas públicas já existentes e da ampliação de investimentos em pesquisa e formação de profissionais especializados.

O diagnóstico precoce é fundamental no combate ao câncer, pois permite intervenções terapêuticas em estágios iniciais da doença, o que está diretamente relacionado à sobrevivência dos pacientes e na melhoria da qualidade de vida, porém ainda representa um grande desafio no Brasil. Campanhas de conscientização e exames preventivos, como as mamografias e os exames de Papanicolau, são estratégias altamente reconhecidas e incentivadas pelo MS, mas o acesso regular a esses exames ainda é desigual no país.

A desigualdade social é um fator estrutural que impacta diretamente o acesso aos serviços de saúde, especialmente em sistemas públicos como o SUS, no Brasil. Essa relação é complexa, envolve uma série de fatores econômicos, geográficos e culturais que perpetuam o ciclo de desvantagem para as populações mais vulneráveis. A saúde é socialmente

determinada, e fatores como baixa escolaridade e subemprego limitam o entendimento sobre a importância da prevenção e dificultam a adesão aos cuidados de saúde (Oliveira, 2023).

As desigualdades sociais no Brasil criam barreiras significativas para o acesso equitativo à saúde e para o diagnóstico precoce de doenças. Superar esses desafios exige um compromisso com políticas públicas inclusivas, financiamento adequado do SUS e um foco na redução das disparidades regionais e socioeconômicas.

A solução não é simplista, visto que a vulnerabilidade de grande parte da população, das regiões periféricas das grandes cidades e da zona rural é uma barreira social importante e que não depende do setor saúde exclusivamente para facilitar o acesso. A formação de profissionais especializados/as, maior investimento no SUS e avaliação profunda das causas de abstenções ao serviço de saúde são necessárias para planejamento das ações.

O investimento em telemedicina pode também ser uma estratégia viável para diminuir a distância entre os pacientes e os serviços especializados. No entanto, para que ela cumpra o seu potencial de democratização do atendimento, é fundamental que as políticas públicas assegurem a inclusão digital, a formação adequada de profissionais e o fortalecimento das redes de infraestrutura.

Apesar da resistência dos profissionais e da sociedade para essa nova modalidade no atendimento, Carvalho *et al.* (2024, p. 1748) são otimistas em afirmarem que “a integração de serviços de saúde, racionalização de custos e auxílio na identificação e rastreamento de problemas de saúde pública são só alguns exemplos da aplicação dessa tecnologia relacionada ao setor de gestão”.

A diversidade social e cultural no Brasil é muito grande, enquanto se tenta aumentar o acesso a exames de imagem e consultas com especialistas, países como Estados Unidos, Reino Unido e Canadá realizam desde os anos de 1990 testes genéticos para pesquisa de genes BRCA1 e BRCA2, identificando as mulheres com maior risco genético para o adoecimento por câncer de mama pela hereditariedade, correspondendo a aproximadamente 10% dos casos (Gibbon, 2014).

A partir dos resultados dos testes genéticos para mutações associadas ao câncer de mama, várias medidas de prevenção podem ser adotadas para reduzir o risco de desenvolvimento da doença. Essas medidas são ajustadas conforme o risco individual e incluem vigilância intensificada, cirurgia profilática, mudança no estilo de vida e quimioprevenção.

Gibbon (2014, p. 149) reflete sobre possibilidades e perigos na maneira como o gênero pode ser influente no nível biológico, moldando a saúde e a doença, afirma que “há a possibilidade de vários paradigmas biopolíticos para entender condições como o câncer de mama, que têm o potencial de examinar a etiologia da doença por meio de um quadro de referência que inclui genômica e toxinas ambientais”. A autora complementa que há um risco de novas formas de “determinismo somático”, que podem causar estereótipos culturais e de gênero.

O predomínio de abordagens centradas no corpo biológico, é criticada por Gibbon (2014), que adverte para o risco a tendência de compreender saúde e doença exclusivamente a partir de aspectos biológicos, como a genética ou a anatomia. Essa lógica pode reforçar estereótipos de gênero, ao vincular determinadas patologias ao corpo feminino como algo naturalmente vulnerável, ignorando os determinantes sociais, culturais e ambientais que também moldam o adoecimento.

No contexto brasileiro, essa crítica encontra eco nas estratégias de rastreamento do câncer de mama e do colo do útero, que embora tecnicamente eficazes, ainda enfrentam obstáculos relacionados às desigualdades de acesso, território, raça e classe. Assim, refletir sobre as ideias de Gibbon permite ampliar a análise das políticas de rastreamento, destacando a necessidade de abordagens mais integradas e sensíveis às condições de vida das mulheres brasileiras. Superar o determinismo somático implica reconhecer que o cuidado em saúde vai além do corpo e envolve também escuta, contexto e justiça social.

O câncer altera a relação das pessoas com seus corpos. A percepção social da doença, como o medo ou a estigmatização, e as mudanças físicas relacionadas ao tratamento tornam o corpo um campo de batalha entre a doença e as tentativas de preservá-lo dentro dos padrões sociais. Le Breton (2007) explica que não se pode entender o corpo humano apenas por sua biologia; ele é definido pelas normas culturais e pelo contexto histórico em que está inserido. É uma doença que, além de seu impacto biológico, também possui fortes implicações sociais, culturais e psicológicas, causando sofrimento físico e psíquico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de natureza do estudo e sua perspectiva avaliativa

Esta pesquisa insere-se no campo das investigações sociais, sendo desenvolvida sob uma abordagem qualitativa. Segundo Flick (2009), a pesquisa qualitativa caracteriza-se por ser não numérica, utilizando textos como material empírico, partindo da compreensão de que as realidades sociais são construídas pelos sujeitos. Tal abordagem busca compreender as perspectivas dos participantes, suas práticas cotidianas e o conhecimento que possuem sobre os temas investigados. Como afirma o autor, a pesquisa qualitativa “consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível (...) os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem” (Flick, 2009, p. 16).

A pesquisa qualitativa se preocupa com uma realidade do que não pode ser quantificado. As interpretações das informações obtidas nas entrevistas foram orientadas pela análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2014), dentre as possibilidades de categorização no campo da saúde a análise de conteúdo temática é a mais utilizada, pois permite uma organização sistemática dos dados qualitativos e possibilita identificação de padrões, temas e significados recorrentes em narrativas ou textos, é adequada para revelar aspectos subjetivos e sociais.

Do ponto de vista operacional, esta pesquisa adota a análise de conteúdo como técnica de tratamento dos dados, buscando não apenas identificar os sentidos manifestos, mas também compreender os significados profundos presentes nos discursos das participantes. A investigação considera o conhecimento que cada entrevistada possui sobre a temática, suas vivências concretas e as emoções que permeiam suas falas, reconhecendo esses elementos como constituintes relevantes da construção do sentido.

Dessa forma, articula-se a superfície dos enunciados com as estruturas socioculturais e psicossociais que os moldam, como o contexto de produção da mensagem, a trajetória das participantes e a dimensão emocional ao abordar o tema. Como aponta Minayo (2014, p. 316), a análise de conteúdo “visa compreender o sentido das comunicações, suas condições de produção e recepção, articulando os conteúdos manifestos com os conteúdos latentes das falas, textos e documentos”.

Analisar políticas públicas na saúde apenas a partir de números, nos traz ainda

questionamentos sobre o que está por trás dos resultados numéricos. O que pensam os sujeitos envolvidos? Quais suas crenças, culturas, valores, facilidades e dificuldades para o acesso à saúde e rastreamento do câncer? Tais questionamentos são importantes para que possamos compreender a eficácia ou não das políticas públicas pensadas para o bem da sociedade.

Identificar o que pensam as mulheres sobre a política ao rastreamento do câncer de colo uterino e câncer de mama até o Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará através da pesquisa qualitativa possibilita respostas sobre o motivo de diagnósticos tardios. Segundo Mendonça e Sousa (2021), as diversificações de técnicas que regem o trabalho qualitativo, podem proporcionar relevantes dados.

Orientar a investigação a partir do ponto de vista das mulheres, considerando as suas informações, pesquisar as representações, crenças, valores, explicações e opiniões que se expressam nas interações sociais, ter a operacionalização da pesquisa de forma flexível e interativa, a fim de proporcionar a compreensão da teia de relações sociais e culturais que se estabelecem no interior das organizações. Esses dados possibilitam respostas para além dos números para avaliação da política pública.

Para desenvolvimento do estudo, utilizei de um conjunto de instrumentos e técnicas que possibilitaram a investigação científica do objeto de pesquisa. A realidade do campo social requisita um manejo mais sensível às várias condições e/ou situações cristalizadas e/ou dinâmicas pela natureza processual e produtiva. O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo (Minayo, 2008).

A presente pesquisa, ao evidenciar as barreiras enfrentadas pelas mulheres no acesso aos serviços de saúde, contribui para a qualificação do cuidado a partir de uma lógica contra-hegemônica. Essa abordagem rompe com modelos tecnicistas e centrados apenas em indicadores quantitativos, valorizando as experiências vividas e os sentidos atribuídos pelas usuárias ao processo de cuidado. Como destacam Da Ros e colaboradores (2019), a avaliação contra-hegemônica propõe uma escuta ampliada e contextualizada, que reconhece os sujeitos como produtores de conhecimento e protagonistas na construção de práticas mais humanas e integradas. Assim, os achados da pesquisa podem subsidiar a implementação de estratégias de educação em saúde e educação permanente, voltadas à humanização do atendimento e à

redução das iniquidades no acesso.

Além disso, os resultados obtidos oferecem subsídios importantes para o desenvolvimento de políticas públicas mais sensíveis às realidades das mulheres, especialmente no que se refere ao controle do câncer de mama e do colo do útero. A partir de uma perspectiva crítica, compreende-se que políticas eficazes devem ser construídas com base na escuta ativa das mulheres e na valorização de seus saberes cotidianos, superando a lógica biomédica e fragmentada ainda predominante.

Segundo Cruz (2019), a avaliação contra-hegemônica busca tencionar os modelos tradicionais de formulação de políticas, propondo alternativas que considerem a complexidade dos determinantes sociais da saúde e a diversidade dos territórios. Nesse sentido, a pesquisa pode contribuir para a ampliação do acesso aos serviços de rastreamento e diagnóstico, bem como para a formulação de programas de prevenção que dialoguem com os contextos socio-culturais das mulheres.

A produção de conhecimento científico oriunda desta investigação se insere no campo da saúde coletiva como um instrumento de transformação social. Ao dar visibilidade às experiências e necessidades das mulheres que usam o SUS para o cuidado da sua saúde e da saúde de seus familiares, a pesquisa rompe com a invisibilização histórica desses sujeitos nos processos de produção de saber. Como afirmam Gussi e Oliveira (2017), a avaliação contra-hegemônica valoriza a diversidade de saberes e reconhece a ciência como prática social comprometida com a justiça e a equidade. Assim, os resultados aqui apresentados não apenas ampliam a compreensão sobre a saúde da mulher, mas também fomentam o desenvolvimento de novas pesquisas alinhadas com uma perspectiva ética e socialmente comprometida.

A categoria de análise consiste em identificar núcleos de sentido que estruturam a comunicação extraída do material empírico, recortada com base no conteúdo do texto e não em sua forma, atribuindo significado às dimensões analíticas propostas no estudo. A análise de conteúdo, de caráter reflexivo e crítico, é conduzida por meio das etapas fundamentais estabelecidas por Minayo (2014): ordenação, classificação e análise final dos dados.

4.2 Coleta de dados

Com o intuito de extrair o máximo de informações, visando o enriquecimento do trabalho, foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva. Tendo em vista que, segundo Gil

(2008), a pesquisa qualitativa pode ser utilizada para investigar um tema em profundidade. As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, e criam o estabelecimento de relações entre variáveis.

Godoy (1995) cita que muitos pesquisadores de orientação qualitativa fazem seu trabalho de campo através de observação e entrevista, empregam muito do seu tempo no local da pesquisa, em contato direto com os sujeitos. A proposta de estudo deste trabalho, a sensibilidade do assunto e a vulnerabilidade das entrevistadas, foi escolhido este método, já que é o mais apropriado para alcançar a compreensão da experiência de itinerário de mulheres para o rastreamento do câncer de colo do útero e câncer de mama.

Para a coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas e pautas que, segundo Gil (2008), entrevista é seguramente o método mais flexível de todos para a coleta de dados de que dispõem as ciências sociais. As entrevistas mais estruturadas são aquelas que pré-determinam em maior grau as respostas a serem obtidas, ao passo que as menos estruturadas são desenvolvidas de forma mais espontânea, sem que estejam sujeitas a um modelo preestabelecido de interrogação. A partir desse princípio, as entrevistas foram classificadas em: informais, focalizadas, por pautas e formalizadas.

Gil (2008) complementa apresentando sua visão sobre as entrevistas por pautas, que possuem certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o/a entrevistador/a vai explorar ao longo de seu curso. As pautas devem ser ordenadas e guardar certa relação entre si. O/a entrevistador/a faz poucas perguntas diretas e deixa o/a entrevistando/a falar livremente à medida que se refere às pautas assinaladas. Quando este se afasta delas, o/a entrevistador/a intervém, embora de maneira suficientemente sutil, para preservar a espontaneidade do processo.

Foi aplicada entrevista com perguntas semiestruturadas que teve como critério de inclusão, mulheres que aguardam atendimento para rastreamento e/ou diagnóstico de câncer de mama e colo uterino no IPC. A seleção da amostra foi realizada por conveniência, composta por mulheres que aceitarem participar da pesquisa, com diversidade na amostra em relação à idade, escolaridade e outras variáveis sociodemográficas. O número de participantes foi definido com base na saturação dos dados, ou seja, quando novas entrevistas deixarem de trazer informações relevantes.

Na abordagem, foi feita uma explicação clara sobre a pesquisa, seus objetivos e os benefícios da participação. Antes de iniciar a entrevista, foi solicitado o consentimento livre e

esclarecido de cada participante, garantindo a voluntariedade e o anonimato. As mulheres foram conduzidas a um ambiente privado e tranquilo, o roteiro de perguntas semiestruturadas, flexível, no qual permitiu o aprofundamento por temas que surgiram durante a conversa.

