



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA INFORMAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO
MESTRADO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO**

TAYSSA NOBRE LOBO

**GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA SOB A PERSPECTIVA
FEMININA**

FORTALEZA

2025

TAYSSA NOBRE LOBO

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA SOB A PERSPECTIVA FEMININA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação. Área de concentração: Representação e Mediação da Informação e do Conhecimento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira Costa.

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)

- L785g Lobo, Tayssa Nobre.
Gestão da informação na saúde pública sob a perspectiva feminina / Tayssa Nobre Lobo. – 2025.
200 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Fortaleza, 2025.
Orientação: Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira Costa.
1. Gestão da Informação. 2. Informação para Saúde. 3. Mulher. 4. Estudos de Gênero. I. Título.
CDD 020
-

TAYSSA NOBRE LOBO

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA SOB A PERSPECTIVA FEMININA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciência da Informação. Área de concentração: Representação e Mediação da Informação e do Conhecimento. Linha de Pesquisa: Informação, sociedade e cultura.

Aprovada em 31 de março de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria de Fátima Oliveira Costa (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Áurea Montenegro Albuquerque Guerra
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Virginia Bentes Pinto
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

À minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe, que sempre esteve ao meu lado nessa jornada acadêmica desde meu ingresso na graduação. Ela é a minha inspiração para a idealização da pesquisa, foi através de suas experiências como usuária dos serviços de saúde pública que tive a ideia do meu projeto.

A minha orientadora, professora Maria de Fátima Oliveira Costa, que sempre me acolheu com muita paciência, carinho e atenção. Uma pessoa que me inspira academicamente e na vida, com uma grande trajetória profissional na Biblioteconomia.

Agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa de estudos. A professora Maria Giovanna Guedes Farias, coordenadora atual do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação (PPGCI), que sempre esteve presente e disposta a me ajudar, me proporcionando oportunidades únicas de crescimento profissional e pessoal. Do mesmo modo, estendo esse agradecimento a secretária do PPGCI-UFC, Veruska Maciel, que foi a primeira pessoa que me recebeu e guiou meus passos no percurso da pós-graduação, segurando minha mão e fortalecendo meu espírito.

Agradeço também a Dona Cris, auxiliar de serviços gerais do Departamento de Ciências da Informação (DCINF), que é um sopro de humanidade e genuína bondade na UFC, bem como Seu Gilmar, sempre atencioso com os alunos.

A professora Virginia Bentes Pinto, que foi minha orientadora na graduação, me auxiliou no despertar da pesquisa e na vida, e fez parte da banca de defesa, assim como agradeço também a professora Maria Áurea Montenegro Albuquerque Guerra pelo aceite em participar deste processo e nas contribuições para minha dissertação.

As minhas mosqueteiras, a Turma de 2023 do PPGCI-UFC. Leandra Soares Lima de Passo, que dividiu essa estrada comigo, em que compartilhamos conhecimentos, sonhos, alegrias e tristezas. Como um matrimônio acadêmico, é e sempre será minha primeira parceria na criação de trabalhos com muito cuidado e leveza, um pequeno recorte da futura docente que será. Karoline Gomes de Sousa, uma grande amiga que me ensinou a ver que nada é mais constante na vida do que a mudança, um exemplo de resiliência e força para todas nós. E Juliana de Sousa Lima, que me faz todo dia pensar em ser uma profissional melhor e aprender novos idiomas, desejo sempre ter a mente formada como a sua.

Ao meu amigo Ítalo Teixeira Chaves, um dos meus maiores exemplos de profissionalismo, inteligência e sabedoria de vida.

Agradeço ao professor Stephan Sandköetter, da Universidade de Vechta, na Alemanha, que recebeu a mim e minhas amigas em uma visita técnica que mudou nossas vidas como pesquisadoras e profissionais da área, assim como a bibliotecária Karolin Bubke, uma profissional que nos elevou a outros níveis de aprendizado, uma companheira da classe bibliotecária

Por fim, agradeço a todas as pessoas que, de certo modo, estiveram comigo em algum momento desse processo. Das pequenas ações até as maiores participações, seja de forma direta ou indireta, eu me sinto grata. Foi a partir delas que, aos poucos, me reestruturei e renasci todas as vezes que pude para, enfim, conseguir entregar algo que fosse valoroso e que fizesse jus a jornada percorrida.

“[...] ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas” (Vieira, 2002, p. 25).

RESUMO

Trata da gestão da informação no campo da saúde pública sob a perspectiva da mulher como usuária desses serviços. A existência de problemáticas com relação aos serviços oferecidos, como o atraso nos atendimentos e erros na guarda de documentos, pode ser um reflexo de uma gestão da informação frágil. Considera-se que a percepção do usuário, na visão de sujeito informacional, pode auxiliar na Gestão da Informação (GI) interna das instituições de saúde, influenciando na oferta dos serviços, sobretudo ao fazer um recorte de gênero, relacionando a temática a questões sociais, culturais e econômicas. Sendo assim, considerando esse contexto a ser investigado, tem como questão norteadora: Qual é a compreensão que as mulheres atendidas nos serviços de saúde pública de Fortaleza-CE têm sobre o atendimento a elas direcionados e que podem contribuir para a gestão da informação nessas instituições? Nesse sentido, o objetivo geral é analisar a percepção das mulheres sobre como os serviços públicos em saúde são ofertados, a fim de destacar seus pontos de vista para a gestão da informação nessas instituições. Dessa maneira, os objetivos específicos dividem-se em: identificar o perfil das mulheres atendidas pelos serviços de saúde pública da cidade de Fortaleza - CE; apresentar o olhar dessas mulheres sobre suas necessidades de informação para saúde enquanto usuárias dos serviços de saúde pública da cidade; e evidenciar semelhanças e diferenças nas respostas relacionadas aos blocos preestabelecidos, bem como relacioná-las a gestão da informação para saúde da mulher. Quanto aos procedimentos metodológicos, é uma pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem quanti-qualitativa, de método monográfico, no qual os dados foram coletados mediante questionário online via plataformas digitais e mídias sociais, tendo como procedimento de interpretação de dados a Análise de Conteúdo. Como resultado, obteve-se 125 respostas, categorizadas em três blocos preestabelecidos: perfil da mulher, necessidades de informação e gestão da informação, o que evidenciou que as respondentes estão entre a faixa-etária de 18 a 25 anos, de maioria parda, solteira e que está em formação acadêmica, e que tais mulheres, apesar de reconhecerem suas necessidades, não sabem sobre seus direitos integrais a saúde e, por vezes, relataram passar por dificuldades associados a uma GI frágil. Conclui-se que a GI ainda se encontra em ascensão na oferta de serviços de saúde para mulher, o que evidencia um quadro de dificuldades no acesso à informação pelas usuárias, influenciando no seu atendimento e na sua percepção sobre a saúde pública de Fortaleza, visto que a maioria das respondentes do estudo afirmaram utilizarem tais serviços.

Palavras-chave: gestão da informação; informação para saúde; mulher; estudos de gênero.

ABSTRACT

It deals with information management in the field of public health from the perspective of women as users of these services. The existence of problems in relation to the services offered, such as delays in attendance and errors in document storage, may be a reflection of weak information management. It is considered that the user's perception, from the point of view of the informational subject, can help the internal Information Management (IM) of health institutions, influencing the provision of services, especially by making a gender cut, relating the theme to social, cultural and economic issues. Therefore, considering this context to be investigated, the guiding question is: What understanding do women receiving care in the public health services of Fortaleza-CE have of the care provided to them, and can this contribute to information management in these institutions? In this sense, the general objective is to analyze women's perceptions of how public health services are offered, in order to highlight their points of view for information management in these institutions. In this way, the specific objectives are divided into: identifying the profile of women served by public health services in the city of Fortaleza - CE; understanding the view of these women on their health information needs as users of the city's public health services; and presenting similarities and differences in the answers related to the pre-established blocks, as well as relating them to information management for women's health. As for the methodological procedures, this is an exploratory-descriptive research, with a quantitative-qualitative approach, using a monographic method, in which the data was collected through an online questionnaire via digital platforms and social media, using Content Analysis as the data interpretation procedure. As a result, 125 responses were obtained, categorized into three pre-established blocks: women's profile, information needs and information management, which showed that the respondents are between the ages of 18 and 25, mostly brown, single and in academic training, and that these women, despite recognizing their needs, do not know about their full health rights and sometimes reported experiencing difficulties associated with a fragile IM. It can be concluded that the GI is still on the rise in the provision of health services for women, which shows the difficulties users have in accessing information, influencing their care and their perception of public health in Fortaleza, given that the majority of respondents in the study said they used such services.