A entrevista foi gravada após anuência das participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Conforme Minayo (2008), a entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas possibilitando ao(a) entrevistado(a) discorrer sobre o tema proposto. A coleta das informações ocorreu entre os meses de abril e maio de 2025.

As entrevistas foram realizadas com três roteiros: para mulheres em rastreamento do câncer de colo uterino, mulheres em rastreamento do câncer de mama e mulheres que compareceram ao IPC para acolhimento, especifiquei o local de origem das participantes, capital ou interior do estado (Apêndices B, C e D).

O roteiro abordou a experiência no itinerário até a chegada ao IPC, incluindo facilidade e/ou dificuldade ao acesso; o conhecimento sobre o câncer; emoções; expectativas e sugestões. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e posteriormente transcritas na íntegra.

A relevância da entrevista para a pesquisa está no fato de ela constituir um instrumento privilegiado de coleta de informações porque utiliza a fala, sendo que através desta é possível se apreender, entre outras coisas, o sistema de valores, as normas e as condições estruturais em que não só o/a entrevistado/a está inserido, mas o grupo ao qual ele pertence (Minayo, 2008).

A transcrição dos áudios das entrevistas realizadas com as mulheres que aguardavam atendimento no IPC para rastreamento do câncer de colo do útero e mama constitui uma etapa essencial para a análise qualitativa dos dados coletados. Esse processo permite a conversão do discurso oral em texto escrito, facilitando a organização, a categorização e a interpretação das informações obtidas.

Durante as entrevistas, as participantes compartilharam suas experiências, expectativas e percepções sobre o atendimento e o acesso à unidade de saúde de referência, bem como suas preocupações em relação ao diagnóstico e à prevenção do câncer. A transcrição desses relatos preservou a autenticidade das vozes dessas mulheres, possibilitando uma compreensão mais profunda de suas vivências e sentimentos.

O uso de metodologias rigorosas na transcrição garante a fidelidade ao conteúdo

original. A partir desses textos, foi possível identificar padrões, temas recorrentes e aspectos relevantes para melhorias nos serviços de saúde e na abordagem preventiva. Além de contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, a transcrição também desempenhou um papel fundamental na valorização da narrativa dessas mulheres, ampliando o debate sobre a eficácia e eficiência da política de rastreamento do câncer.

4.3 A análise de conteúdo como caminho metodológico

Para a análise dos dados coletados foi feita uma análise de conteúdo, por ter capacidade de sistematizar, descrever e interpretar dados textuais. Ela permitiu identificar padrões, temas e significados em dados coletados, contribuindo para uma compreensão mais profunda dos fenômenos estudados. Bardin (2011) descreve esse método como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que visa obter indicadores quantitativos ou qualitativos a partir de dados textuais.

O método permite uma investigação aprofundada das experiências, percepções e significados atribuídos pelas participantes do estudo. Com foco na subjetividade, essa abordagem possibilita compreender os fenômenos sociais por meio da interpretação das falas e dos discursos, revelando dimensões não acessíveis por métodos quantitativos.

Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo proporciona um método sistemático para categorizar e interpretar dados qualitativos, aumentando a confiabilidade dos resultados. A autora destaca que a análise de conteúdo segue etapas bem definidas, organizam-se em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O início se dá pela fase de organização da análise, que por sua vez também é subdividida em etapas. A primeira é a pré-análise, fase em que se faz necessário sistematizar as ideias iniciais, procurando estabelecer um plano de análise. Esta fase subdivide-se em cinco partes, que identifiquei aqui por letras:

- a) Leitura flutuante ou leitura mais geral, que dará as primeiras impressões sobre o material que se tem em mãos;
- b) Seleção da documentação, que se presta aos objetivos de pesquisa. A escolha da documentação deve seguir determinadas regras a saber: (i) exaustividade: devem ser selecionados todos os documentos que atendem ao critério de seleção; (ii)

representatividade: a amostra selecionada deve ser representativa do universo;

(iii) homogeneidade: deve-se obedecer ao mesmo critério da seleção; (iv)

pertinência: adequação do documento aos objetivos da pesquisa;

- c) Objetivos de análise: é recomendado o estabelecimento de hipóteses e pensar sobre a finalidade das reflexões;
- d) Referenciação dos índices e elaboração de indicadores: um determinado tema presente numa mensagem é um exemplo de índice, nesse caso, podemos dizer que a frequência de vezes em que esse tema é citado na mensagem é um indicador de sua importância para a análise, levando em conta os objetivos da pesquisa;
- e) Preparar o material: por meio de transcrição dos textos ou discursos.

Concluída a pré-análise, seguiu-se para segunda etapa, a exploração do material, ou análise dos documentos. É nesse momento que se faz a sistematização das decisões que foram tomadas na fase inicial. Por fim, a terceira etapa, faz-se o tratamento dos resultados obtidos, a interpretação, momento em que os dados tomam significado, com proposta de interpretações e inferências. É comum que se organize as ideias em tabelas, gráficos, diagramas, para facilitar a leitura e dar margem a novas interpretações (Bardin, 2011).

A segunda etapa da análise de conteúdo é a codificação que consiste em recortar o texto em unidades de registro – unidades dotadas de significado, podendo ser uma palavra, frase ou tema mencionado na comunicação – que devem vir acompanhadas de unidades de contexto, geralmente maiores que a unidade de registro, e servem para maior compreensão sobre o contexto em que se desenvolve a comunicação (Bardin, 2011).

Desse modo, o tema é uma unidade de registro e contexto segue a etapa de enumeração, onde se estabelece como essa unidade de registro será contada (presença ou ausência, frequência, intensidade, ordem em que aparece no texto ou no discurso, etc.); e por fim, a agregação desses resultados em categorias. A codificação é mais usada em análises quantitativas e, por isso, foi brevemente comentada.

A terceira etapa da análise de conteúdo, a categorização, não é uma etapa obrigatória, consiste na diferenciação e no agrupamento de unidades de registro semelhantes. Com isso, pode-se separar unidades semelhantes sob ou a partir da exploração do material de análise. A escolha das categorias segue alguns critérios: (i) regra da exclusão mútua: um elemento da comunicação não pode estar ao mesmo tempo em duas categorias; (ii) regra da homogeneidade: a escolha das categorias deve obedecer ao mesmo critério; (iii) regra da

pertinência: as categorias devem estar adequadas ao material de análise e à teoria; (iv) objetividade e fidelidade; (v) produtividade: deve produzir resultados férteis (Bardin, 2011).

A inferência na perspectiva de Bardin (2011), representa os elementos constitutivos de comunicação: o emissor, aquele que fala; o receptor que recebe a mensagem; a mensagem ou conteúdo da comunicação e a significação; o medium ou canal pelo qual a mensagem é passada (o texto ou discurso, etc.)

Por fim, a disseminação dos resultados é crucial para que a pesquisa contribua para o avanço do conhecimento científico e para a prática profissional. A divulgação dos achados para a comunidade científica, profissionais de saúde, gestores de políticas públicas e a sociedade em geral é essencial para gerar impacto e promover mudanças positivas.

O quadro a seguir, facilitará o entendimento das etapas da análise de conteúdo:

Quadro 1 - Etapas da análise de conteúdo segundo Bardin

ORGANIZAÇÃO DA ANÁLISE	
Pré-análise	Leitura flutuante
	Seleção dos documentos
	Formação de hipóteses e objetivos
	Referenciação de índices e indicadores
	Preparação do material
Exploração do material	
Tratamento dos resultados e interpretação	
CODIFICAÇÃO	
Estabelecer as unidade de registro e de contexto	
Decidir o modo de contagem	
CATEGORIZAÇÃO	
Inventário	
Classificação	
INFERÊNCIA	

Fonte: Bardin, 2011.

4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi conduzida de acordo com os princípios éticos, envolvendo seres humanos, garantindo a confidencialidade e o anonimato das participantes, com empatia e sensibilidade.

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e a pesquisa de campo somente deu início após sua aprovação. As mulheres que aceitaram participar da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A), permitindo a realização da pesquisa de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), que rege sobre a pesquisa com seres humanos, respeitando os quatro princípios básicos da Bioética: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

O princípio da beneficência deve ser observado na medida em que a pesquisa pode trazer benefícios e manter a obrigação de não causar nenhum dano nem ao sujeito participante da pesquisa, nem à instituição e nem a terceiros. O princípio da não-maleficência, considerado através da garantia de que a pesquisa não trará nenhum prejuízo para as participantes envolvidas. O princípio da autonomia, praticado na medida que será preservado o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete nenhuma penalidade. O princípio da justiça, exercido através da garantia do anonimato e sigilo, de receber informações sobre a pesquisa e sendo respeitada de forma justa.

5 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados obtidos nas entrevistas, busquei compreender os fatores que influenciam o acesso das mulheres ao serviço especializado, considerando variáveis como o tempo de espera, as condições sociais, o nível de conhecimento prévio sobre a importância do rastreamento, bem como seus sentimentos em relação ao atendimento recebido e sugestões para melhorias no processo de cuidado.

Foram entrevistadas três grupos de mulheres:

Grupo I: mulheres em rastreamento do câncer de colo uterino;

Grupo II: mulheres em rastreamento do câncer de mama;

Grupo III: mulheres do acolhimento.

Para preservar a identidade das participantes e organizar os dados coletados, foi adotado um sistema de codificação alfanumérica que identifica o tipo de câncer abordado, a origem geográfica da paciente e a ordem da entrevista. As mulheres entrevistadas foram classificadas da seguinte forma: a letra **C** indica casos relacionados ao câncer do colo do útero, enquanto **M** refere-se ao câncer de mama. A seguir, a letra **I** representa participantes oriundas do interior do estado, e **F** aquelas residentes em Fortaleza. Por fim, um numeral foi atribuído conforme a ordem cronológica das entrevistas. Assim, por exemplo, o código **C+I+1** refere-se à primeira entrevistada com câncer do colo do útero, residente no interior, enquanto **M+F+3** identifica a terceira entrevistada com câncer de mama, residente em Fortaleza. Além disso, os relatos das mulheres que aguardavam acolhimento foram identificados com a letra **A**, seguida de um número sequencial (**A1**, **A2**, etc.). Esse sistema permitiu a organização sistemática dos dados, garantindo o anonimato das participantes e facilitando a análise qualitativa.

A análise dos dados desta pesquisa foi conduzida com base em um conjunto robusto de entrevistas semiestruturadas realizadas com 40 (quarenta) participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas integralmente através do site notebookLM da Google. Os dados foram organizados posteriormente, conferindo os áudios e transcrições, com o cuidado de serem transcritas na íntegra.

O total de transcrições gerou 91 (noventa e uma) páginas. Após a organização, me dediquei a avaliar o grupo de mulheres em rastreio para câncer de colo uterino, em seguida o grupo de mulheres em rastreio para câncer de mama e por fim as mulheres que aguardavam acolhimento.

Tendo em vista o volume significativo e a diversidade das informações obtidas nas entrevistas, a análise das entrevistas seguiu os procedimentos previamente descritos da análise de conteúdo, com foco na categorização temática. A partir das etapas já delineadas (pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados), foram aprofundadas as leituras e codificações, permitindo a organização das falas em categorias analíticas coerentes com os objetivos da pesquisa.

Durante a fase de exploração do material, foi empregada a assistência do Copilot, uma ferramenta de inteligência artificial desenvolvida pela Microsoft, que atuou como suporte na organização e sistematização das falas dos participantes. Cada transcrição, composta por relatos extensos e ricos em conteúdo, foram inseridas uma a uma na ferramenta, com a solicitação para destacar trechos que correspondiam às categorias analíticas previamente definidas com base nos elementos que se repetiram e se destacaram nas falas, em um processo de construção a partir dos dados, e refinadas ao longo da leitura flutuante, permitindo uma compreensão singular de cada discurso.

A ferramenta não substituiu a análise interpretativa humana, mas foi utilizada como um recurso complementar que otimizou o tempo e aumentou a precisão na organização dos dados, porém sem comprometer a profundidade interpretativa. A triagem, estruturação e a interpretação crítica dos sentidos atribuídos pelas participantes, foi realizada manualmente, garantindo o rigor metodológico e a fidelidade ao contexto das falas.

A utilização de inteligência artificial como apoio metodológico foi registrada de forma transparente neste trabalho, respeitando os princípios éticos da pesquisa e assegurando a confidencialidade dos dados das participantes. Essa abordagem inovadora contribuiu para a sistematização eficiente de um volume expressivo de dados, sem comprometer a profundidade analítica exigida por uma investigação qualitativa.

Com base nos dados coletados, destacam-se algumas categorias essenciais para a compreensão do fenômeno estudado, tais como:

CATEGORIA I – Compreensão sobre o rastreamento do câncer;

CATEGORIA II – Dificuldade no acesso às consultas e exames;

CATEGORIA III – Emoções;

CATEGORIA IV – Autonomia sobre o corpo.

Foram entrevistadas 15 (quinze) mulheres do Grupo I, demonstradas no quadro 2 pela sua idade, procedência, escolaridade e ocupação prevalente.

Quadro 2 - Mulheres em rastreamento do câncer do colo uterino entrevistadas

GRUPO I					
INTERIOR		Nº	CAPITAL		Nº
Idade	24 a 35	1	Idade	24 a 35	5
	36 a 45	2		36 a 45	2
	46 a 64	4		46 a 64	1
Escolaridade	Analfabeta	0	Escolaridade	Analfabeta	1
	Fundamental 1	3		Fundamental 1	2
	Fundamental 2	3		Fundamental 2	1
	Médio	1		Médio	4
	Superior	0		Superior	0
Ocupação prevalente	Dona de casa	5	Ocupação prevalente	Dona de casa	4
TOTAL		7	TOTAL		8

Fonte: Elaborada pela autora.

Inicialmente, foi realizada uma organização e categorização das informações coletadas, permitindo identificar padrões e tendências que indicam possíveis barreiras ao acesso.

CATEGORIA I - Compreensão sobre o rastreamento do câncer

Os relatos das mulheres das mulheres sobre sua compreensão e acesso às informações relacionadas ao rastreamento do câncer de colo do útero e mama, indicam que muitas entrevistadas desconhecem o que é o rastreamento do câncer, buscavam exames de prevenção apenas quando apresentasse sintomas ou após o primeiro parto. A falta de acesso à informação clara e acessível sobre a importância do rastreamento pode influenciar a adesão às práticas recomendadas de prazos e indicações de exames. Algumas entrevistadas mencionaram dificuldades para entender o processo de acompanhamento e dúvidas sobre quando e como realizar os exames, evidenciando a necessidade de estratégias que promovam maior conscientização e educação em saúde.

O rastreamento do câncer de colo uterino tem um papel fundamental na detecção de lesões de alto grau, que quando tratadas, não evoluem para malignidade e para diagnóstico precoce da doença, com consequências positivas para a redução de sua mortalidade. No entanto, nas falas das mulheres participantes da pesquisa, independente se procedentes do

interior ou capital, percebemos uma compreensão limitada sobre o que realmente significa esse rastreamento.

As falas a seguir ilustram essa percepção:

CI2: *“É o exame que a gente faz que detecta, né?”*

CI3: *“Eu acho que é tipo assim um sintoma né? Você sente um sintoma e procura, saber o que ocasionou aquilo”*

CI4: *“Não entendo nada”*

CF1: *Para ser sincera, nada não. Porque não adianta eu dizer que sei, se eu não sei”*

CF4: *“É uma busca, né? Buscar encontrar ele”*

CI7: *“Eu acho que é pra pessoa saber, né? Assim, se tá bem ou se tá com essa doença”*

O Instituto de Psico-Oncologia (2018) destaca que, historicamente, o câncer foi estigmatizado devido a crenças antigas sobre sua origem e sua associação com a morte. Ainda hoje, algumas pessoas evitam mencionar a doença por medo ou superstição, referindo-se a ela como "aquilo" ou "aquela doença". Esse estigma pode ter consequências negativas, dificultando a busca por informações e apoio, além de reforçar sentimentos de culpa e vergonha entre as pessoas.

A falta de entendimento de muitas mulheres sobre o significado de “rastreamento do câncer”, muitas vezes pode retardar a procura por exames preventivos. Muitas relataram buscar o exame preventivo apenas quando apresentavam sintomas ou após eventos específicos, como o primeiro parto, demonstrando que, para elas, o exame não era entendido como uma estratégia regular de prevenção, mas sim como uma resposta a um possível problema já existente.

Ao longo das entrevistas, tornou-se evidente que, além da compreensão limitada sobre o rastreamento do câncer de colo uterino, muitas mulheres demonstravam desconhecimento sobre o próprio corpo. Inicialmente, esse tema não fazia parte do roteiro da pesquisa, mas, ao perceber que algumas entrevistadas tinham dúvidas sobre o que seria o útero sobre o que seria

colo do útero, passei a incluir perguntas sobre esse assunto para explorar melhor essa lacuna de conhecimento. A pergunta foi: O que a senhora entende que é útero e o que é colo do útero?

Nos relatos apresentados a seguir, será possível observar como essa falta de informação se manifesta na fala das entrevistadas, evidenciando a necessidade de maior educação em saúde e divulgação de informações acessíveis sobre o corpo feminino.

CI5: *“Útero é a parte que faz parte do corpo da gente. Se a gente não tivesse útero, a gente não tinha como gerar o bebê da gente. E o colo... não estou sabendo explicar...mas o útero, depois que a gente não menstrua mais, ele não serve para nada mais.”*

CI6: *“O útero (...) quando se tem relação sexual, fica tudo acumulado e é uma parte sensível e que pode acumular doenças. O colo, é o fim dele, parte de dentro, uma coisa assim, não sei explicar.”*

CF4: *“O útero é onde se forma a criança, o colo do útero eu não sei, embaixo dele? Algo assim?”*

CF5: *“O útero é onde gera o bebê e o colo do útero é a proteção dele?”*

O desconhecimento do próprio corpo feminino pode ter um impacto significativo na adesão a exames preventivos e tratamentos. Muitas mulheres enfrentam barreiras para realizar exames ginecológicos, devido a sentimentos de vergonha, medo e falta de informação sobre sua importância (Santos, 2022). A baixa adesão a exames pode estar relacionada à falta de conhecimento sobre a anatomia feminina e sobre os benefícios da detecção precoce de doenças. Essa percepção reforça a importância de ampliar o acesso à informação.

CATEGORIA II - Dificuldade no acesso às consultas e exames

Essa categoria destaca os desafios enfrentados pelas mulheres para conseguir consultas especializadas e exames essenciais. Os relatos indicam dificuldades como longos períodos de espera, falta de profissionais disponíveis e entraves burocráticos que dificultam o atendimento pelo SUS. Muitas pacientes precisam recorrer ao setor privado para obter um diagnóstico

mais rápido, evidenciando a ineficiência dos mecanismos públicos de agendamento e encaminhamento. A morosidade do sistema e a incerteza sobre prazos de atendimento geram angústia e preocupação, impactando diretamente a saúde das mulheres.

A análise dos dados sobre o acesso das mulheres a consultas e exames para rastreamento do câncer de colo uterino revela especificidades importantes entre residentes do interior e da capital. Muitas mulheres do interior relatam facilidade ao exame de rastreamento no posto de saúde, porém, quando precisam de atendimento especializado, relatam dificuldades no transporte, no agendamento de consultas de retorno no IPC.

CI1: *“Muita gente desiste de vir. Pra fazer... não é só o tratamento do câncer em si, mas o tratamento de uma raladura, porque é difícil.”*

CI3: *“Não posso andar sozinha, eu tenho medo das coisas, eu não conheço nada aqui em Fortaleza”*

CI5: *“Demorou uns seis meses pra vim pra cá.”*

CI6: *“O próprio posto botou pra marcar na secretaria, aí demorou muito e até agora nada... vim aqui e fiquei numa fila de desistente pra fazer prevenção aqui”*

“O agendamento de retorno é muito complicado, passei três semanas ligando pra moça poder remarcar”

CI7: *“ Demorou mais ou menos um ano pra chegar aqui”*

“Agora difícil aqui, sabe o que é? É marcar uma consulta, porque a gente vem aqui e não consegue. Sendo lá do interior pra vir aqui marcar, é difícil. Por isso que tem gente que desiste”

A desigualdade no acesso à saúde é um desafio global que afeta populações vulneráveis, especialmente aquelas que vivem em regiões remotas ou em situação de pobreza. No Brasil, essa problemática se manifesta na dificuldade de deslocamento para centros urbanos, longos períodos de espera para atendimento e barreiras burocráticas que dificultam a marcação de consultas e exames.

Estudos como o de Paim *et al.* (2011) destacam que o SUS, apesar de universal, enfrenta obstáculos na distribuição equitativa dos serviços, com disparidades significativas

entre as regiões metropolitanas e áreas rurais. Além disso, pesquisas como as de Castro *et al.* (2019) mostram que a insegurança e o desconhecimento do ambiente urbano dificultam o acesso de pacientes do interior aos centros especializados, agravando ainda mais a desigualdade.

Estratégias para mitigar essas desigualdades incluem a expansão da infraestrutura de saúde em áreas periféricas, políticas públicas voltadas à inclusão e o uso de telemedicina. Avanços para o uso da saúde digital, uso de tecnologias, da inteligência artificial podem melhorar o acesso para agendamento de consultas e exames especializados. Paralelo a isso, o fortalecimento do atendimento, com escuta qualificada para regulação são essenciais para humanização do atendimento, e garantia da equidade, promovendo agilidade no atendimento e reduzindo complicações de problemas de saúde, especialmente o câncer. No entanto, para que essas soluções sejam eficazes, é essencial que sejam acompanhadas por ações governamentais que garantam financiamento adequado e a ampliação do acesso universal à saúde.

Por outro lado, mulheres da capital enfrentam desafios diferentes, como dificuldade em longas filas e demora no atendimento. Esses relatos evidenciam a necessidade de políticas públicas que garantam acesso equitativo ao rastreamento do câncer de colo uterino, considerando as particularidades de cada região. Melhorias na infraestrutura de saúde e na capacitação de profissionais podem contribuir para reduzir essas barreiras e aumentar a adesão aos exames preventivos.

CF1: “Sempre fui direto no particular, mas quando falou em biópsia, aí eu perguntei o que era colposcopia, coisa que eu não tinha feito. Ela disse que era uma câmera e tudo... eu cheguei em casa e já não queria mais fazer nada, como se o mundo já não existisse mais.”

“Vim no IPC com uma dica de uma amiga, peguei fila para desistência e fiz novamente prevenção. Aqui tem tudo, não tenho do que me queixar.”

CF5: “ Só não demorou o exame no posto porque eu tenho uma amiga enfermeira, se não fosse esse contato, teria que esperar muito. Demorou dois meses pra ser encaminhada para o CRIO, e de lá me encaminharam pra cá.”

CF6: “A prevenção fiz particular (...) no publico é todo um processo e é difícil vaga, como trabalho muito, fui direto no particular, deu uma lesão e me encaminharam pro

posto, do posto fui pro Gonzaguinha da Barra e de lá me encaminharam pra cá (...) isso foi demorado. No Gonzaguinha foi em janeiro e pra cá só teve vaga agora em maio, meu marido veio duas vezes pra fila, graças a Deus conseguiu pra hoje”.

CF7: *“No posto de saúde demora, tem poucas fichas, não dá pra todo mundo (...) se você não tiver um dinheirinho pra fazer o exame particular, tem que esperar (...) demora uns dois meses pra fazer o exame e três meses pro resultado.”*

“Para ser encaminhada pra cá, já tem um ano e nunca me ligaram, uma amiga conhece uma funcionária daqui e eu consegui vir pra cá.”

As falas das mulheres entrevistadas revelam desafios significativos no acesso aos exames de rastreamento do câncer de colo do útero e ao IPC. Os principais obstáculos incluem demora no agendamento, interferência de conexões individuais para acelerar o atendimento, falta de vagas no sistema público e necessidade de recorrer ao setor privado para obter diagnóstico mais rápido. Além disso, a burocracia e a longa espera para encaminhamentos dificultam o acesso ao tratamento adequado, levando algumas pacientes a desistirem ou enfrentarem períodos prolongados de incerteza.

Segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, publicadas pelo INCA (2015), o rastreamento eficaz depende da regularidade dos exames e da acessibilidade dos serviços de saúde. No entanto, estudos indicam que a cobertura do rastreamento no Brasil ainda enfrenta desafios. A demora na realização de exames e na obtenção de resultados pode comprometer a detecção precoce da doença, reduzindo as chances de tratamento eficaz. A regionalização dos serviços de saúde e a expansão da infraestrutura são estratégias fundamentais para melhorar o acesso ao rastreamento do câncer de colo do útero.

As unidades básicas de saúde (UBS) são tradicionalmente responsáveis por ofertar o rastreamento do câncer de colo uterino, garantindo que a população tenha acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno. No entanto, devido a limitações estruturais e alta demanda, muitas mulheres enfrentam dificuldades para realizar esse exame.

Nesse contexto, unidades secundárias de saúde podem desempenhar um papel crucial na complementação dos serviços de atenção primária, oferecendo exames preventivos como o rastreamento do câncer de colo uterino. Apesar de serem normalmente destinadas ao acompanhamento de casos específicos ou especializados, não há impedimento e pode ser

altamente benéfico para a população, garantindo maior acesso aos serviços essenciais de saúde.

O modelo de atenção à saúde no Brasil segue a lógica da hierarquização dos serviços, na qual a atenção primária serve como porta de entrada, enquanto as secundárias e terciárias são responsáveis pelo atendimento especializado e de maior complexidade (Mendes, 2011). Apesar dessa organização, não há impedimento normativo para que unidades secundárias realizem exames indicados para a atenção primária, desde que isso contribua para a ampliação do acesso e redução de filas de espera.

De acordo com estudos sobre redes de atenção à saúde, a integração entre diferentes níveis de atendimento pode otimizar recursos e melhorar a cobertura populacional (Paim, 2012). Unidades secundárias que possuem estrutura disponível e profissionais capacitados podem atuar na realização de exames preventivos, evitando que mulheres enfrentem longos períodos de espera nas UBS.

Estudos apontam que a ampliação do acesso ao Papanicolau por meio da integração de serviços de saúde reduz as taxas de câncer avançado, fortalecendo a prevenção e garantindo melhor prognóstico para as pacientes (Silva *et al.*, 2020).

No grupo II, apresentadas no Quadro 3, as mulheres que aguardavam atendimento para rastreamento do câncer de mama:

Quadro 3 - Mulheres em rastreamento do câncer de mama entrevistadas

GRUPO II					
INTERIOR		Nº	CAPITAL		Nº
Idade	24 a 35	2	Idade	24 a 35	0
	36 a 45	4		36 a 45	0
	46 a 64	2		46 a 64	11
Escolaridade	Analfabeta	0	Escolaridade	Analfabeta	0
	Fundamental 1	0		Fundamental 1	4
	Fundamental 2	1		Fundamental 2	1
	Médio	5		Médio	5
	Superior	2		Superior	1
Ocupação prevalente	Dona de casa	4	Ocupação prevalente	Dona de casa	5
TOTAL		8	TOTAL		11

Fonte: Elaborada pela autora.

Questões relacionadas à informação sobre o rastreamento do câncer de mama também foram ressaltadas. Algumas mulheres relataram não ter conhecimento claro sobre a periodicidade dos exames e seus benefícios, o que pode comprometer a adesão ao rastreamento. Essa falta de orientação reforça a necessidade de campanhas educativas eficazes e um diálogo mais transparente entre os serviços de saúde e a população, garantindo que as mulheres tenham acesso não apenas aos exames, mas também ao conhecimento necessário para sua própria saúde.