Keywords: information management; health information; women; gender studies.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Ciclo de vida da gestão da informação	36
Figura 2 -	Relação entre necessidade, desejo, demanda e uso da informação	44
Figura 3 -	Modelo de necessidade, busca e uso da informação	45
Figura 4 -	Organograma das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin	87
Figura 5 -	Modelo organizacional de Choo	88
Figura 6 -	Divisão da análise e interpretação dos dados	89
Figura 7 -	Organograma metodológico da pesquisa	90
Figura 8 -	Nuvem de palavras das percepções de mulheres em idade fértil e na menopausa sobre os serviços oferecidos	113
Figura 9 -	Nuvem de palavras com relação à mulher e o cuidado	122
Figura 10 -	Nuvem de palavras sobre o uso das tecnologias e mídias digitais na saúde	148
Figura 11 -	Nuvem de palavras com melhorias e pontos destacados	155

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Orientação sexual das mulheres respondentes	98
Gráfico 2 -	Escolaridade das mulheres respondentes	102
Gráfico 3 -	Ocupação das mulheres respondentes	104
Gráfico 4 -	Renda mensal das mulheres respondentes	105
Gráfico 5 -	Incidência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) por faixa-etária	108
Gráfico 6 -	Diferenças na qualidade, atenção ou abordagem do atendimento oferecido a mulheres em idade reprodutiva em comparação às que já passaram pela menopausa	112
Gráfico 7 -	Autoconhecimento das mulheres respondentes sobre o próprio corpo	128
Gráfico 8 -	Meios pelos quais as respondentes aprenderam sobre a saúde do próprio corpo	130
Gráfico 9 -	Frequência do uso de serviços de saúde pública pelas respondentes	133
Gráfico 10 -	Dificuldades no acesso à informação dos serviços de saúde disponíveis nas instituições	135
Gráfico 11 -	Ações das usuárias ao sentirem dúvida sobre os serviços ofertados	138
Gráfico 12 -	Serviços que poderiam ser melhorados na visão das respondentes ..	141
Gráfico 13 -	Vezes que o atendimento dos profissionais de saúde e administrativo geral das instituições de saúde considerou necessidades específicas de gênero	144
Gráfico 14 -	Situações que já ocorreram no uso dos serviços de saúde pública ...	152
Gráfico 15 -	Ações para melhorar o atendimento das mulheres	154

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Recorte de conceitos sobre Gestão da Informação apresentados entre 1989 e 2022	36
Quadro 2 -	Relação entre os objetivos da pesquisa, as unidades e as categorias de análise	92
Quadro 3 -	Percentual de mulheres quanto a cor nesta pesquisa e no Censo do IBGE de 2022	97
Quadro 4 -	Proporção de óbitos com base na faixa-etária e raça/cor/etnia	106
Quadro 5 -	Quantidade de mulheres por frequência de ciclo menstrual e faixa-etária	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ASK	Estado Anômalo do Conhecimento
CAGED	Cadastro Geral de Empregados e Desempregados
CI	Ciência da Informação
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
GI	Gestão da Informação
GIC	Gestão da Informação e do Conhecimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS/PAN	Organização Pan-Americana da Saúde/ Pan American Health Organization
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
TDIC	Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	GESTÃO DA INFORMAÇÃO: UM CAMINHO CONCEITUAL	23
2.1	Entrelace histórico: o caminho cruzado entre a Ciência da Informação e a Gestão	26
2.2	Aspectos conceituais: um percurso teórico	32
3	INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE	41
3.1	Usuário como foco	43
3.2	Panorama da saúde brasileira	50
4	SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	57
4.1	A que e a quem se refere?	60
4.2	A trajetória da informação para a saúde na perspectiva feminina	67
4.3	Interseções entre saúde, informação e gênero	74
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	81
5.1	Caracterização da pesquisa	82
5.2	Cenário da pesquisa: a situação de Fortaleza	84
5.3	Instrumento de coleta de dados	85
5.4	Técnica de análise	86
6	ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	92
6.1	Perfil da mulher cearense	94
6.2	Necessidades de Informação com relação aos serviços prestados	131
6.3	Gestão da Informação na melhoria dos serviços	143
7	CONCLUSÃO	158
	REFERÊNCIAS	163
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO E QUESTIONÁRIO	179
	APÊNDICE B - RESPOSTAS DISCURSIVAS DO QUESTIONÁRIO	187

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, cercada pelas mídias digitais, a transmissão da necessidade de informação para o mundo material encontra-se desde a demanda no cotidiano até o gerenciamento interno de uma instituição. Sob este aspecto, considerando que a busca pelo saber e da organização do conhecimento é inerente ao ser humano, apesar das especificidades culturais e informacionais envoltas no contexto das sociedades, é possível afirmar que o uso das ferramentas tecnológicas, sob influência dos fenômenos sociais, gera novas maneiras de atender a quem precisa e retratar outros tipos de necessidades de informação. Desse modo, pensar sobre determinados cenários em detrimento desse viés pode trazer perspectivas vindouras para gestão deste objeto.

Evidencia-se que o uso adequado das Tecnologias Digitais da Informação e da Comunicação (TDIC) podem ser consideradas instrumentos auxiliares nesse processo, proporcionando benefícios para os envolvidos em aumentar o índice de otimização de um serviço, sobretudo quando alinhados a importância de compreender a posição de quem está necessitando de informação. Assim, pensar a oferta de produtos e serviços que utilizam a informação como objeto para além de procedimentos de demanda generalizada pode viabilizar outras maneiras de trabalhá-la em sistemas integrados e interoperáveis. Isto se deve, provavelmente, ao fato de que estes serviços informacionais também podem estar inseridos em estruturas maiores que fomentam buscas que acabam não retornando em resultados satisfatórios.

Tais necessidades podem ser representadas por um Estado Anômalo do Conhecimento - ASK (*Anomalous States of Knowledge*), proposto por Belkin (1980), no qual o termo “anômalo” destaca o estado de lacunas, ausências e incertezas em que um indivíduo se encontra. Este processo se dá, dentre muitas razões, por não haver uma conexão mútua entre o que se busca e o que é preciso. O indivíduo está envolvido ativamente na busca por significados que se encaixem no que ele já sabe, visto que não há necessariamente uma mesma resposta para todas as pessoas, mas sim uma criação de sentido que se adeque a sua referência pessoal. Desse modo, a informação pode ser assimilada por meio do que já é conhecido em decorrência de variadas escolhas (Kuhlthau, 1990). Nessa perspectiva, ressalta-se o cenário do rápido fluxo de informações que o usuário está associado a necessidade de chegar a um denominador em um menor tempo de retorno.

Em decorrência desse contexto, entender que as divergências constroem diferentes necessidades é um passo importante para uma tomada de consciência do sujeito, visto o fator

informacional que o acompanha. É possível dizer que se há necessidade de algo, há uma justificativa por detrás dela e, com isto, também existe toda a trajetória e história que uma pessoa carrega. Esses fatores devem ser considerados tanto no momento de visualizar o usuário quanto na jornada que a informação percorre desde sua concepção, organização e processamento, traduzindo-se em um fluxo informacional e materializando-se nas partes que compõem os estudos da Gestão da Informação (GI).

Tendo em vista que desde as dúvidas recorrentes do cotidiano até os procedimentos técnicos em organizações, a persona do usuário está imbricada em todos, repensar a GI colocando esse sujeito em evidência é um ponto significativo para enfatizar sua função nesse meio. Assim, observa-se que a procura em lidar com problemáticas internas organizacionais, otimizar atendimentos, aderir indicadores de qualidade e identificar demandas de modo mais específico embasam a GI em detrimento do paradigma físico da Ciência da Informação (CI). Contudo, com o intuito de evidenciar outro olhar sob a abordagem cognitiva e, pincelar sobre seu aspecto social, relacionada a área, tem-se como pressuposto a percepção dos usuários da informação, colocando-o sob a perspectiva de sujeitos informacionais que fazem parte desse processo.