Algumas mulheres expressaram críticas à campanha “Outubro Rosa”, pois interpretam que a ênfase dada ao rastreamento do câncer de mama é para esse período, que os serviços públicos de saúde oferecem exames e orientações prioritariamente apenas no mês outubro. Tal percepção evidencia a necessidade de uma comunicação mais clara e contínua, garantindo que a população compreenda que o acesso ao rastreamento deve ocorrer regularmente ao longo do ano, independentemente das ações promovidas em campanhas específicas.

Essa questão reforça a importância de estratégias comunicacionais que enfatizem a permanência e acessibilidade dos serviços, reduzindo possíveis interpretações equivocadas e incentivando a adesão ao rastreamento de forma consistente.

MI7: "Porque foi bem no período de, acho que é novembro, né? Que as mulheres têm mais acesso. Qualquer hora que você chega na policlínica você faz (...). Acho que é novembro. Outubro ou é novembro? Acho que é outubro."

MF3: "Eles falam muita coisa, e na realidade a gente vai procurar o que eles dizem na televisão e não existe."

MF3: "Eu acho que deixa um pouco a desejar. Deixa, eu acho. Deixa um pouco a desejar. É muita propaganda, é muita coisa, mas na hora do vamos fazer é pouco."

MF9: "Olha, eu vejo mais é uma vez por ano, porque quando outubro rosa que nos postos paga tudinho, mas é só na teoria, porque na prática oxe, não serve nada."

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres em rastreamento do câncer de mama apresentam semelhanças com aquelas do rastreamento do câncer de colo uterino, especialmente em relação aos desafios no acesso aos serviços de saúde, à demora nos agendamentos.

Destacamos falas que trazem dificuldades para agendamento e deslocamento de cidades do interior:

MI1: *“Às vezes não tem vaga no transporte, então eu pagava frete pra vir pra cá apenas marcar a consulta pessoalmente porque não respondiam pelo telefone”*

MI2: *“Eu estava na fila de espera para mamografia por quase dois anos”*

MI5: *“Saímos de Solonópoles à meia noite e chegamos aqui por volta das 5 horas da manhã, algumas pessoas não conseguem vir porque precisam de acompanhante ou têm dificuldades físicas para suportar a viagem em uma topic”*

MI7: *“Saí de casa três horas da manhã para conseguir marcar uma consulta. Se o telefone funcionasse, não teria precisado viajar tanto para conseguir marcar.”*

MI8: *“A falta de acesso não é nem só ao tratamento, mas também ao deslocamento, né, de nós que somos pacientes do interior, esse deslocamento é uma lei. Nós pacientes oncológicos temos ter um carro exclusivo.”*

“Quando foi a minha irmã no tratamento, a topic, saia 4 horas da manhã para fazer quimioterapia, né? Sabemos que a quimioterapia ela acaba com todo o seu corpo, né, seu corpo físico. E aí ela ficava esperando até 8 horas da noite na calçada do hospital, porque o hospital fechava e ela ficava do lado de fora, né?”

“Às vezes tem o carro da prefeitura, tem, mas tá lotado, né? E aí, como que eu vou fazer? Aí eu pegava no Ministério Público. E dizia: o problema não é meu, o problema é de vocês, prefeitura.”

Esses relatos reforçam a necessidade de melhorias estruturais no sistema de saúde, incluindo investimentos em transporte, redução do tempo de espera para exames essenciais e aprimoramento dos canais de comunicação entre os pacientes e os serviços de saúde. As mulheres residentes na capital também apresentam barreiras, porém dispõem do privilégio de estarem próximas ao serviço especializado e poderem com maior facilidade realizar agendamento pessoalmente, assim como o deslocamento para a unidade de tratamento de forma mais ágil e independente, sem a necessidade de transporte da prefeitura.

Sobre o transporte para deslocamento de pacientes com câncer, um estudo da Fiocruz revelou que mais da metade dos pacientes com câncer no Brasil precisam viajar para receber tratamento, percorrendo distâncias médias de 187 km, podendo chegar a 2.000 km na região Norte. Essa realidade reforça a necessidade de políticas públicas que garantam transporte adequado e ágil para pacientes oncológicos (Fonseca; Albuquerque; Saldanha; Zicker, 2023).

O acesso ao tratamento do câncer é um direito fundamental garantido pela Constituição Federal do Brasil, que estabelece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (Art. 196). No entanto, muitos pacientes que residem em municípios do interior enfrentam desafios para chegar aos grandes centros urbanos onde há infraestrutura adequada para o tratamento oncológico. Para minimizar essas dificuldades, existem legislações e programas que asseguram o transporte gratuito para pacientes em tratamento fora do domicílio.

O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é regulamentado pela Portaria nº 55/1999 do MS, que prevê o custeio de transporte, hospedagem e alimentação para pacientes que necessitam de atendimento especializado em outra cidade ou estado. O TFD é um direito garantido pelo SUS e deve ser solicitado na Secretaria de Saúde do município de residência do paciente. Além disso, a Lei nº 14.238/2021, que institui o Estatuto da Pessoa com Câncer, reforça o princípio do acesso universal e equânime ao tratamento adequado, garantindo que pacientes tenham condições de deslocamento para receber atendimento especializado.

Para garantir um atendimento mais humanizado e eficiente, é essencial que estados e municípios invistam em frotas exclusivas para transporte de pacientes oncológicos, ampliem a divulgação dos direitos garantidos e simplifiquem os processos de solicitação do benefício. Além disso, a criação de casas de apoio próximas aos centros de tratamento pode reduzir o impacto do deslocamento e proporcionar maior conforto aos pacientes e seus familiares.

Apesar das garantias legais, muitos pacientes enfrentam dificuldades para acessar o transporte gratuito, seja pela burocracia na solicitação do TFD ou pela falta de veículos disponíveis. O direito ao deslocamento para tratamento do câncer não deve ser apenas uma norma escrita, mas uma realidade acessível a todos que necessitam. A implementação de políticas públicas eficazes pode salvar vidas, garantindo que nenhum paciente fique sem atendimento por falta de transporte.

O acesso ao rastreamento do câncer entre as mulheres em Fortaleza frequentemente ocorre por meio de mecanismos informais. No IPC, vagas para exames de mamografia e

rastreamento do câncer do colo do útero são disponibilizadas às pacientes que estão em espera na unidade e são encaixadas sempre que há desistências. Esse sistema de encaixe permite que mulheres tenham a oportunidade de realizar os exames de forma mais ágil, contribuindo para o diagnóstico precoce e a eficácia das estratégias de prevenção.

MF1: *“Eu estava na fila de espera para mamografia por quase dois anos. (...) Ele era birads 3, agora tá no birads 4, quer dizer, já evoluiu. E aí não deu tempo, né, fazer, assim, começar o tratamento antes que ele evoluísse.”*

MF2: *“Eu venho bem cedinho para tentar me encaixar na desistência, porque senão eu tenho que retornar, eu tenho que ir pro posto para fazer a prevenção.”*

MF8: *“Mas nunca fui encaminhada através de nenhum posto não. Eu vim assim que nem hoje, eu vim sempre na desistência.”*

MF9: *“Pediram, mas tá com mais de 2 anos. Mais de 2 anos o pedido de mamografia. (...) Tenho vários pedidos de ultrassom, mas até agora pelo posto não sai. Pelo posto não sai”.*

MF10: *“No posto de saúde eu fui, mas tá em fila de espera e demora muito (...)Minha consulta é dia 5 de agosto. (...) Em janeiro um exame de sangue que eu nem fiz, sabe para quando é que tá marcado? 21 de julho. Um exame de sangue foi pedido em janeiro”.*

MF11: *“Já tava com uns dois anos nesse pedido, tava na fila de espera.”*

O câncer de mama é uma das principais causas de mortalidade feminina no Brasil, e seu diagnóstico precoce é fundamental para garantir melhores prognósticos e maior eficácia no tratamento. A Lei nº 13.896/2019, conhecida como Lei dos 30 Dias, determina que pacientes do SUS com suspeita de câncer tenham direito a realizar exames diagnósticos em até 30 dias após a solicitação médica. No entanto, relatos de pacientes evidenciam dificuldades no acesso ao rastreamento inicial, demonstrando que o sistema público enfrenta obstáculos na viabilização de exames como mamografia e ultrassonografia. A demora no rastreamento pode comprometer o diagnóstico oportuno garantido pela lei.

Diversos relatos indicam que o tempo de espera para exames essenciais no SUS pode ultrapassar dois anos. Pacientes frequentemente mencionam que pedidos para mamografia e ultrassonografia ficam acumulados no sistema sem previsão de atendimento (MF1, MF9, MF11). Essa espera prolongada contraria os princípios da Lei dos 30 Dias, pois, sem um rastreamento inicial eficiente, muitas mulheres sequer chegam à etapa do diagnóstico dentro do prazo estipulado pela legislação, isso pode significar a progressão da doença antes mesmo da realização do exame inicial.

Além disso, os postos de saúde apresentam barreiras estruturais que dificultam a marcação de consultas, levando algumas pacientes a chegar às unidades especializadas antes do amanhecer para tentar conseguir atendimento por desistência (MF2, MF8). A ausência de um sistema ágil de agendamentos obriga as mulheres a buscar alternativas fora do fluxo convencional, o que demonstra que a infraestrutura existente não está preparada para atender à alta demanda.

O IPC desempenha um papel fundamental na ampliação do acesso ao rastreamento do câncer de mama, especialmente para mulheres que encontram dificuldades no agendamento de exames nos postos de saúde. A busca por vagas de desistência é uma estratégia utilizada por muitas pacientes que precisam realizar exames preventivos, mas enfrentam longos períodos de espera no sistema público de saúde. Quando conseguem atendimento via desistência, essas mulheres podem ter a mamografia solicitada imediatamente, garantindo que aquelas com maior prioridade, sejam encaminhadas para exames de diagnóstico de forma mais ágil.

Essa dinâmica destaca o papel estratégico do IPC no funcionamento do sistema de prevenção, uma vez que ele se torna uma alternativa viável para driblar as dificuldades do fluxo tradicional de agendamentos nos postos de saúde. Para muitas pacientes, essa unidade representa a única forma de conseguir realizar exames dentro de um prazo aceitável, evitando os riscos associados à detecção tardia da doença.

Apesar do impacto positivo do IPC na viabilização do rastreamento, há um contraponto importante: o mamógrafo da unidade não opera em sua capacidade máxima, devido ao absenteísmo, gerando períodos de ociosidade. Isso contrasta com a grande fila de espera nos postos de saúde, onde pacientes aguardam por meses ou até anos para conseguir agendar uma mamografia, quando a unidade fica períodos com o equipamento em ociosidade. Segundo relatório do Controle e Avaliação do Estado do Ceará, no ano de 2024, o IPC realizou 61% da capacidade do equipamento.

Essa realidade evidencia falhas na articulação entre os serviços de saúde, uma vez que há uma demanda reprimida por exames, ao mesmo tempo em que equipamentos permanecem subutilizados. Se houvesse um sistema mais eficiente de redistribuição das vagas, aproveitando integralmente a capacidade do IPC, seria possível diminuir significativamente a fila de espera e otimizar o acesso ao rastreamento de forma sistemática.

O grupo III, as mulheres compareceram à unidade espontaneamente para o acolhimento, que é realizado por uma profissional enfermeira, onde avalia os exames, que na maioria das vezes foi realizado em clínicas privadas. Muitas mulheres que recebem resultados alterados em exames de rastreamento do câncer enfrentam dificuldades para encontrar o caminho certo para uma consulta especializada. A falta de orientação adequada pode deixá-las sem saber onde buscar atendimento médico.

O Quadro 4 apresenta informações sobre a idade, escolaridade e ocupação das mulheres que participaram do acolhimento no IPC.

Quadro 4 - Mulheres em acolhimento entrevistadas

GRUPO III		Nº
Idade	24 a 35	4
	36 a 45	0
	46 a 64	2
Escolaridade	Analfabeta	0
	Fundamental 1	1
	Fundamental 2	0
	Médio	3
	Superior	2
Ocupação prevalente	Dona de casa	3
TOTAL		6

Fonte: Elaborada pela autora.

O acesso das mulheres a consultas médicas e exames no Brasil ainda enfrenta desafios significativos, tanto na atenção básica, quanto no atendimento especializado. A burocracia, a falta de profissionais, a demora no agendamento e a desigualdade regional são alguns dos fatores que dificultam esse acesso, levando muitas mulheres a buscar alternativas espontâneas.

Os relatos de mulheres entrevistadas que compareceram espontaneamente ao IPC evidenciam essas dificuldades. A realidade enfrentada pelas mulheres foi expressada nas suas

falas, que confirmam com as falas das mulheres entrevistadas quando aguardavam atendimento para rastreamento do câncer de colo uterino e mama, o que constata a dificuldade no acesso aos serviços de saúde.

A1: *“Eles colocam em outubro rosa a prevenção. E as mulheres só adquirem o câncer em outubro? Infelizmente ele não vai escolher data e nem mês.”*

A3: *“Minha mãe faleceu e depois que saiu a mamografia dela (...) ela buscou alternativa, veio pra cá, aí aqui orientaram ela, fez consulta, exames, essas coisas. Foi operada, fez quimio, fez rádio. (...) depois que minha mãe faleceu, saiu a mamografia pelo posto, eu falei moço não tem mais o que fazer”. A espera pela mamografia foi mais de três anos. Por isso vim logo pra cá, no posto não tem médico.”*

A4: *“Demorou um ano para consulta do mastologista na policlínica. Agora, pra mostrar os exames, ela não tá mais. Aí, disseram que não tem data certa de ter um novo mastologista. Aí, eu tô esperando.”*

A5: *“Eu fiz minha ultrassonografia recentemente e a médica que fez a minha ultrassonografia me aconselhou vir até aqui. Ela falou que era referência, que o atendimento era muito bom.”*

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres entrevistadas para acessar consultas e exames refletem desigualdades regionais na distribuição dos serviços de saúde no Brasil. Estudos indicam que moradores das regiões Norte e Nordeste apresentam maiores obstáculos no acesso à atenção básica e ao rastreamento do câncer em comparação com outras regiões do país. A baixa concentração de profissionais de saúde e barreiras geográficas dificultam o atendimento, prolongando o tempo de espera e aumentando a necessidade de busca por alternativas fora do SUS (Dantas, 2021).

Durante a realização da pesquisa de campo, vinculada ao processo de escrita desta dissertação, foi possível observar uma importante mudança no fluxo de acolhimento da Unidade de Saúde IPC, com impactos diretos na experiência de cuidado de mulheres oriundas de clínicas populares ou de outra unidade. Originalmente, o acolhimento de enfermagem desempenhava um papel central na escuta qualificada e na avaliação de exames dessas

mulheres, muitas vezes atravessadas por processos de descontinuidade de tratamento ou por dúvidas quanto ao percurso na rede de atenção à saúde. Quando identificado o perfil compatível com os critérios da unidade, essas mulheres eram agendadas para continuidade do cuidado especializado, garantindo uma maior resolutividade e integração ao sistema.

Contudo, no decorrer da pesquisa, observou-se a reconfiguração desse processo. Atualmente, embora o acolhimento de enfermagem ainda esteja presente, sua função foi reduzida à orientação das usuárias para que busquem as Unidades de Atenção Primária em Saúde, com vistas à inserção no sistema de regulação por meio da plataforma *Fest Medic*. Essa mudança impacta as mulheres que enfrentam barreiras de acesso em suas unidades de origem - barreiras essas que incluem desde a dificuldade de obter consultas e encaminhamentos até a ausência de orientações claras sobre os fluxos da rede.

Os relatos das usuárias colhidos durante o trabalho de campo evidenciam sentimentos de frustração, insegurança e descontinuidade no cuidado, expondo a fragilidade de uma política de saúde que, embora universal em seus princípios, ainda apresenta lacunas práticas no acolhimento de populações em situação de vulnerabilidade. O questionário não havia indagação sobre essa volta da mulher em sua unidade de origem, porém uma mulher em sua fala, relata sobre mais essa dificuldade:

MI3: *“Fui primeiro na Secretaria de Saúde, né, onde me falaram que eu tinha que ir no posto de saúde para pegar o encaminhamento. Imediatamente eu fui quando eu cheguei na regulação, e aí não queriam me colocar na fila e imprimir o papel. E eu disse, eu preciso desse papel porque eu tenho que mostrar lá o instituto. Isso foi numa quinta-feira, quando foi na segunda-feira, eu voltei lá na regulação, disse: Olha, vim buscar o documento que eu preciso levar pro instituto porque com 15 dias, se eu não tiver no sistema, o instituto vai entrar em contato com a secretaria de saúde. Eu acho que foi por isso que eles tiveram um pouco de receio e me deram (...) porque eu briguei.”*

A trajetória de uma mulher em situação de vulnerabilidade, diante da suspeita de um câncer, é marcada por incertezas, medo e, muitas vezes, desamparo institucional. Quando, em vez de acolhimento resolutivo, ela é orientada a retornar ao posto de saúde para iniciar um novo processo burocrático, evidencia-se a fragmentação e fragilidade do sistema de saúde.

Essa realidade pode ser compreendida à luz da *Teoria da Complexidade*, proposta por Edgar Morin, especialmente em sua obra *Introdução ao Pensamento Complexo* (2005).

Morin (2005) propõe um pensamento que reconhece a inseparabilidade entre os elementos de um sistema e a impossibilidade de compreendê-los de forma isolada. Ele critica o paradigma da simplificação, que fragmenta o conhecimento e desconsidera as interações entre as partes. Segundo o autor, “*o pensamento simplificador isola objetos de seu contexto, separa o que está ligado, unidimensionaliza o que é multidimensional*” (Morin, 2005, p. 13).

A mulher que busca atendimento com exames em mãos, com angústia de um possível diagnóstico oncológico, não pode ser tratada como um número em uma fila de regulação. Sua trajetória exige um olhar que reconheça a complexidade de sua condição: biológica, emocional, social e institucional. Essa lógica está presente quando o cuidado em saúde é reduzido a fluxos administrativos, desconsiderando a singularidade da experiência da usuária.

Portanto, pensar a saúde sob a ótica da complexidade é um convite a superar a lógica fragmentada e a construir práticas que integrem os diferentes níveis de atenção. Quando a atenção primária está fragilizada, ela falha em sua função de coordenar o cuidado e de garantir o acesso inicial e contínuo ao sistema. Nesse cenário, a atenção secundária também é impactada, pois deixa de atuar de forma articulada, tornando-se muitas vezes inacessível ou distante das reais necessidades dos usuários. Assim, o descompasso entre os níveis de atenção aprofunda a vulnerabilidade daqueles que mais dependem do sistema público de saúde.

CATEGORIA III - Emoções

Essa categoria reúne depoimentos que evidenciam o impacto emocional das mulheres que aguardam consultas e exames para o rastreamento do câncer de colo do útero e mama. Os relatos apontam a angústia e a ansiedade diante da possibilidade de um diagnóstico grave, sentimentos agravados pela demora no acesso ao atendimento especializado. A incerteza e o medo da espera são recorrentes, revelando o sofrimento psicológico vivenciado pelas pacientes.

No entanto, os depoimentos também destacam emoções positivas que surgem ao longo do processo, como o alívio e a gratidão ao conseguirem acesso ao atendimento. Muitas mulheres relatam sentirem-se cuidadas ao serem atendidas por profissionais que demonstram empatia, o que contribui para fortalecer sua confiança. Esse contraste de emoções, reforça a importância de políticas que garantam acesso ágil e humanizado ao rastreamento do câncer.

Sentimentos expressados nas seguintes falas:

A5: *“Estou bem preocupada, porque fiz exames há seis meses e tava tudo ótimo, agora não está nada ótimo”*

MF1: *“Eu tô um pouco ansiosa, porque a doutora vai passar, vai dizer se é pra fazer punção, mas ele tá crescendo, tá deformando meu peito”*

MF2: *“Graças a Deus que aqui é o canto assim que é referência, né?”*

MF4: *“Tenho medo de ter um câncer no resultado, eu tô tão nervosa”*

MI2: *“mas tá tudo bem né? Tá tudo seguindo, né? A doença não tá evoluindo”*
(usuária muito emocionada)

MI3: *“Graças a Deus o atendimento é maravilhoso. Os profissionais, eu não tenho o que reclamar.”*

“Hoje eu tô sentindo um pouco mais de alívio, porque fiz a biópsia”

CI4: *“Estou bem, aqui é muito bom, os médicos... todo mundo daqui, do atendimento da recepção, até todo mundo da limpeza aqui...eu me sinto em casa”*

CI7: *“Ah, dá medo, medo do exame (...) hoje tô bem, pelo menos não tô só”* (usuária acompanhada do companheiro)

CF1: *“Quando eu cheguei em casa, não queria fazer mais nada, como se no mundo já não existisse mais (...) penso no filho, na família. ”*

O rastreamento do câncer do colo uterino e do câncer de mama pode despertar uma ampla gama de sentimentos nas mulheres que passam por esse processo. Muitas experimentam ansiedade e medo diante da possibilidade de um diagnóstico positivo, especialmente devido ao impacto que essas doenças podem ter na vida pessoal e familiar. Além disso, a representação cultural da doença muitas vezes pode despertar sentimentos de culpa e medo (Machado, 2024).

O medo do câncer pode ser um fator significativo na decisão de muitas mulheres de evitar o rastreamento, mesmo sabendo da importância da detecção precoce. Esse receio pode

estar relacionado à ansiedade gerada pela possibilidade de um diagnóstico positivo, ao desconhecimento sobre os procedimentos e aos mitos que cercam a doença. Estudos indicam que mulheres que apresentam altos níveis de ansiedade tendem a postergar exames como a mamografia e o Papanicolau, o que pode comprometer a eficácia das estratégias de prevenção (Machado, 2024).

CATEGORIA IV – Autonomia sobre o corpo

A autonomia sobre o próprio corpo é um princípio fundamental que garante às pessoas o direito de tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar. No contexto de doenças graves, essa autonomia se torna ainda mais crucial, pois envolve escolhas que podem impactar significativamente a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes (Monteiro, 2023).

A capacidade de decidir sobre tratamentos médicos deve ser baseada em informações claras, acessíveis e imparciais, permitindo que cada indivíduo avalie riscos, benefícios e alternativas disponíveis. O acesso à informação, a garantia de direitos e a ampliação das políticas públicas são passos fundamentais para que cada pessoa possa tomar decisões médicas de forma consciente e segura.

Duas mulheres entrevistadas falaram sobre o corpo e decisões sobre tratamento e prevenção. A primeira optou por realizar um teste genético na rede privada de saúde, para avaliar seu risco de desenvolver câncer de mama. O resultado indicou uma mutação genética associada a alto risco, levando-a a tomar a decisão de realizar uma mastectomia bilateral profilática. Essa escolha reflete um movimento crescente de mulheres que, ao receberem um diagnóstico genético desfavorável, optam por medidas preventivas radicais para reduzir a probabilidade de desenvolver a doença. É uma alternativa válida para aquelas que desejam minimizar a incerteza e o impacto da doença.

A segunda entrevistada enfrentou um desafio diferente. Apesar de apresentar uma lesão de alto grau no colo uterino, nenhum profissional aceitou realizar a histerectomia (cirurgia de remoção do útero), procedimento que ela considerava a melhor opção para sua condição. A justificativa médica baseava-se na necessidade de preservar o útero, mesmo que a paciente já tivesse prole constituída e desejasse a cirurgia como forma de prevenção. Esse caso evidencia um dilema ético e médico sobre a autonomia da mulher na escolha de procedimentos cirúrgicos. Embora a histerectomia seja uma opção válida para algumas

pacientes com lesões graves, a decisão deve ser compartilhada entre médico e paciente, considerando riscos, benefícios e preferências individuais.

MI8: "Eu descobri que era importante fazer o exame genético. E aí eu fiz uma rifa para conseguir, porque não é barato, não temos acesso ao estudo genético.(...) Eu já retirei ovário, já retirei as duas mamas, né? Eu tinha feito só um quadrante na época. (...) A oncologista me disse que não, esse exame é importante não para dar a sentença de morte, mas para me dar mais vida, porque é a forma que eu iria prevenir os próximos cânceres."

CI1: "E eu tô querendo retirar o útero, porque eu só consigo retirar se for particular, entendeu? Eles não dão brecha nenhuma pra mim retirar pelo SUS. como não ter autonomia do meu próprio corpo (...) E eu tô na luta. Eu já tenho 54 anos, eu já tenho dois filhos, e já sou ligada então pra quê útero em mim?"

Os testes genéticos para câncer são exames que analisam mutações em genes específicos, como BRCA1 e BRCA2, que estão associados a um risco aumentado de câncer de mama e ovário. Esses exames permitem identificar pessoas com predisposição genética para a doença, possibilitando estratégias de prevenção, como acompanhamento médico mais frequente e, em alguns casos, cirurgias preventivas, como a mastectomia bilateral (Fontes, 2023).

A importância desses testes está na capacidade de antecipar diagnósticos e personalizar tratamentos, reduzindo a incidência de câncer em pessoas com alto risco. Além disso, o conhecimento sobre a mutação genética pode beneficiar familiares, permitindo que eles também realizem exames e adotem medidas preventiva.

A entrevistada mencionou que o exame não é disponibilizado gratuitamente. No entanto, há iniciativas regionais que começaram a oferecer testes genéticos pelo SUS. Em Goiás, por exemplo, o programa *Goiás Todo Rosa* já realizou mais de 400 exames genéticos para diagnóstico e prevenção do câncer de mama e ovário. Além disso, alguns hospitais públicos, como o A. C. Camargo Cancer Center e o Graacc, em São Paulo, passaram a oferecer testes genéticos para crianças com câncer, por meio de um consórcio internacional (Goiás, 2025).

Apesar dessas iniciativas, a oferta do exame genético ainda não é amplamente acessível pelo SUS em todo o Brasil. Em alguns estados, como Rio de Janeiro, Minas Gerais, Goiás, Distrito Federal e Amazonas, há legislações que autorizam a realização do teste genético para câncer de mama, mas a implementação prática ainda enfrenta desafios (Oncoguia, 2025).

No estado do Ceará há iniciativas que oferecem testes genéticos para antecipação do diagnóstico de câncer. O Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), em parceria com o Instituto do Câncer do Ceará (ICC) e o Hospital Haroldo Juaçaba, participa do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon II), que permite a realização de testes genéticos em pacientes que apresentam evidências clínicas relacionadas ao desenvolvimento de câncer. O programa prevê que, caso uma mutação seja detectada, até quatro familiares próximos também possam realizar o teste gratuitamente (Ceará, 2022).

A ampliação e incorporação de testes genéticos no SUS para mulheres com recomendação clínica e histórico familiar são fundamentais, pois permitem diagnósticos precoces, direcionam tratamentos mais eficazes e possibilitam a adoção de medidas preventivas, reduzindo a incidência de doenças graves e os custos associados ao tratamento tardio. Além disso, a acessibilidade dos testes genéticos pelo SUS democratiza o acesso à saúde, garantindo que todas as mulheres possam se beneficiar dos avanços científicos, promovendo mais equidade e eficiência no sistema público de saúde.

A fala da entrevistada CII evidencia um dilema recorrente - o equilíbrio entre a autonomia sobre o próprio corpo e a conduta médica baseada em protocolos clínicos. Enquanto a paciente expressa sua convicção de que a histerectomia é a melhor opção para sua condição, os profissionais de saúde recomendam alternativas menos invasivas, seguindo diretrizes médicas que priorizam a preservação do órgão sempre que possível.

Esse impasse revela desafios estruturais na relação médico-paciente, onde a percepção da mulher sobre sua própria saúde pode entrar em conflito com as recomendações médicas. Embora a medicina busque oferecer tratamentos que minimizem riscos e impactos físicos, é essencial que a decisão final seja compartilhada, respeitando o direito da paciente de escolher o caminho que considera mais adequado para sua qualidade de vida. Essa fala reforça a necessidade de um modelo de atenção à saúde que valorize não apenas a eficácia clínica, mas também o direito da mulher de decidir sobre seu próprio corpo, garantindo que suas escolhas sejam respeitadas dentro dos limites éticos e médicos.