Logo, entende-se que é possível observar o crescimento organizacional conforme o papel do ser humano na sociedade em virtude das necessidades de informação do usuário também confluirem em um transporte ininterrupto de dados entre sistemas e na própria apropriação da informação, um desafio para a intersecção de saberes na CI. Com base nisso, é importante ressaltar que a pluralidade da área concede o diálogo com diversos campos de estudos, sobretudo porque os problemas de informação não tendem a diminuir, mas sim se transformem, consoante Saracevic (1996), através das relações interdisciplinares. Este pode ser o caso das pesquisas que envolvem informação e saúde, o que reflete um olhar diligente sobre as ocorrências dos fenômenos informacionais em outros saberes com o intuito da CI trabalhar com os processos de informação especializada.

Sendo assim, é importante considerar que o termo “Informação para saúde” pode ser utilizado para pensar essa perspectiva na manutenção do direito à saúde. Para Dias e Bentes Pinto (2015), a sua escolha indica uma informação relacionada às condições de saúde oferecidas em prol dos cuidados executados para cura de uma pessoa, o que pode categorizar diversos tipos de informação, seja científica, social, popular ou tecnológica, dentre outros eixos que podem alicerçar as ações que visem concretizar tal processo. Desse modo, é um termo que visa garantir que decisões relativas à saúde baseadas em informações precisas e acessíveis atuem para o bem-estar das pessoas.

Com isso, abordar os trâmites que envolvem a informação sob uma visão procedural de acordo com o protagonismo do usuário é uma forma de ver a GI sob outro ângulo, sobretudo quando a informação é inserida em uma organização que influencia um serviço ou produto destinado a determinados públicos. Assim, o campo da saúde está inserido nesta análise a medida que o usuário é o cidadão no qual estas ações estão dispostas, dentre elas destaca-se o acesso à informação como direito, respaldado pela Constituição Federal Brasileira (1988), Declaração Universal dos Direitos Humanos (1949) e Lei de Acesso à Informação (2011).

Com o foco na saúde, um direito constitucional, é possível observar que há uma certa complexidade de informações e registros deste campo do saber, bem como a necessidade em facilitar o seu acesso, compreensão e a aplicabilidade de modo assertivo. Dados desatualizados e contraditórios e múltiplas fontes de informação caracterizam essa realidade em que os usuários dos sistemas de saúde se encontram desde a filtragem até a utilização de tais recursos, dificultando o processo de tomada de decisão dos sujeitos e a promoção em saúde (Santos Júnior; Veronez Júnior; Polonini, 2023).

Isto posto, o fator da informação integra, por exemplo, a decisão da pessoa em fazer ou não um exame, bem como dar início ou não a determinado tratamento, o que influencia seu processo de saúde-doença, além de fatores que envolvem medidas profiláticas e causas externas. Assim, apesar do aumento do compartilhamento de informações não contrapor, necessariamente, a sua qualidade, as rápidas atualizações na área podem influenciar sua dispersão, repercutindo diretamente na GI quando se trata da oferta de serviços em tais instituições. Com efeito, os componentes acima fazem com que a CI se relacione à saúde a partir do momento em que o profissional que atua em prol do bem-estar do indivíduo se encontra inserido em um cenário de informações que não apenas se acumulam, mas se renovam a cada elemento posto à tona na sociedade mediante o uso das TDIC. A importância do usuário, nesse contexto, está além do papel de receptor do atendimento.

Sendo assim, é preciso compreender o contexto de inserção deste sujeito, fatores sociais, demográficos e econômicos, elementos diretamente ligados a obtenção de insumos para um melhor serviço prestado, essencialmente em âmbito público, e importantes também para entender os “porquês” de haver certas problemáticas nesses serviços. É a partir da análise desses elementos que o público a quem se destina esta pesquisa - mulher cisgênero¹ - pode vir a acessar uma informação de qualidade do ponto de vista da saúde.

¹ Uma pessoa cujo gênero corresponde ao qual ela nasceu (Cambridge Dictionary, online, tradução própria). Nesse sentido, trata-se aqui a pessoa cis como alguém que se identifica com o sexo de nascimento.

Diante disso, ressalta-se que o público-alvo do tema deste estudo, que se trata da temática em saúde da mulher, engloba cuidados específicos ao longo de sua vida que se iniciam por meio de assuntos como a menstruação, gravidez, prevenção e menopausa. Estas características são inerentes ao corpo feminino cisgênero, salvo algumas exceções, e seu funcionamento se dá de forma diferente do organismo masculino, gerando alterações específicas. Tais fatos devem ser estritamente avaliados ao observar os perfis interseccionais que formam essa categoria: mulheres, negras, indígenas, privadas de liberdade, em vulnerabilidade social e mulheres transsexuais (Brasil, 2021). Isto demonstra a grande variedade desse público no país, refletindo-se também nos atendimentos em saúde a depender de como a informação será gerenciada em prol dos serviços oferecidos a esses grupos.

Com base na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), lançada em 2004 pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, as mulheres são maioria em números absolutos no Brasil e são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme este documento, no campo da saúde, elas são tidas como usuárias, acompanhantes e cuidadoras, tanto de crianças quanto de membros da família e da própria comunidade. Contudo, sua situação em saúde possui agravantes consideráveis oriundos da discriminação, relações de trabalho e sobrecarga no ambiente doméstico, o que faz com que, ao longo de sua vida, esse grupo possua a saúde pior do que a de homens.

Considerando o papel basilar da mulher na saúde dos seus componentes familiares, repensá-las nesse cenário também coloca em voga a problemática da informação para saúde, ou seja, a questão de levar o atendimento a uma minoria social sem conhecer suas especificidades. Esta visão generalista, para Scott (1992), tem levado como verdade a ideia do ser humano universal pelo olhar do homem, o que deve ser combatido ao estudar sobre gênero quanto o passado das mulheres como sujeitos históricos a fim de evidenciar suas ações e experiências. Quanto à informação, essa influência também pode ser possível em virtude de sua apropriação pelos usuários, visto que as mulheres são afetadas por este recurso.

Para além dos elementos intrínsecos ao corpo feminino, têm-se os fatores internos e externos que influenciam sua saúde ao longo da vida, os quais se destacam as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), bem como os elementos ambientais que podem reverberar nesse corpo, como as próprias violências físicas, psicológicas e as duplas ou triplas cargas horárias de trabalho (Brasil, 2004). Pode-se dizer que o corpo feminino, ao longo de sua jornada, passou por diversas mudanças sob o olhar do poder hegemônico de sua época.

Nesse sentido, essas percepções culturais e os padrões derivados de conjunturas construídas para sua dominação atuaram concomitantemente sobre seu corpo. Consoante a isso, a saúde das mulheres pode estar ligada a tudo que está visível e invisível em seu corpo, desde seus aspectos físicos até sua saúde mental. Sua relação com a informação se dá, portanto, de uma maneira diferente em detrimento das diferenças já existentes na sociedade e na forma como ela influencia a saúde desse público.

Especificamente no caso da saúde, existem pormenores que devem ser avaliados para haver compreensão da realidade brasileira, tais como os dados organizados consoante as especificidades da população. Pensar em como os serviços de saúde são geridos a partir da perspectiva do público feminino, através da GI desses locais, pode reforçar dados relevantes para repensar esse contexto. Assim, escolheu-se realizar um recorte de gênero para trabalhar com este público pela necessidade de abordar sua relação com a GI no âmbito da saúde - no tocante à mulher cisgênero - a fim de estabelecer outras relações entre a informação para saúde e a CI.

Historicamente, a transformação do sistema de saúde na redemocratização do país, na década de 1980, é um desses pontos, pois a criação do SUS buscou a descentralização, municipalização e hierarquização deste setor para a oferta de um melhor serviço sanitário. Fatores como a demora na entrega de resultados, desorganização de documentos, processos morosos no tratamento de informações que influenciam nos atendimentos ainda reverberam nessas organizações. Posto isso, percebe-se que, a partir do momento em que alguns serviços direcionados aos usuários são tidos como insatisfatórios, é possível haver um espelhamento das atividades internas no meio externo, pois em uma organização de saúde, a informação se dá como parte do fluxo de trabalho.

Considerando a saúde como direito constitucional e a abordagem física e cognitiva da CI por meio da informação como elemento que pode contribuir para saúde da mulher, chegou-se à **questão norteadora** desta pesquisa: Qual é a compreensão que as mulheres atendidas nos serviços de saúde pública de Fortaleza-CE têm sobre o atendimento a elas direcionados e que podem contribuir para a Gestão da Informação nessas instituições?

A GI, o recorte de gênero e abordagem no âmbito público faz parte dessa proposta, fomentando as justificativas desse projeto no quesito pessoal, social e científico. Em primeiro lugar, ela remonta a vivência da autora para a elaboração do estudo, visto a oportunidade que teve em observar a dinâmica do cotidiano de mulheres durante os momentos que acompanhou familiares para unidades de saúde.

Assim, como **justificativa pessoal**, foi a partir da vivência obtida que houve o ímpeto em pesquisar sobre como o fluxo de informações internas pode influenciar no atendimento final ao usuário. Sendo mulher, a autora também percebe a importância da visão do usuário na informação para saúde, sobretudo em decorrência da vastidão de perfis que estas instituições atendem em relação às linhas temporais que o corpo feminino perpassa. Desse modo, observar o protagonismo dos usuários diante de um serviço de saúde ao fazer um recorte de gênero é essencial para entender os pormenores que atuam na vida dessas múltiplas personagens, pois se trata da possibilidade de fortalecer os serviços prestados a estas mulheres.

Nesse sentido, as motivações para o desenvolvimento deste estudo ultrapassam as perspectivas profissionais, debruçando-se também em direção ao caráter pessoal e social, direcionado não somente para a mulher em si, mas para todos e todas que buscam ouvir os usuários para uma melhor qualidade na saúde. Partindo do pressuposto técnico, no qual a GI influencia os serviços oferecidos à população feminina e do fato de que as dificuldades de tratamento das informações internas podem reverberar na vida de uma paciente, bem como de que a necessidade de informação habita em todos, abre-se espaço para observar como isso pode afetar os usuários.

Quanto ao fator **social**, a escolha de trabalhar com o usuário se deu pela busca de trazer o olhar do sujeito informacional sobre os processos destinados a ele, ressaltando seu papel nos procedimentos que a GI conduz, retirando-o do lugar de quem sofre a ação e o colocando sob uma margem ativa. A narrativa que provém do recorte de gênero vem da realidade brasileira na qual as mulheres fazem parte do público mais atendido pelo SUS (Brasil de Fato, 2020) e, ainda assim, possuem a saúde pior no decorrer de sua vida em comparação aos homens. Ademais, existe um leque de possibilidades de estudos para compreender a informação para saúde deste grupo, sobretudo no tocante a sua relação com os serviços oferecidos. Por isso, optar pela GI nesse quesito é trabalhar com um recorte da vastidão que o tema possibilita, sobretudo, envolver serviços públicos nessa ação.

Cientificamente, há o intuito de trabalhar a GI a partir da visão do usuário a fim de proporcionar estudos teóricos para embasar possíveis fatores que possam influenciar no atendimento ao paciente no caso da GI. No tocante ao serviço público, a GI contribui para oferta dos serviços de saúde, tornando-se um fator a ser posto em análise, visto que o processo que a informação percorre em uma organização dessa área tem, de forma direta ou indireta, o usuário como parte dessa jornada, seja no início ou no decorrer de seu ciclo informacional.

É nesse sentido que, ao observar as questões de saúde da mulher no Brasil e, mais especificamente, em Fortaleza, no Ceará, que se abre espaço para discussão sobre a GI, a saúde e a mulher. Procurar compreender a visão dessas usuárias sobre o que observam acerca desses serviços pode ser de grande valia para alcançar um entendimento da influência da informação nesses processos de modo a trazer evidência ao caráter social da área em um ramo que está ligado, *a priori*, ao paradigma físico. Em virtude disso, há a busca por evidenciar o trabalho em saúde pública oferecido às mulheres para compreender uma determinada amostra do SUS, especificamente em um recorte das mulheres da cidade de Fortaleza. Sendo assim, este espaço foi definido como campo empírico principal da pesquisa, no qual a coleta de dados se deu de forma *online*, com o intuito de ter uma maior abrangência do público-alvo.

Em consonância com as motivações e justificativas apresentadas, foi definido como **objetivo geral** analisar a percepção das mulheres sobre como os serviços públicos em saúde são ofertados, a fim de destacar seus pontos de vista para a gestão da informação nessas instituições. Assim, os **objetivos específicos** para a determinação do estudo dividem-se em:

- a) identificar o perfil das mulheres atendidas pelos serviços de saúde pública na cidade de Fortaleza - CE;
- b) apresentar a percepção dessas mulheres sobre suas necessidades de informação para saúde enquanto usuárias dos serviços de saúde pública de Fortaleza;
- c) evidenciar semelhanças e diferenças nas respostas relacionadas aos blocos preestabelecidos, bem como relacioná-las à gestão da informação para saúde da mulher.

Com base no exposto, esta pesquisa poderá fazer parte da bibliografia existente no tocante à informação para saúde da mulher, objetivando um maior conhecimento acerca dos fenômenos informacionais relacionados a este grupo com demandas específicas através das questões sociais atreladas às relações de gênero. Considerando a ascensão da temática na área da CI, pede-se licença aqui para ocupar o lugar e expôr o dever de trabalhar de maneira responsável este discurso para as mulheres que também são sujeitos informacionais.

Nesse sentido, esta dissertação é organizada da seguinte maneira: a primeira seção mostra a delimitação do tema, problemática, justificativas e os objetivos a serem alcançados. Em seguida, a fundamentação teórica é exibida, demonstrando os diálogos com os teóricos estudiosos da temática por meio de um breve relato sobre conceitos e reflexões sobre

informação para gestão, como na CI e na Documentação. Além disso, conta com duas subseções acerca dos aspectos históricos e conceituais anteriores a GI.

Na terceira seção, há duas subseções que focam na GI para o usuário e um panorama da área da saúde, respectivamente. Já na quarta seção, trata-se sobre a informação para saúde da mulher, abordando aspectos importantes para a CI, subdivida em três: panorama da saúde mulher no Brasil, a trajetória da informação do ponto de vista do corpo feminino e, por último, traz as intersecções que podem ser feitas entre informação, saúde e gênero. Apresenta, em seguida, a metodologia do trabalho, finalizando com as análises e, após isso, a conclusão.

2 GESTÃO DA INFORMAÇÃO: UM CAMINHO CONCEITUAL

A informação pode ser guiada e guiar diversos processos na sociedade de acordo com o contexto e olhar que está direcionando sua atuação. Das menores consequências aos maiores conflitos, permeia o fazer da cidadania, influenciando a vida do ser humano. Por este pressuposto e pelo parâmetro explicitado na introdução deste estudo, quando um dos serviços que possuem a informação como parâmetro principal é afetado pelas dinâmicas sociais, tecnológicas ou naturais, a sociedade padece não somente pela ausência ou explosão de informações sobre um assunto, mas também na forma como ela é gerenciada em função de sua quantidade e qualidade.

Para tal, a Gestão da Informação (GI) permite uma visão destes aspectos de maneira mais específica. Desse modo, a quantidade de informações a serem geridas constituem uma característica da GI, desempenhando um papel de apoio aos diversos subsistemas que constituem uma organização. Por conta disso, ela faz relação tanto com uma atuação estratégica quanto com as Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) (Braga, 2000). Em consonância a isso, é justamente nesse ponto que a GI pode ser considerada um instrumento que auxilia nos cuidados relativos à informação inserida em ambientes informacionais. Isto posto, ela encontra-se presente desde a própria produção até sua utilização, conforme Santos, Biaggi e Damiani (2019).

Observando esse aspecto, é possível reafirmar as características do paradigma físico nesse meio, o que, em certo momento, foi predominante na Ciência da Informação (CI). Contudo, a partir disso, evidencia-se que o elemento humano está, em determinado nível, inserido no caminho estratégico da GI. Tal pensamento se dá por ser viável afirmar que o fator gerencial tem forte influência sobre sua atuação, ao passo em que o fator humano pode ser visto antes, durante e depois desse processo, afinal, a oferta de serviço é um ato ligado a *outrem*. É a existência dessa participação, direta ou indireta, que oportuniza um olhar voltado para o usuário, pois, de alguma forma, ele está inserido nessa dinâmica de demanda e oferta.