5.1 Contribuição da Avaliação Contra-hegemônica: as vozes das mulheres

A política pública para o câncer no Brasil, acompanha a transformação da doença em um problema de saúde coletiva. Inicialmente marginalizada frente às doenças infecciosas, a preocupação institucional com o câncer ganhou força a partir da década de 1920, com a criação das primeiras estruturas assistenciais e, posteriormente, do Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 1937. Até meados do século XX, as ações eram pontuais e centradas no tratamento, com forte influência do modelo hospitalar e curativo.

A prevenção dos cânceres femininos no Brasil começou a se estruturar nos anos 1950, com a criação de ambulatórios especializados e, em 1952, da seção de ginecologia no INCA (Teixeira *et al*, 2012). No entanto, o rastreamento populacional do câncer de mama é uma prática relativamente recente no país. Foi apenas em 2015, por meio da Portaria nº 160/2015 da CONITEC, que o Ministério da Saúde aprovou oficialmente as Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama, estabelecendo a mamografia bienal para mulheres de 50 a 69 anos como estratégia prioritária. Essa medida marcou o início de um modelo mais organizado de rastreamento, ainda em processo de consolidação no sistema público de saúde brasileiro (INCA, 2015).

A institucionalização da vigilância epidemiológica e a criação dos registros de câncer representaram marcos importantes para o planejamento e avaliação das políticas. A redemocratização e a promulgação da Constituição de 1988 fortaleceram o papel do Estado na promoção da saúde, ampliando ações preventivas e estabelecendo o câncer como prioridade no âmbito do SUS.

A trajetória do enfrentamento ao câncer de colo do útero no Brasil revela avanços importantes na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, mas também evidencia desafios persistentes marcados por desigualdades regionais e obstáculos à implementação de tecnologias. É necessário mais que avanços técnicos: requer compromisso político contínuo, investimento regionalizado e atuação integrada para assegurar o acesso equitativo a todas as mulheres.

A realidade do câncer de mama no Brasil reflete um cenário de contrastes marcados por avanços técnicos e persistentes desigualdades regionais. Apesar da existência de políticas públicas consolidadas, como a recomendação da mamografia bienal para mulheres entre 50 e 69 anos e a ampliação da rede de diagnóstico, os dados revelam um crescimento contínuo da mortalidade.

A escassez de profissionais especializados, especialmente nas regiões mais distantes do grandes centros do país, compromete a efetividade das ações de controle da doença. Portanto, enfrentar o câncer de mama no Brasil requer não apenas investimentos em tecnologia e infraestrutura, mas também uma abordagem equitativa e territorializada, que considere as barreiras sociais, geográficas e estruturais que limitam o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce e ao tratamento oportuno.

A avaliação hegemônica, embora reconheça a importância dos dados numéricos para o diagnóstico inicial dos territórios, reduz a complexidade das políticas públicas de saúde ao priorizar exclusivamente critérios de eficiência, eficácia e efetividade. Essa lógica, enraizada no gerencialismo e ancorada em métricas padronizadas, desconsidera as dimensões subjetivas, culturais e sociais das populações. Quando utilizada de forma isolada, revela-se insuficiente para orientar um planejamento mais sensível e responsivo às realidades locais, comprometendo a efetividade de ações voltadas à promoção do cuidado integral e à redução das desigualdades em saúde. Como aponta Gussi (2024, p.20):

O gerencialismo fixa-se na ideia do resultado e impactos das políticas públicas e programas, convertendo-os em números e algorítmicos por meio da Estatística Aplicada e da Econometria a fim de valorá-los segundo uma agenda neoliberal, o que, sob a enunciação de fórmulas, distancia-se da vida das pessoas em suas experiências cotidianas, em seus territórios. Nesse sentido, essas concepções e práticas associadas à avaliação de cunho gerencial, tornadas hegemônicas, fundam-se em valores da eficiência, eficácia e efetividade.

Em oposição, a avaliação contra-hegemônica propõe uma ruptura com essa lógica colonizadora ao valorizar experiências vividas e a diversidade cultural dos povos. Essa forma de avaliação reivindica uma escuta ativa e contextualizada, com protagonismo dos sujeitos diretamente impactados pelas políticas públicas. Sua importância reside na possibilidade de construir políticas mais justas, inclusivas e transformadoras, que dialoguem com as realidades locais e fortaleçam processos emancipatórios (Gussi, 2024).

A importância dessa perspectiva para as políticas públicas reside em sua capacidade de fomentar processos mais democráticos e enraizados nos contextos concretos das populações. Ao reconhecer a pluralidade de racionalidades e modos de vida, a avaliação contra-hegemônica contribui para a construção de políticas que não apenas respondam a metas institucionais, mas que promovam justiça social, equidade e emancipação.

Em vez de uma ferramenta de controle e aferição de resultados pré-definidos, a avaliação torna-se, assim, um espaço de diálogo, aprendizado coletivo e transformação social. Essa

inflexão crítica é especialmente relevante no contexto latino-americano, onde os processos históricos de colonização, exploração e silenciamento ainda repercutem fortemente nas estruturas institucionais. Ao assumir uma postura contra-hegemônica, a avaliação se torna uma aliada na luta por reconhecimento, reparação e fortalecimento dos saberes locais como parte legítima na construção do bem comum.

Valorizar a avaliação contra-hegemônica é fundamental para que as políticas sociais, especialmente na saúde, sejam construídas a partir dos saberes e das práticas dos territórios, fortalecendo vínculos e gerando pertencimento. Essa escuta ativa potencializa a adesão da população às medidas preventivas e terapêuticas, pois reconhece e respeita suas realidades. Com isso, amplia-se a efetividade das ações públicas e promove-se justiça social no cuidado.

A escolha por uma abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada para compreender, em profundidade, as experiências vividas pelas mulheres no acesso ao rastreamento do câncer de colo uterino e de mama. Ao priorizar a escuta das participantes e a análise de conteúdo de seus relatos, a pesquisa reconhece que a realidade social não pode ser plenamente captada por estatísticas ou generalizações, exigindo sensibilidade para captar significados e dinâmicas que escapam à objetividade pretendida pelo paradigma positivista.

Ao investigar o acesso das mulheres ao serviço de saúde, por meio da escuta sensível de suas experiências, optei por valorizar a subjetividade, os contextos sociais e culturais, e os significados atribuídos pelas próprias participantes. Diferente da lógica positivista, que tende a reduzir fenômenos complexos a variáveis mensuráveis, esta pesquisa reconhece a importância da compreensão profunda das vivências, contribuindo para a formulação de políticas públicas mais sensíveis, contextualizadas e eficazes.

Ao longo desta pesquisa, entrevistei 40 (quarenta) mulheres que aguardavam atendimento para exames de rastreamento do câncer de mama e do colo do útero. Como mulher e trabalhadora da saúde, não apenas coletei dados, eu escutei histórias. Histórias marcadas por medo, angústia, desinformação e, sobretudo, pela espera. Muitas dessas mulheres não conheciam seu próprio corpo, não compreendiam o que era “rastreamento”.

Em meio a essas escutas, vivi um momento marcante. Uma das mulheres entrevistadas, que aguardava pela mamografia, me reconheceu semanas depois, ao retornar à unidade. Ela estava emocionada: havia recebido um diagnóstico positivo para câncer de mama. Sua fala, carregada de dor e confusão, ecoa até hoje: *“Como tenho câncer se sempre fiz prevenção?”*

Essa pergunta, aparentemente simples, revela uma lacuna grave na comunicação em saúde e na forma como as políticas públicas são operacionalizadas. A mamografia, enquanto exame de rastrea-

mento, não previne o câncer, mas possibilita o diagnóstico precoce, o que pode melhorar significativamente o prognóstico. No entanto, essa distinção não é clara para muitas mulheres, especialmente aquelas que enfrentam barreiras geográficas, sociais e educacionais.

Essa experiência reforça a necessidade de uma abordagem educativa mais clara, sensível e acessível. A política pública de rastreamento do câncer precisa ser pensada não apenas em termos de cobertura e indicadores, mas também a partir da escuta das mulheres, da valorização de seus saberes e da construção de vínculos. A educação em saúde, nesse contexto, não pode ser apenas informativa, ela precisa ser transformadora.

Como mulher, profissional da saúde e pesquisadora, não posso silenciar diante das contradições que presencio cotidianamente. O SUS, concebido sob o princípio da universalidade, deveria garantir a todos o direito pleno à saúde. No entanto, o que vejo e sinto é que esse ideal muitas vezes se esbarra em uma realidade marcada por burocracias que afastam, e não aproximam.

Um dado importante foi a ociosidade do mamógrafo. Há um equipamento disponível, profissionais capacitados e estrutura técnica adequada, mas, paradoxalmente, muitas mulheres aguardam por longos períodos para realizar o exame. Essa discrepância entre oferta e acesso revela um descompasso entre a capacidade instalada e a efetividade do cuidado, resultado de entraves burocráticos, falhas na regulação e na articulação entre os níveis de atenção.

A espera, que deveria ser exceção em um sistema que se propõe universal e equânime, tornou-se rotina. E isso é muito grave quando se trata de doenças como o câncer, cuja detecção precoce pode salvar vidas. Com tamanha fragilidade, é comprometida toda a lógica da prevenção e do controle de doenças graves, mas evitáveis.

A Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada do SUS e coordenadora do cuidado, deveria ser capaz de identificar precocemente os riscos, encaminhar com agilidade e realizar o acompanhamento dos casos com continuidade. No entanto, quando há fragilidade no primeiro ponto de contato, toda a rede se desorganiza. O cuidado básico não pode ser entendido como exclusivo da atenção primária, mas como um compromisso transversal que deve estar presente em todos os níveis do sistema.

A saúde não se resume a protocolos ou fluxos administrativos, ela é, acima de tudo, presença, escuta e compromisso com a vida. Quando o SUS se afasta das pessoas, seja por barreiras burocráticas, por fluxos desumanizados ou pela rigidez dos sistemas de regulação, ele se distancia de sua própria essência: garantir o cuidado como direito. É preciso desburo-

cratar os processos e garantir que a regulação cumpra seu papel de facilitar e não dificultar o acesso.

É urgente repensar o modelo vigente, com coragem e sensibilidade. A saúde pública não pode ser refém de estruturas que priorizam a lógica da eficiência em detrimento da dignidade humana. A universalidade, princípio fundante do SUS, não pode ser apenas um ideal normativo ela precisa se concretizar no cotidiano dos serviços, especialmente para aqueles que mais precisam.

Enquanto mulheres continuarem adoecendo em silêncio, mesmo diante de equipamentos disponíveis e subutilizados, estaremos negando o princípio mais fundamental da saúde pública: o compromisso com o cuidado. A ociosidade de recursos, especialmente em serviços como a mamografia, não é apenas um problema de gestão, é um reflexo triste de um sistema que, por vezes, falha em enxergar a urgência de quem espera. Cuidar não é apenas oferecer estrutura; é garantir que ela esteja acessível, acolhedora e em movimento a favor da vida.

O planejamento de políticas públicas voltadas para o rastreamento do câncer deve considerar as experiências das mulheres que vivenciam esse processo, garantindo que suas necessidades sejam atendidas de maneira eficaz. Compreendo que a participação ativa das pacientes é essencial para identificar falhas no sistema e propor melhorias. Dessa forma, as sugestões apresentadas pelas entrevistadas refletem diretamente os desafios enfrentados no acesso ao diagnóstico e tratamento, contribuindo para a construção de políticas mais inclusivas e eficientes.

A literatura sobre políticas públicas reforça a importância da participação dos sujeitos envolvidos no processo de formulação e implementação das ações governamentais. Segundo Fernandes e Oliveira (2023), a avaliação crítica das políticas deve considerar as trajetórias dos indivíduos, revelando dimensões históricas, culturais e sociais que impactam diretamente a efetividade das medidas adotadas. Além disso, estudos sobre participação social indicam que a inclusão dos diferentes atores políticos na elaboração de políticas públicas é fundamental para garantir que as ações sejam alinhadas às reais necessidades da população.