Segundo os autores citados acima, é possível considerar que o contexto da Sociedade da Informação e do Conhecimento em que o ser humano está inserido fortifica o papel da informação como recurso e insumo para a realização de variadas atividades, dentre elas, toda e qualquer tomada de decisão. Por este e outros fatores que cercam essas relações, chega-se ao pensamento de que por mais que seja impossível viver sem informação, a dinâmica atual dificulta esse processo a partir do momento em que se torna também impossível, nessa reflexão, viver sem uma informação gerenciada de qualidade.

Por isso, a importância da GI no contexto da saúde está para além da sua utilização como instrumento na tomada de decisões, visto que permite a observação do perfil social e sanitário da comunidade atendida a fim de que consiga elaborar medidas para adequar o atendimento às necessidades dos serviços de saúde do país (Borges, 2014). Assim, é possível observar, a conexão entre os pormenores apresentados inicialmente entre a representação do usuário e seu acesso aos serviços provenientes dessa gestão informacional, isto é, do seu ultrapasse de ações técnicas iniciais, demonstrando uma possibilidade de viés social da GI através do comprometimento das organizações em visualizá-la como tal.

Esse retrato social da GI pode se alinhar ao percurso da CI, visto que, assim como a área também apresenta uma intersecção com a relação “Sujeito x Informação”, ela fornece subsídios necessários para um aporte teórico da gestão nessa perspectiva. Conforme Tabosa (2024), a CI apresenta uma trajetória complexa que influencia na definição de sua identidade científica. Para ele, isso pode ser demonstrado através do seguinte pensamento:

A busca por reconhecimento e legitimidade a levou a se aproximar de diferentes áreas do conhecimento, evidenciando a interdisciplinaridade que a caracteriza. A adoção de diferentes paradigmas ao longo da história reflete sua constante evolução e capacidade de se adaptar às demandas da sociedade em constante mudança (Tabosa, 2024, p. 4).

Isto posto, é possível dizer que a CI caminha em mais de uma via na estrada científica, levando e trazendo para si conhecimentos que colaboram para o crescimento em ambas as áreas relacionadas. No âmbito da saúde, esse processo não é diferente. Cavalcante e Pinheiro (2011) reforçam que a práxis informacional em saúde é um fator ainda limitante no avanço do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que os discursos sobre informação e tecnologias vão ao encontro de uma realidade ainda restrita a alguns grupos.

No setor público, há uma fragilidade quanto à gerência da informação e uso de recursos tecnológicos. Esse aparato técnico acaba por ganhar prioridade em detrimento do conteúdo. Isto faz com que a saúde dependa de interesses comerciais da indústria da tecnologia para um avanço necessário (Cavalcante; Pinheiro, 2011). Quando o recorte específico os serviços públicos, sobretudo a saúde, como um aspecto de interesse a CI por meio da informação e seu gerenciamento, o uso da tecnologia se torna uma parte a ser estudada, mas não todo o escopo de toda uma análise, visto que as problemáticas existentes são anteriores a inovação tecnológica do século XXI, evidenciando aí um problema mais profundo.

Desse modo, a informação para saúde se torna um campo vasto e promissor para a melhoria das ações em saúde para a população. Por enfrentar desafios diversos, ela também oferece oportunidades no desenvolvimento de conhecimentos. Assim, o investimento em pesquisas, a exemplo do eixo “informação em saúde” se torna fundamental para um acesso à informação de qualidade, contribuindo para uma construção social justa e, não obstante a isso, saudável (Tabosa, 2024). Aqui, o uso da “informação para saúde” demonstra outro lado de um mesmo parâmetro, pois está ligada ao que se oferta para o usuário especificamente.

Além disso, dentre outras formas de trabalhar com o tratamento da informação e saúde na área, a recente atuação do Grupo de Trabalho (GT) 11 - Informação & Saúde, grupo criado no evento nacional de pesquisadores da área de CI, o Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (Enancib), proporcionou um espaço mais voltado para pesquisas nesse eixo. Este grupo trabalha com “estudos das teorias, métodos, estruturas e processos informacionais em diferentes contextos da saúde, considerada em sua abrangência e complexidade” (Ancib, 2024), possibilitando a abertura para maiores discussões acerca da junção desses dois direitos constitucionais em comunhão na CI.

Isto demonstra o compromisso da CI em trabalhar com os ditames da saúde relacionados à informação de modo interdisciplinar sendo citado nesta seção como forma de rememorar a importância de discutir as relações plurais que a área pode fazer com outros campos. Nesse sentido, é possível observar três aspectos que regem a ideia inicial desta seção: a gestão da informação, o sujeito informacional/usuário, e o panorama de saúde do Brasil. Portanto, ela busca retratar os aspectos precursores à formação da GI, bem como o cenário histórico no qual essa ferramenta foi desenvolvida e aperfeiçoada.

Ressalta-se, ainda, que o intuito de se trabalhar a informação para saúde e sua gestão, neste estudo, vem de um pressuposto humanístico, sobretudo porque esta seção aborda o passado histórico da GI de modo a enfatizar a necessidade de trazer o usuário para discussão da avaliação de ofertas e serviços. Sendo assim, abre-se o espaço para reafirmar um ponto a ser discutido, à revelia do que a pesquisa bibliográfica revelou *a priori*: apesar da existência do termo “Sujeito Informacional” para este estudo, optou-se por apresentar as ideias presentes com enfoque no termo “Usuário”. Esta escolha é, portanto, uma reafirmação do que foi observado nas práticas que envolvem a informação e a saúde, a ser visto também nas próximas seções, no qual a perspectiva do sujeito informacional ainda é feita gradativamente, a saber que as práticas vigentes comungam para que as pessoas se apropriem da informação, demonstrando um contexto ainda distante de sua apropriação propriamente dita.

Para dar início a essa discussão, esta seção foi dividida em duas subseções, em que os aspectos históricos e conceituais da GI foram destrinchados. Assim, em primeiro momento, há a apresentação dos antecedentes que formaram a ideia de gestão na CI, bem como sua relação com a Documentação, com pinceladas das características administrativas que a área alinhou com o crescimento do tema e em decorrência da sua pluralidade. Em segundo, tem-se um foco maior na sua conceituação inserida na área, apresentando definições propostas por teóricos da CI e áreas correlatas, tornando possível realizar uma breve discussão sobre o que eles evidenciam de humano e gerencial nos conceitos.

2.1 Entrelace histórico: o caminho cruzado entre a Ciência da Informação e a Gestão

Diante dos meios de comunicação e setores da sociedade, a informação sintoniza o mundo. Doravante a cada partícula, sua singularidade participa na evolução e revolução da consciência humana ao longo da história. Mesmo antes do preestabelecimento do homem no mundo, ainda em sua função embrionária, a informação o coloca frente a sua existência, referenciando sua identidade genética e atuando no estabelecimento de sua odisseia individual no espaço-tempo (Barreto, 1994).

O pensamento do autor apresenta uma forma holística de se pensar a informação, quase poética em determinados termos, colocando-a como uma parte essencial da jornada humana desde a tenra iniciação de sua vida. Este retrato proposto por Barreto (1994) retoma a ideia de que a informação permeia o mundo mediante suas especificidades a fim de estabelecer o ser humano no contexto em que está inserido. Nesse viés, o resgate desse pensamento reflete um aspecto humano da área que, muitas vezes, se entrelaça aos processos informacionais.

De outro modo, Davenport (1998) a tem como matéria-prima para o desenvolvimento econômico e geração de conhecimento, podendo ser entendida com um conjunto de dados contextualizados mediante entendimento humano. Esta perspectiva, apesar de distanciar-se do que é proposto por Barreto (1994), traz o aspecto do sujeito como parte desse processo, por mais que sua conceituação esteja associada a um procedimento técnico. Ainda, é importante ressaltar que essa visualização humana de gerir a informação é indissociável dos processos informacionais, sendo uma característica que faz diferença em suas etapas.

Concomitante às transformações da sociedade, a informação se tornou insumo de importação e exportação no mundo. Sua incidência após a Primeira Revolução Industrial traduziu-se nas demandas informacionais do corpo social e configurou-se como essência para

as transformações tecnológicas. Essas mudanças foram possíveis em função da linguagem - um sistema de representações comum a todos - e da CI, onde a informação foi moldada em prol de seu armazenamento, recuperação e transmissão, mas também pelos seus condicionantes históricos e epistemológicos (González de Gómez, 2012). Assim, ela pode ser considerada, dentre outras formas, como

[...] uma força constitutiva da sociedade, adquire um papel ativo na modelagem do contexto, uma vez que ela não só é afetada pelo ambiente, mas torna-se ela própria um ator que afeta os outros elementos do ambiente, dado que – dependendo da totalidade dos fenômenos e processos nos quais a informação está envolvida e do nível de complexidade – pode ser aplicada a estruturas sociais com qualquer grau de articulação e complexidade. Além disto, este tipo de definição outorga à informação, seus fluxos e usos um enorme poder na construção da realidade social (Belluzzo, 2017, p. 4).

Conforme a citação explicita, a informação é tida em prol e através de um contexto, atuando na sociedade como um objeto que é afetado pelos seres humanos e os afeta em retorno. Ela, portanto, envolve uma complexidade de modo a refletir os processos sociais, o que a torna também moldável às estruturas mediante sua articulação, caracterizando um papel importante na realidade por meio dos fluxos e uso de informação.

Nesse sentido, González de Gómez (2012) afirma que o possível deslocamento de contextos preferenciais de construção e análise dos recursos de informação passaram a estar não mais sob um regime estatal informacional “estadocêntrico”, mas sim em regimes de informação de poder formativo e seletivo, onde a comunicação está distribuída nos ambientes públicos e privados. Torna-se, assim, visível seu desempenho nas esferas sociais como guia de atuação mercadológica, fonte de estratégia organizacional e na integração de sistemas.

Isso se traduz também nas ideias que a Quarta Revolução Industrial vem tecendo, marcada pela convergência tecnológica digital, física e biológica. Essa contínua adaptação ao mercado se refere às complexas transformações da sociedade em virtude do veloz impacto da tecnologia. Com base nisso, as próprias organizações terão de evoluir concomitantemente a tais inovações, em que o desenvolvimento das TDIC e o surgimento da Sociedade Informacional possibilitou novas formas de interação sociocultural em que mentes e máquinas estão cada vez mais integradas, alterando a forma que o ser humano nasce, vive, trabalha, produz e aprende (Molina; Santos, 2019).

Na sociedade do século XXI, envolvida em uma estrutura aberta de rede, a informação foi da matéria bruta a matéria-prima com a evolução das TDIC. De acordo com Molina e Santos (2019), o tratamento adequado da informação já é um dos requisitos para a

transição das organizações rumo a esta revolução, considerada pragmática e objetiva. Para os autores, o esclarecimento dessas informações é essencial a fim de torná-las utilizáveis, pois, se não forem organizadas e tratadas criteriosamente, de nada adiantará obtê-las para fins estratégicos.

Apesar do aumento exponencial do que se considera informação, sua disponibilidade também representa um aumento da sensação de sobrecarga informacional, demonstrando dois lados da mesma moeda. Assim, mesmo diante da possibilidade aberta pela revolução da imprensa, o uso dos computadores e das redes, há um hiato entre a disponibilização da informação e a capacidade de se fazer um uso efetivo dela (Barbosa, 2020).

Isto caracteriza uma dinâmica proeminente no modo de vida secular, talvez até mesmo um estilo de vida que faz o sujeito informacional se distanciar da produção do conhecimento e estagnar como somente um receptor da informação, instalando um processo que vai pessoal para o profissional e vice-versa, afetando todos os âmbitos da vida dos indivíduos. Posto isso, Araújo (2014) descreve que o aspecto humano e social adquire um sentido ainda mais amplo na busca por compreender a ocorrência da informação na sociedade, tratada inevitavelmente como um direito a ser assegurado e encontrado de forma acessível e confiável na sociedade.

Para Castells e Cardoso (2005), a designada Sociedade em Rede é uma estrutura social construída sob o aspecto principal das redes operadas pelas TDIC que, influenciadas pela microeletrônica e redes digitais, geram, processam e distribuem as informações acumuladas no que chamam de sistema de nós interligados entre si. Outra perspectiva proeminente na CI é a de que a informação é:

o resultado causal dos componentes físicos e processos existentes. Além do mais, é um resultado emergente de tais entidades físicas. Isto é revelado na definição sistêmica de informação. É um conceito relacional que inclui a fonte, o sinal, o mecanismo de liberação e a reação como partes integradas (Capurro; Hjörland, 2007, p. 176).

O pensamento dos autores demonstra um viés associado ao aspecto físico da informação, muito embora a presente também como um fenômeno para além disso. Nessa perspectiva, pode-se dizer também que este objeto provém das observações sobre o mundo ao nosso redor atribuído a um contexto, visto que o ser humano pode captá-la por meio de sinais que o rodeiam, e interpretá-los de diferentes formas, tendo como base dessa definição a relação do sujeito com a informação, e não o contrário. Ainda, para Davenport (1998), são os seres humanos que adotam relevância aos dados e é a partir deles que a informação é obtida.

Nesse parâmetro, sob um paradigma pós-custodial, informacional e científico, a Sociedade em Rede reverbera como uma estrutura em cenário maior: a Era da Informação (Silva, 2010). Apesar de seu fator mutável e de interpretação heterogênea, a informação, acrescida de significado, metamorfoseia-se no processo de criação do conhecimento tácito. Este conhecimento é estruturado e coerente, enquanto a informação atende de forma atomizada, fragmentada e particular. Ela é transitória, chegando a ser efêmera, contrapondo a significância e a característica estoquista do conhecimento. No entanto, são os *inputs* informacionais que o atualizam por meio de suas estruturas, complementando-se na formatação do conhecimento científico (Cintra *et al.*, 1994).

A prova de que a informação é múltipla em sua episteme, para Costa e Krucken (2000), é que ela pode ser considerada a própria mensagem trocada entre duas ou mais pessoas, um sinônimo para dado, conhecimento ou documento, um produto obtido por meio do cruzamento de dados ou um conhecimento codificado/registrado em algum suporte informacional. Em virtude disso, identifica-se que a transmissão de informações pode ser o resultado da explicitação do conhecimento na sociedade. Logo, vê-se que as relações sociais fazem parte desse processo, sejam diretas ou indiretas, ou por meio de itens registrados. Esses registros do conhecimento, identificados como documentos, livros, itens em diversos suportes, são reunidos cada vez mais na humanidade, necessitando de gerenciamento e processamento técnico refinado (Martins, 2014).

A percepção dos itens de registro do conhecimento, a informação e o próprio termo *conhecimento* como forma de estudo são objetos da CI e de áreas correlatas. Tanto esta quanto a Biblioteconomia, a Documentação e Arquivologia encontram-se paralelas, embora autônomas, na interpolação de paradigmas. Silva (2010, p. 77), ao citar o pensamento de Harold Borko e Yves Le Coadic, transporta o conceito de que a concepção de CI é “transdisciplinar, ou seja, constitui um estágio epistemológico evolutivo, resultante da interação e integração das disciplinas práticas supracitadas.”

Ainda assim, essa concepção paradigmática implica em uma mudança postural e epistemológica, enfatizando práticas normativas e descrições de documentos na busca por explicações de fenômenos info-comunicacionais. Essa sequência de etapas observa a “capacidade simbólica e relacional dos seres humanos, trabalhando na origem, coleta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação (Silva, 2010, p. 80)”.

Todo esse processo foi observado pela CI e participou também do seu crescimento como área do conhecimento. Sob a luz da criação desse campo, a intensidade na produção e

dispersão da informação levou muitos pesquisadores da época em diversos países a estudar modos de racionalizar esse emaranhado de informações dispersas no mundo. A priorização de atividades que focavam no acesso e gerenciamento foram ligadas “às ações de obter, tratar, interpretar e utilizar a informação da melhor forma, com menor custo e melhor qualidade possível até chegar na GI (Monteiro; Duarte, 2019, p. 1).

Araújo (2018) identifica a gênese da CI por volta dos anos 1960. Esta época, marcada por acontecimentos históricos prementes da sociedade, corroborou com o crescimento da área em meio a um dos momentos mais sensíveis da modernidade. A informação passou a ser tida como um recurso e uma condição para produtividade nas palavras do autor. Na Guerra Fria, o *boom* informational alastrou-se pela comunidade global, pois se gastava tempo além do limite na busca pelas informações adequadas à necessidade de cada objetivo.

O propósito estava em não desperdiçar mais tempo na obtenção de informações que não eram relevantes, pois geraria um atraso na produção de conhecimento. Nesse contexto, a demora devido a processos morosos poderia resultar em situações catastróficas, além de refletir a forte competitividade entre países dos dois lados da cortina de ferro que se espalhou entre os lados capitalistas e socialistas.