A partir das entrevistas realizadas, algumas sugestões foram destacadas pelas mulheres para aprimorar o rastreamento do câncer:

Descentralização dos serviços

MF6: *"Eu acho que eles têm que colocar mais médicos, tem que fazer mais."*

MF11: *"Eu acho assim que a saúde de uma forma geral, se tivesse mais canto assim de opção, né, mais locais que fizessem essa avaliação, aí eu acho que ia melhorar, porque complica mais, porque é muita gente para um canto só."*

CF7: *"Acho que assim, as mulheres acham que precisa de mais acompanhamento (...). É precário, porque tem poucos profissionais."*

Atenção primária mais eficiente:

MF5: *"A pessoa chega lá, às vezes tem que chegar 4 horas, 5 horas da manhã para poder conseguir uma ficha para se consultar."*

MF10: *"Ah, eu acho que se funcionasse direitinho os postos de saúde, cada um na sua área (...), o posto de saúde lá a gente faz mais, a gente dá um agendamento seis meses."*

Maior incentivo à participação das mulheres

MF6: *"Eu acho que eles deviam pegar mais assim, existia um meio deles chamar mais as pessoas para participar desse rastreamento (...), porque tem muita gente que ainda tem esse tabu, esse medo (...), aí muitas vezes não fazem nenhum exame de prevenção."*

CI8: *"A minha vontade é que passem nas televisões. Explicando. Como se tivesse um canal específico pra salvar a mulher."*

Agendamento mais ágil para exames e consultas especializada

A5: *"Eu vejo muito que falta muito a questão do digital. Quando a gente sai do plano de saúde e a gente vem para o SUS, a gente sente um pouquinho dessa dificuldade. De mais conhecimento, de como que eu vou fazer (...) o acesso a consultas e exames especializados precisa ser melhor divulgado, para que as pessoas saibam para onde se dirigir"*

MI3: *"Porque eles dizem que colocam no sistema e não colocam. Se você não tiver esclarecimento e não entender, você fica esperando."*

CF4: *"Se a gente tivesse um acesso, não sei, um site do paciente, alguma coisa assim... Que você entrasse com sua senha, seu login, visse lá, ou um site mesmo daqui de disponibilidade ou tempo e você ir lá marcar."*

Facilidade no contato telefônico para marcações e retornos

MI1: *"A gente fala que é do interior para não se deslocar até aqui, né? Porque às vezes não tem vaga lá, aí não respondem logo. Aí quando vão responder, já tem encerrado a agenda."*

MI5 *"A complicação é quando a gente liga para cá, fica difícil marcar. Às vezes você retorna tal dia, vai começar o agendamento, mas nem sempre a gente consegue."*

MI7: *"Melhorar atendimento do telefone aqui. Essa vez para me marcar aqui agora. Eu vim aqui duas vezes para marcar do interior para cá, saindo de casa 3 horas da manhã só para agendar."*

CII: *"São pessoas que já trabalharam demais. Eu não entendo porque não se afastaram ainda. São pessoas que estão cansadas.(...) tem que ter pessoas que saibam usar a tecnologia"*

CI5: *"A marcação do interior para cá, por telefone, também tem essa dificuldade, porque demorou."*

Melhoria no transporte para pacientes do interior

CI5: *"Ela tinha até uma vaga fácil, mas, tipo, o carro já não tinha, estava lotado (...) Nem todo mundo consegue vir para cá. Tem gente que não tem condições físicas para vir."*

Essas sugestões demonstram que o planejamento de políticas públicas deve estar em sintonia com a realidade das mulheres que vivenciam o processo de rastreamento e tratamento do câncer. Apenas ao ouvir e compreender suas experiências será possível garantir um

sistema mais eficiente e humanizado, capaz de reduzir barreiras e oferecer um cuidado integral à saúde feminina.

A construção de um modelo de rastreamento mais eficiente exige escutar quem vive essa realidade. Para que a saúde pública seja verdadeiramente inclusiva, é preciso olhar para os desafios a partir das lentes das usuárias. Só assim será possível transformar políticas em soluções concretas, reduzindo barreiras e proporcionando um cuidado digno e acessível para todas.

6 CONCLUSÃO

A análise realizada me permitiu compreender a complexidade do acesso ao rastreamento do câncer de colo uterino e câncer de mama no Estado do Ceará, evidenciando tanto os avanços proporcionados pela Política Pública de Saúde quanto os desafios estruturais e sociais enfrentados pelas mulheres. A investigação revelou falhas na articulação dos serviços de saúde, dificuldades na marcação de exames, subutilização de equipamentos e barreiras socioeconômicas que comprometem o diagnóstico precoce dessas enfermidades.

A atuação do IPC no funcionamento do sistema de prevenção mostrou-se essencial para suprir parte da demanda reprimida, oferecendo alternativas viáveis para mulheres que encontram dificuldades no fluxo tradicional de agendamentos nos postos de saúde. Estratégias como a busca por vagas de desistência de exame preventivo do câncer de colo uterino e mamografia na unidade, foram identificadas como mecanismos fundamentais para viabilizar o acesso aos exames de rastreamento, possibilitando que mulheres com maior risco sejam encaminhadas de forma mais ágil para exames de diagnóstico. Contudo, esse modelo também evidencia deficiências na redistribuição das vagas e na utilização adequada da capacidade instalada do SUS, demonstrando a necessidade de um aprimoramento na gestão dos recursos.

Outro fator relevante identificado foi o déficit de conhecimento das mulheres sobre o rastreamento. As participantes do estudo destacaram a necessidade de uma maior disseminação de informações sobre a importância do rastreamento do câncer, e que ocorra cotidianamente e não somente no mês de outubro. A ausência de campanhas educativas eficazes compromete a adesão às políticas de prevenção e diagnóstico precoce, tornando essencial o investimento contínuo em ações de sensibilização e educação em saúde.

Aprofundar pesquisas sobre o conhecimento do próprio corpo pode aprimorar a eficácia das campanhas educativas voltadas à saúde feminina. Quando as mulheres compreendem melhor sua anatomia, funcionamento corporal, torna-se mais fácil promover a adesão a programas de prevenção e tratamento. O desenvolvimento de estratégias educativas que valorizem essa autonomia pode contribuir para que as mulheres tenham mais segurança ao buscar atendimento, fazer escolhas informadas e buscar seus direitos. Além disso, estratégias educativas que abordem o conhecimento do corpo de maneira acessível e culturalmente adaptada podem superar tabus e desinformação, ampliando o impacto das políticas públicas voltadas à promoção da saúde.

Um dos pontos centrais desta pesquisa é a importância da participação ativa das mulheres na construção e aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde. Suas vivências e experiências são fundamentais para identificar falhas e propor melhorias no planejamento voltado ao público que depende dos serviços oferecidos pelo SUS. O conhecimento técnico e administrativo deve ser complementado pela escuta qualificada das pacientes, pois são elas que enfrentam diretamente os desafios impostos pelo sistema de saúde e podem contribuir com sugestões concretas para tornar o acesso mais eficiente e humanizado.

A formulação de políticas públicas mais eficazes exige uma abordagem participativa, na qual as mulheres não sejam apenas beneficiárias, mas colaboradoras na construção de soluções adequadas às suas necessidades. A implementação de espaços de diálogo, como grupos de escuta, consultas públicas e pesquisas voltadas à experiência das mulheres, pode fornecer insumos valiosos para a tomada de decisões mais assertivas por parte dos gestores. Dessa forma, o aprimoramento das políticas de rastreamento do câncer não deve ser apenas uma questão técnica, mas um processo que integre as percepções das mulheres que vivenciam diretamente essa realidade.

Este estudo reforça a necessidade de um sistema de saúde que considere as barreiras enfrentadas pelas mulheres e se comprometa com a implementação de estratégias que garantam um acesso mais equitativo e eficiente ao diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e câncer de mama. A construção de políticas públicas inclusivas exige não apenas uma gestão eficaz dos recursos, mas também a valorização da experiência das mulheres como um elemento essencial na formulação de soluções. O fortalecimento das ações informativas, associado à eliminação de entraves burocráticos, poderá representar um avanço significativo na redução das desigualdades no rastreamento dessas enfermidades.

Aprofundar a análise sobre a eficácia das estratégias de otimização da marcação de exames e a redistribuição de vagas dentro do SUS é uma necessidade. Estudos podem investigar modelos inovadores de gestão que melhorem o fluxo de agendamentos e reduzam a subutilização de equipamentos de rastreamento, garantindo que o atendimento seja mais equitativo e ágil para as mulheres em maior vulnerabilidade.

Uma abordagem interdisciplinar que envolva tecnologia pode trazer avanços significativos. O uso de aplicativos, inteligência artificial e sistemas digitais para facilitar a marcação de exames e disseminação de informações pode revelar soluções inovadoras que

minimizem barreiras socioeconômicas e burocráticas, tornando o rastreamento do câncer de colo uterino e de mama ainda mais acessível e eficiente.

Diante das complexidades identificadas ao longo deste estudo, evidencia-se a necessidade de aprofundamento investigativo sobre diferentes dimensões do percurso assistencial. Merece atenção investigativa a ocorrência de absenteísmo em consultas e exames, bem como os motivos que levam à ociosidade de equipamentos e agendas, mesmo diante da alta demanda de usuárias. Compreender essas dinâmicas é essencial para a otimização dos recursos disponíveis e para a ampliação da resolutividade do sistema.

Uma linha promissora de pesquisa refere-se à “navegação de pacientes”¹⁰ - é uma estratégia adotada nos serviços de saúde para acompanhar, orientar e apoiar os usuários ao longo de sua trajetória de cuidado, especialmente em situações complexas, como o diagnóstico e tratamento do câncer. Pesquisar sobre o tempo de espera entre a entrada na unidade e o diagnóstico, verificando as condições que favorecem ou dificultam o seguimento de mulheres em situação de risco, podendo contribuir para o aprimoramento dos fluxos internos.

Outra vertente importante da “navegação de pacientes” diz respeito ao acompanhamento longitudinal das mulheres diagnosticadas com câncer. O fortalecimento da articulação entre os níveis de atenção, analisando suas trajetórias desde o diagnóstico até a alta, com ênfase nos desafios enfrentados durante o tratamento, nos tempos de espera entre as etapas terapêuticas e nas redes de apoio.

Adicionalmente, destaco a importância de compreender as razões que levam à descontinuidade do acompanhamento de mulheres com lesão de alto grau no colo do útero, considerando que a manutenção regular do cuidado é recomendada por, no mínimo, dois anos para assegurar um monitoramento eficaz e a prevenção da progressão da doença. Pesquisas nesse campo podem identificar barreiras que impedem a adesão ao protocolo e propor estratégias para ampliar a adesão e o vínculo com os serviços.

¹⁰ Instituída no Brasil por meio da Lei nº 14.450, de 21 de julho de 2022, que criou o Programa Nacional de Navegação de Pacientes para pessoas com neoplasia maligna de mama. Em 2025 foi ampliada através da Portaria GM/MS nº 6.592, de 4 de fevereiro de 2025, ao instituir o Programa de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer no âmbito do SUS, abrangendo outras neoplasias e reforçando a articulação entre os níveis de atenção, regulação e gestão do cuidado.

Essas possibilidades investigativas indicam caminhos promissores para a produção de conhecimento comprometido com a equidade no cuidado e a efetividade das políticas públicas de saúde direcionadas à população feminina, podem contribuir para um sistema mais justo e acessível. Reforço que para o rastreamento do câncer de colo uterino e de mama sejam verdadeiramente eficazes, é fundamental que as decisões sejam pautadas na escuta das mulheres, assegurando que suas vivências e dificuldades sejam incorporadas no planejamento e execução das ações. Somente assim será possível transformar políticas em soluções concretas, promovendo um cuidado digno e acessível para todas as mulheres.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **RS, RJ e MG são os estados com maior percentual de população idosa**. Brasília: Agência Brasil, 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/>. Acesso em: 04 dez. 2024.
- ANDRADE, Daniel Pereira. O que é o neoliberalismo? A renovação do debate nas ciências sociais. **Revista Sociedade e Estado**, v. 34, n. 1, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/RyfDLystcfKXNSPTLpsCnZp/>. Acesso em: 28 nov. 2024.
- ARAÚJO, M. H. M.; SOUZA, M. L. O medo do câncer e suas implicações na busca por diagnóstico precoce. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, n. 1, p. 49-55, 2006. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1025>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- ARAÚJO NETO, L. A.; TEIXEIRA, L. A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bgoeldi/a/wMKHKQbZr4fsRcTTgmkjgLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2024.
- ARIÉS, Philippe. **O homem diante da morte**. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1990.
- BACELAR, Tania. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.). **Políticas públicas e gestão local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro: FASE, 2003. p. 1-10.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 7. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BATISTA, Vera Lúcia; GOMES, Edson de Oliveira; FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de (Org.). **Estado e políticas públicas no Brasil: questões pendentes**. Brasília, DF: ENAP, 2001.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 14.238, de 19 de novembro de 2021. Institui o Estatuto da Pessoa com Câncer. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14238.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 07 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: Seção 1, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html#:~:text=Art.%201%C2%BA%20Esta%20Portaria%20aprova,de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20%2D%20RAS. Acesso em: 03 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SECTIC/MS nº 3, de 7 de março de 2024. Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do SUS, os testes moleculares para detecção de HPV oncogênico, por técnica de amplificação de ácido nucléico baseada em PCR, com genotipagem parcial ou estendida, validados analítica e clinicamente segundo critérios internacionais para o rastreamento do câncer de colo de útero em população de risco padrão e

conforme as Diretrizes do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2024. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ctie/2024/prt0003_08_03_2024.html. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Queda da cobertura vacinal contra o HPV representa risco de aumento de casos de cânceres evitáveis no Brasil**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/queda-da-cobertura-vacinal-contra-o-hpv-representa-risco-de-aumento-de-casos-de-canceres-evitaveis-no-brasil>. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde: Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/conselho-nacional-de-saude/lei-no-8-142-de-28-de-dezembro-de-1990>. Acesso em: 02 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de Monitoramento de Mamografias**. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/m/mamografia/painel-de-monitoramento>. Acesso em: 07 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria-Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): instrumentos de gestão em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARVALHO, R. C.; CASTRO, R. C. O. S. A telemedicina no processo de democratização da saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1737-1751, 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/378362589_A_telemedicina_no_processo_de_democratizacao_da_saude_no_Brasil_uma_revisao_integrativa. Acesso em: 07 jul. 2024.

CASTRO, Diego M. P. *et al.* Beta diversity of aquatic invertebrates increases along an altitudinal gradient in a Neotropical mountain. **Biotropica**, v. 51, n. 3, p. 399-411, 2019. Disponível em: <https://www.academia.edu/>. Acesso em: 30 maio 2025.

CEARÁ. Governo do Estado; Secretaria da Saúde do Estado. **Regionalização da saúde**. Fortaleza. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/institucional/regionalizacao/>. Acesso em: 04 ago. 2024.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Controle e Avaliação**. Fortaleza. Disponível em: <http://controleavaliacao.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 06 jun. 2025.

CEARÁ. Governo do Estado; Secretaria da Saúde do Estado. **Pacientes do HGCC participam de programa de acesso a teste genético para antecipação do diagnóstico de câncer.** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Ceará, 2022. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br>. Acesso em: 03 jun. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia médica no Brasil 2023.** São Paulo, SP: FMUSP; AMB, 2023.

CRUZ, Danielle Maia. Enfoques contra-hegemônicos e pesquisa qualitativa: desafios da avaliação em profundidade em políticas públicas. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 1, n. 15, p. 160-173, jan./jun. 2019.

DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, e210004, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24/e210004/>. Acesso em: 28 jun. 2025.

DA ROS, Marco Aurélio (Org.). **Como pensa a contra-hegemonia na área da saúde.** Itajaí: UNIVALI; Porto Alegre: Rede Unida, 2019.