Segundo Monteiro e Duarte (2018), o período seguinte ao grande conflito mundial resultou em uma explosão documental sem precedentes. A abundância de pesquisas científicas produzidas na época levou os Estados Unidos a ampliar o conhecimento sobre a organização, armazenamento e gerenciamento da informação. Contudo, voltando um pouco no tempo, a mudança da perspectiva custodial já havia sido semeada no século anterior, visualizando a produção de bibliografias não mais com um objetivo de criar coleções, mas sim inventariar a produção intelectual humana.

Buckland (1997) comprehende que já no século XIX havia uma preocupação com o rápido aumento de publicações, principalmente na literatura científica e técnica. Com isso, a eficácia na criação, disseminação e utilização do conhecimento registrado já era uma eminente necessidade a fim de trabalhar sob novas técnicas. Assim, a Gestão da Informação (GI) tem parte de sua origem nos estudos de uso, organização, gestão e utilização de documentos, tanto na Biblioteconomia quanto na Documentação e CI, inspirada em campos que se interrelacionaram sob uma nova perspectiva de disseminação e circulação, não mais de custódia e posse.

Dessa forma, foi a partir da Documentação que os primeiros instrumentos capazes de lidar com a expansão informacional crescente desde o século XIX foram pensados de forma teórica e com vias de aplicação prática. Seguindo esse processo, ainda no período

Entreguerras (1918-1939), Paul Otlet produziu o *Traité de Documentation*, em 1934, com o intuito de criar um acervo universal que registrasse todo o conhecimento humano. Como Barbosa (2008) reafirma, muito do que se conhece hoje sobre a GI tem origem nos trabalhos de Otlet.

Essa, dentre outras formas de organizar esses materiais, projetou a ideia quase sonhadora de que era possível colocar o que foi obtido até ali pela humanidade em registros do conhecimento disponíveis para busca e recuperação. Tais atitudes também moldaram o pensamento de outros autores, como Melvin Dewey e Suzanne Briet, dentre tantos outros que contribuíram para a possibilidade de registrar sobre o mundo naquele momento.

De acordo com Monteiro e Duarte (2018), a Documentação envolvia atividades que a condicionaram como fundadora moderna da GI, o que faz sentido ao pensar que também estava em questão na época a definição de informação e os registros do conhecimento. Buckland, em 1997, questiona o seguinte:

A documentação era um conjunto de técnicas desenvolvidas para gerenciar documentos significativos (ou potencialmente significativos), ou seja, na prática, textos impressos. Mas não havia (e não há) nenhuma razão teórica para que a documentação se limitasse a textos, muito menos a textos impressos. Há muitos outros tipos de objetos significativos, além dos textos impressos. **E se a documentação pode lidar com textos que não são impressos, ela também não poderia lidar com documentos que não são textos de forma alguma?** (Buckland, 1997, p. 1, grifo próprio)

Em complemento, Bush (1945) reflete sobre o crescimento das publicações para além do seu uso eficaz, visto que o acúmulo da experiência humana expandiu extraordinariamente e, em seu pensamento, ainda se adotavam métodos precários para a organização deste emaranhado. Sua contribuição para a gestão dessas informações foi a criação do “Memex”, “dispositivo imaginado para automatizar as ações de armazenamento, tratamento e recuperação da informação” (Monteiro; Duarte, 2018, p. 92). Apesar de nunca ter saído do campo teórico, a sua percepção criativa permitiu a visualização de novas formas de gerir a informação, pois foi a partir desse momento que ela foi vista como recurso maleável e estratégico para gestão.

É nesse sentido que Araújo (2018) trata as primeiras reflexões acerca desse processo relacionando-as à natureza física, como a redução do seu excesso, otimização de sua circulação, a identificação precisa dos dados e o descarte de materiais redundantes ou que não eram úteis. Ressalta-se que até o início da segunda metade do século XX, a problemática física do acúmulo informacional era uma realidade antes mesmo do seu crescimento

expressivo tecnológico, principalmente porque a criação do que seria o computador ainda viria décadas depois.

Seja no meio interno ou externo, a avaliação da qualidade desse processo foi um requisito levado em consideração nos estudos de Hayek, Sauermann, Cook, Berry e Taylor (Araujo, 2014). Observa-se o caráter adaptativo e evolutivo dos trabalhos relacionados a GI, visto a abertura de possibilidades que as tecnologias ofereceram a sua transformação, embora ainda embasada nos autores que a lapidaram no uso da informação independentemente do seu suporte.

Dessa perspectiva inicial, pode-se afirmar que os estudos que envolvem a GI, inserida na CI como campo do conhecimento, de certo modo se alinharam ao caminhar da área ao longo do tempo. Mais do que isso, foi possível observar sua trajetória também associada a outras áreas, sobretudo na Documentação e Administração, o que também viabilizou seu impacto no mercado de trabalho. Tanto essas como outras pontuações a respeito do termo refletem o longo processo de discussão e aprofundamento da GI sob determinados olhares.

Tendo isso em vista, a subseção abaixo apresenta um breve retrato conceitual acerca dessas observações a fim de cultivar um recorte sobre o tema, que se tem de modo tão profundo à CI. Desse modo, optou-se pelo resgate de conceitos de maneira cronológica com o intuito também de alinhar a argumentação ao que foi exposto no entrelace histórico realizado. Sendo assim, os remanescentes desse pensamento formaram o percurso traçado abaixo.

2.2 Aspectos conceituais: um percurso teórico

Considera-se a GI como uma área emergente para os *information workers*, envolvendo aspectos como o uso de dados, inteligência organizacional e competitiva, recursos de informação e ferramentas tecnológicas para lidar com fontes de informação (Wilson, 2002). Esta é uma disciplina que atravessou os muros da Universidade e chegou ao mundo do trabalho a fim de coexistir com diversos aspectos de diferentes profissões, tendo o gerenciamento da informação como uma característica técnica, proporcionando sua inclusão em diferentes espaços.

Sua natureza tem uma interligação com a ação operacional, apesar de ser marcada por uma transversalidade e ser considerada parte das Ciências Sociais Aplicadas, o que evidencia a CI como um campo inter-científico dos Sistemas de Informação (Pinto, 2017). Pode-se dizer que há um enquadramento relativamente fácil, nas palavras de Vianna e Freitas (2019), sobre a GI e a gestão devido ao fator volátil do objeto que guia seu estudo: a informação.

Ainda assim, muitas propostas de adjetivação foram levadas a estudo, como a gestão de sistemas de informação, gestão de recursos humanos, gestão de serviços de informação, entre outros.

É certo que, segundo Wilson (2002) a expansão da ideia para o âmbito tecnológico trouxe novos desafios para estes recursos, transformando a tecnologia da informação em um “recurso de informação”. Muitas vertentes trataram a GI de maneiras diferentes e, em primeiro momento, ela teve suas origens com a aquisição, organização, manutenção e uso de documentos. Em outro momento, passou a ser uma preocupação para os profissionais da informação de diferentes áreas de interesse da GI no desenvolvimento de bancos de dados, armazenamento, recuperação e economia da informação.

Em segundo, tem-se o desenvolvimento da informação tecnológica na GI como uma forte influência formativa. O valor da informação recebeu um custo que antes não era visto devido ao uso dos sistemas, revisitando também o custo-benefício desses serviços. Antes ocultados da maioria, agora estavam atrelados à importância que a introdução dos computadores teve, fazendo com que as organizações visualizassem tais funções de outra maneira.

O aumento dessa integração com a tecnologia, de acordo com Savic (1992), resultou em uma maior eficiência nos escritórios ao passo que também aumentou os investimentos ativos em informação, hardware e software, incluindo o armazenamento analógico e eletrônico, gerando também a migração de uma mentalidade empresarial para o uso das informações e suas dinâmicas. Ou seja, se antes pensava-se a informação de maneira somente custodial, agora o foco foi transmitido de que forma a tecnologia irá armazená-la estrategicamente a fim de ser reutilizada quando preciso.