FAUSTO, Boris. **História do Brasil.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

FERNANDES, N. R.; OLIVEIRA, B. R. Avaliação da implementação de políticas públicas: epistemologias e perspectivas críticas para visibilizar as experiências cotidianas com as políticas e seus efeitos. **Revista de Educação Interterritórios**, v. 9, n. 18, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/interterritorios/article/view/258992>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FIOCRUZ. Mais da metade dos pacientes com câncer no Brasil têm de viajar para receber tratamento. **PCDaS – Plataforma de Ciência de Dados Aplicada à Saúde**, 24 out. 2022. Disponível em: <https://pcdas.icict.fiocruz.br/publicacoes/mais-da-metade-dos-pacientes-com-cancer-no-brasil-tem-de-viajar-para-receber-tratamento/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, B. P.; ALBUQUERQUE, P. C.; SALDANHA, R. F.; ZICKER, F. Acessibilidade geográfica ao tratamento de câncer no Brasil: uma análise das redes de deslocamento de pacientes. **PCDaS – Plataforma de Ciência de Dados Aplicada à Saúde**, 2023. Disponível em: <https://pcdas.icict.fiocruz.br/publicacoes/mais-da-metade-dos-pacientes-com-cancer-no-brasil-tem-de-viajar-para-receber-tratamento/>. Acesso em: 07 jun. 2025.

FONTES, Mariane. **Teste genético para câncer: como funciona?.** 2023. Disponível em: <https://marianefontesmd.com.br/como-funciona-teste-genetico-para-cancer/>. Acesso em: 4 jul. 2025.

GIBBON, Sahra. A genética do câncer de mama e a pluripotência de gênero. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas**, v. 15, n. 107, p. 107-137, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rae/a/wf9CgwXVjpLFVgpwNkCgnnC/>. Acesso em: 05 jun. 2025.

GOIÁS. Governo do Estado; Secretaria Estadual de Saúde. **Goiás Todo Rosa**: programa realiza exames genéticos gratuitos para diagnóstico e prevenção do câncer de mama e ovário. Goiás: Secretaria da Saúde de Goiás, 2025. Disponível em:

<https://goias.gov.br/saude/goias-todo-rosa/>. Acesso em: 03 jun. 2025.

GUSSI, Alcides Fernando. A avaliação entre hegemônias e contra-hegemonias: horizontes para a América Latina. *In*: GUSSI, Alcides Fernando; SOARES, M. de Nazaré Moraes; BRAZ, Milena Marcintha Alves (Org.). **Avaliação de políticas públicas**: reflexões e práticas. Fortaleza: Edições INESP, 2024. p. 15-32.

GUSSI, Alcides Fernando; OLIVEIRA, Breyner Ricardo de. Discutindo paradigmas contra-hegemônicos de avaliação de políticas públicas. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA DO CAMPO DE PÚBLICAS, 1., 2015, Brasília. **Anais** [...]. Brasília: Associação Nacional de Ensino e Pesquisa do Campo de Públicas, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/32504>. Acesso em: 03 jun. 2025.

IBGE. PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública. **Agência IBGE Notícias**, 2019. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>. Acesso em: 07 dez. 2024.

INSTITUTO DE PSICO-ONCOLOGIA. O estigma do câncer e a importância de falar sobre isso. **Enfrente**, 16 fev. 2018. Disponível em: <https://www.enfrente.org.br/>. Acesso em: 04 jun. 2025.

INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-para-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2025.

INCA; Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2025.

INCA; Coordenação de Prevenção e Vigilância; Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Dados e números sobre câncer de mama**: relatório anual 2023. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/publicacoes/relatorios/dados-e-numeros-sobre-cancer-de-mama-relatorio-anual-2023>. Acesso em: 01 nov. 2024.

INCA. **Incidência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/vigilancia/incidencia>. Acesso em: 20 maio 2024.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Oncologistas defendem não usar palavra "câncer" para certos tipos da doença em fase inicial.** Instituto Oncoguia, 2025. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/oncologistas-defendem-nao-usar-palavra-cancer-para-certos-tipos-da-doenca-em-fase-inicial/17619/7/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Cinco estados têm legislação para teste genético de câncer de mama no SUS.** Instituto Oncoguia, 2024. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/conteudo/cinco-estados-tem-legislacao-para-teste-genetico-de-cancer-de-mama-no-sus/16969/7/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Teste genético para câncer de mama: importância e acesso no Brasil.** São Paulo: Oncoguia, 2025. Disponível em: <https://www.oncoguia.org.br/>. Acesso em: 02 jun. 2025.

LE BRETON, David. **Antropologia dos sentidos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MACHADO, L. C. S. *et al.* Ansiedade e depressão em pacientes com câncer: associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento oncológico. **Cogitare Enfermagem**, v. 29, e92059, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/DrpPbqZkRw8HBwz3wdQWvGx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 jun. 2025.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria Fátima de (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde:** volume 1. Brasília, DF: Editora ECoS, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ecos.unb.br/items/s>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Técnicas de análise do material qualitativo.** 3. ed. São Paulo: Vozes, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MIRRA, Antonio Pedro. **Registros de câncer no Brasil e sua história.** São Paulo: Tomgraf, 2005.

MONTEIRO, Ricardo. Autonomia do paciente: respeitar ou intervir? **Migalhas**, 2023. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/395201/autonomia-do-paciente-respeitar-ou-intervir>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo.** Tradução de Eliane Lisboa. 5. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPAD*, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

NAÇÕES UNIDAS [Brasil]. **Apenas 10% das meninas de países de baixa e média renda tomam vacina contra HPV**. Nações Unidas [Brasil], 2019. Disponível em: <https://brasil.un.org/>. Acesso em: 20 out. 2024.

OLIVEIRA, Thaís de Souza. **Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo**. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2023.

OMS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OMS. **OMS lança estratégia global para eliminar câncer do colo do útero**. Nações Unidas [Brasil], 2020. Disponível em: <https://brasil.un.org/>. Acesso em: 02 out. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção primária à saúde: análise crítica e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 195-208, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2012.v36n94/343-347>. Acesso em: 02 out. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <https://www.thelancet.com/>. Acesso em: 30 maio 2025.

PEREIRA, A. C. P. M. História do controle do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 3, p. 155-156, 2019. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/1919>. Acesso em: 07 out. 2024.

PIAZZA, M. J.; URBANETZ, A. A.; CARVALHO, N. S. O impacto da radioterapia e da quimioterapia no aparelho genital feminino. **Revista Femina**, v. 39, n. 3, mar. 2011. Disponível em: <https://busqueda.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-604866>. Acesso em 07 out. 2024.

REINEHR, T. A.; PINHEIRO, C. C. Efetividade do rastreamento do câncer de colo uterino e sua relação com a integração dos serviços de saúde. **Revista Científica Integrada**, v. 6, n. 1, e202324, 2023. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rci/article/download/3163/2185>. Acesso em: 02 maio 2025.

REIS, Lélia Maria dos. **Sexualidade e câncer de colo de útero: o corpo feminino adoecido na perspectiva de Maurice Merleau-Ponty**. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia) –

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, pp. 32-41, 2003. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932003000400006&script=sci_abstract. Acesso em: 15 maio 2025.

SANTOS, J. N.; GOMES, R. S. Sentimentos e percepções das mulheres acerca das práticas preventivas do câncer de colo do útero: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 68, n. 2, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378742>. Acesso em: 15 maio 2025.

SANTOS, Erica Maria Belmiro *et al.* Câncer na população idosa: dados sociodemográficos e características do tratamento. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 9., 2021, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/>. Acesso em: 28 nov. 2024.

SILVA, C. S. S. S. *et al.* Erros comuns cometidos no exame preventivo (Papanicolau) que acarretam no comprometimento do diagnóstico. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, ano 5, ed. 11, v. 8, pp. 47-54, nov. 2020. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/erros-comuns>. Acesso em: 27 nov. 2024

SILVA, M. J. S. *et al.* Política de atenção ao câncer no Brasil após a criação do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n. 3, jul./ago./set., 2017. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/133>. Acesso em: 02 ago. 2024.

SILVA, Thiago. **Bolsonaro e a COVID-19: desmascarando a desinformação**. 1. ed. Teresina: EDUFPI, 2023. Disponível em: <https://deposita.ibict.br/items/5d3b335f-4894-4dc2-9ae8-18a3284cdbc7>. Acesso em: 03 ago. 2024.

TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O câncer no Brasil: passado e presente**. Rio de Janeiro: Outras Letras; Faperj, 2012.

TEIXEIRA, L. A.; ARAÚJO NETO, L. A. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dtTQhvkW8hzw9mSRYTQCT9v/>. Acesso em: 05 out. 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís: UFMA, 2016. Disponível em: <https://repositorios.unasus.ufma.br/redes-atencao-saude-2018/modulo1/ebook/8.html>. Acesso em: 04 out. 2024.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A Senhora está sendo convidada, por HOSANA MÔNICA FERNANDES TABOSA, como participante da pesquisa intitulada “A POLÍTICA PÚBLICA DE RASTREAMENTO DO CÂNCER SOB A LENTE DAS USUÁRIAS: UM ESTUDO DE CASO NO INSTITUTO DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DO CEARÁ”. A Sra. não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa pretende avaliar a Política Pública de Saúde de Controle para o Câncer de colo uterino e câncer de mama no Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará – IPC. O motivo que nos leva a convidar a Sra. para participar é conhecer os caminhos enfrentados pelas mulheres na rede de saúde do Ceará até o rastreamento do câncer de colo uterino e câncer de mama; identificar opiniões das mulheres sobre dificuldades e facilidades no acesso aos serviços de diagnóstico e identificar o conhecimento que as mulheres têm sobre a importância do rastreamento do câncer. A participação da Sra. consistirá em relatar através de entrevista a experiência até a vinda ao IPC para atendimento, as respostas serão gravadas para posterior análise e transcrição. Se a Sra. não compreender alguma coisa desta parte, pode perguntar que será explicado. A participação da Sra. é voluntária e se não quiser participar estará livre para recusar. Fique certa de que a recusa não acarretará qualquer penalidade ou nenhuma modificação na forma como a Sra. é atendida pela pesquisadora ou pela instituição. No entanto, a entrevista poderá acarretar alguns riscos, como estresse emocional (ansiedade e medo) e a preocupação com confidencialidade e desconforto, como timidez, tristeza e demanda de tempo. Para diminuir ou mesmo evitar esta situação, me comprometo a ser o mais breve possível, e estaremos em um ambiente seguro, reservado, confortável e reafirmo o compromisso com a ética e confidencialidade das informações. O benefício esperado da sua participação será a contribuição para que possamos apresentar aos gestores públicos da saúde a realidade das mulheres que buscam a prevenção do câncer. O nome da Sra. não será exposto de forma alguma e lhe serão garantidos o sigilo e a privacidade dos dados coletados durante toda a pesquisa. A Sra. não receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa, mas também, não terá nenhuma despesa. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Este termo de consentimento foi impresso em duas vias, uma via ficará com o a Sra. e a outra ficará com a pesquisadora responsável para confirmação de sua aceitação em participar. Em qualquer momento desta pesquisa a Sra. poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Caso a Sra. se sinta suficientemente informada a respeito de tudo que leu ou que foi lido para você sobre a pesquisa, sobre os procedimentos que serão realizados, os desconfortos os riscos, a garantia de confidencialidade, de receber esclarecimentos permanentes, que sua participação é voluntária e que não receberá remuneração e nem terá despesas para participar da pesquisa e, se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Nome: Hosana Mônica Fernandes Tabosa

Instituição: Instituto de Prevenção do Câncer

Endereço: Rua Walter Bezerra de Sá, 58

Telefones para contato: (85) 99929-3964/3194-0114

Email: hosana.tabosa@ipcc.ce.gov.br

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____ anos,

RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa

_____ Data ____/____/____ Assinatura _____

Nome do pesquisador _____

Data ____/____/____ Assinatura _____

APÊNDICE B - COLETA DE DADOS

Mulheres de rastreamento do câncer de colo uterino

Procedência/residência:

Entrevista

Identificação

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Trabalho:
4. Residência:

Reconhecimento

1. O que você entende sobre rastreamento do câncer do colo uterino?
2. Onde você adquiriu as informações sobre prevenção do Câncer de colo do útero?
3. Você realiza o exame de prevenção regularmente? Em quanto tempo?
4. Caso não realize, quais os motivos?
5. Você já teve exame anterior alterado?
6. Como você percebe o atendimento para realizar o exame no seu posto de saúde?
7. Qual o caminho percorrido por você até conseguir atendimento no IPC? Quanto tempo de espera?
8. Quais sugestões você pode dar para melhoria do acesso para realização do exame
9. Como está se sentindo?

APÊNDICE C - COLETA DE DADOS

Mulheres de rastreamento do câncer de mama

Procedência/residência:

Entrevista

Identificação

1. Idade:
2. Escolaridade:
3. Trabalho:
4. Residência:

Reconhecimento

1. O que você entende sobre rastreamento do câncer de mama?
2. Onde você adquiriu as informações sobre câncer de mama?
3. Você realiza o exame de rastreamento regularmente? Em quanto tempo?
4. Caso não realize, quais os motivos?
5. Você já teve exame anterior alterado?
6. Como você percebe o atendimento para realizar o exame no seu posto de saúde?
7. Qual o caminho percorrido por você até conseguir atendimento no IPC? Quanto tempo de espera?
8. Quais sugestões você pode dar para melhoria do acesso para realização do exame
9. Como está se sentindo?

APÊNDICE D - COLETA DE DADOS

Mulheres que compareceram para acolhimento

Entrevista

Identificação

1. Escolaridade:
2. Trabalho:
3. Idade:
4. Residência:

Reconhecimento

1. Qual motivo você ter comparecido no IPC espontaneamente?
2. Relate sua experiência sobre o acesso a consultas com especialistas e/ou exames
3. Quais sugestões você pode dar para melhoria do acesso para realização de exames e/ou atendimento médico.