Por último, tem-se a aceitação do planejamento estratégico, análise de custo-benefício e gerenciamento de recursos e marketing nos setores da sociedade, sejam públicos ou privados, aderindo também às ideias provenientes da administração. Fato este que foi de suma importância para a área consagrarse ao lado da administração, relacionando-se mutuamente com as ferramentas de gestão. Como afirma Braga (2010), a GI tem o papel de apoiar a política global da empresa, tornando mais eficiente o conhecimento e articulação dos sistemas que a constituem. Estende-se também seu objetivo para a gestão de instituições públicas e/ou privadas que oferecem serviços ao cidadão e necessitam de conhecimento prévio para esta oferta. Tendo isso em vista, ela

apoia os gestores na tomada de decisões; torna mais eficaz o conhecimento do meio envolvente; apoia de forma interativa a evolução da estrutura organizacional, a qual se encontra em permanente adequação às exigências concornciais; e ajuda a formar uma imagem da organização, do seu projecto e dos seus produtos, através da implantação duma estratégia de comunicação interna e externa (Braga, 2010, p. 4).

Ressalta-se também que, apesar de toda a importância da informação para que esse processo ocorra, visto que uma empresa não funciona sem tal recurso, é inegável que a sabedoria de como usá-la é o diferencial para o bom funcionamento dos serviços. Assim, quanto maior o grau de importância da informação para as necessidades de uma empresa, maior deve ser a rapidez do acesso a ela. Ou seja, tanto a quantidade de informação quanto os dados que a constituem necessitam de organização e é este o objetivo da GI (Braga, 2010). É nesse sentido que Nunes e Werlang (2023) a tratam como um processo ligado às políticas e práticas voltadas para o gerenciamento de recursos informacionais em corporações.

Detlor (2010) identificou três perspectivas que tangenciam a ideia de GI: a organizacional, a que está ligada às bibliotecas e a pessoal/individual. A primeira, levada em consideração neste estudo, está relacionada à gestão do ciclo de vida da informação para organizações com o fito de atingir objetivos estratégicos, sendo mais do que o gerenciamento de dados brutos, mas sim de recursos informacionais na totalidade. São eles que participam da interligação setorial que envolve desde a criação da informação até o repasse final, caracterizando uma relação interdependente.

Em segundo, a Biblioteconomia prevê a GI por meio da gestão de coleções e na oferta de serviços de informações, no qual seu papel principal está em disponibilizar tais recursos. Por fim, tem-se a perspectiva do indivíduo, tido como quase similar a organizacional, mas que torna o usuário o protagonista, transformando seu interesse em fator relevante para gerir e processar informação. Como objeto para que esse processo ocorra, os recursos informacionais são tidos como:

[...] toda a gama de produtores, fornecedores, manipuladores e distribuidores, e inclui informações em todas as suas formas, documentadas e não documentadas, dados brutos e informações avaliadas. E englobo acervos de bibliotecas, acervos de centros de informação, dados em sistemas de informação e bancos de dados de computadores, arquivos e registros de escritório, recortes de jornais, gravações de som e filmes, correspondências e mensagens e outras informações armazenamento e manuseio de informações e formas (Horton Junior, 1974, p. 1)

Assim, a ideia de informação como uma ferramenta estratégica evoluiu ao passo em que o foco da gestão da informação também mudou. A alteração de documentos e dados para o tratamento de recursos informacionais naturalmente ocorreu pelas transformações sociais e

necessidades de cada época. Isto também representa uma melhoria do serviço operacional na busca por evitar desperdícios e automatização de processos. Com seu crescimento no mercado de trabalho, tal pensamento encontrou seu caminho em grandes organizações privadas que, gradualmente, investiram na estrutura formal da gestão desses recursos (Tarapanoff, 2006).

Nesse sentido, é importante pontuar que Beal (2004) apresenta sete Leis da Informação no ambiente organizacional referente desde seu compartilhamento até sua multiplicidade. A primeira lei refere-se ao compartilhamento desse recurso, visto que ela pode ser utilizada simultaneamente e, no caso das organizações, é um elemento de valor para a integração dos processos. Esse compartilhamento é infinito, embora seja importante ressaltar que não é uma prática fácil, pois reproduzir informações se torna mais fácil do que de fato criá-las.

A segunda lei está relacionada com o valor da informação e o seu aumento de acordo com o uso. Para que ela seja utilizada, é necessário que as pessoas saibam onde encontrá-la, que sejam autorizadas a consultá-la e, ainda, saibam atingir realmente o objetivo de sua necessidade inicial. Até esse ponto, caso este processo não ocorra adequadamente, a informação se perderá no caminho. O êxito ocorrerá se a informação for apresentada de maneira coerente e que dê resposta esperada ao seu usuário. Caso contrário, ela pode não atender suas necessidades. Já na terceira lei, a autora comprehende que a informação é um tipo diferente de capital e não se deprecia como outros bens, podendo ou não ter seu valor preservado ao longo do tempo.

A quarta lei trata o valor da informação pela sua precisão, no qual o seu grau de especificidade influencia diretamente no fornecimento correto de serviços. Isso também se reflete na quinta lei, no qual a combinação de informações pode valorizá-la ainda mais, principalmente quando há integração nos sistemas. Apesar da questão quantitativa, a sexta lei comprehende que mais informação não é necessariamente tão proveitosa assim para tudo. Isto pode ser observado a partir do grande volume desse recurso disponível na *web*, onde tanto o algoritmo quanto a expressão de busca do usuário podem ser levados ao engano. No sistema, esse tumulto informacional influencia a desordem, enquanto no ser humano essa consequência vem por meio da sobrecarga de informações (Beal, 2004).

Quanto mais matéria-prima, mais serão os processos que fazem parte da lapidação de dados e isto pode prejudicar o desempenho da organização. O equilíbrio é a chave para determinar a disponibilidade de informação e a capacidade dos usuários de manipulá-la. Por fim, a sétima lei apresenta a multiplicidade da informação e o seu uso de forma inteligente. O

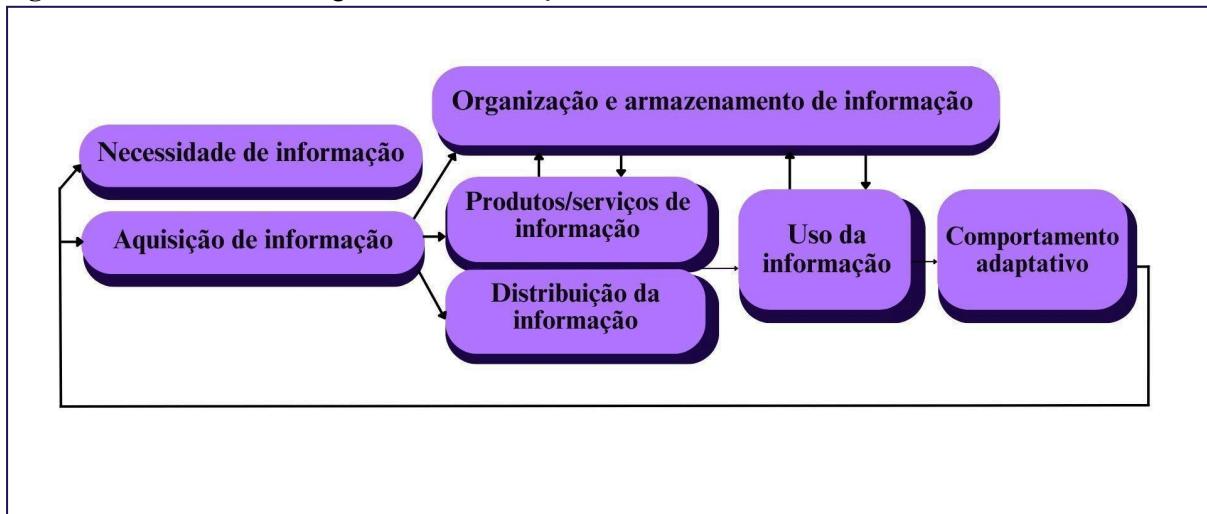
diagnóstico de tendências, visualização de padrões de comportamento e regras de uso permitem importantes observações sobre a cultura organizacional. Sabe o que seu usuário precisa e antecipar-se é uma necessidade mercadológica, mas que se estende para os trâmites governamentais, gerando um profundo diagnóstico para oferta de serviços (Beal, 2004).

Sendo assim, apresenta-se aqui algumas características que compõem a GI, citadas por Nonato e Aganette (2022), tais como: identificação das necessidades de informação, criação e aquisição da informação, organização e armazenamento, disseminação, distribuição e uso da informação. No caso das instituições, por estar inserida em um meio influenciado pela cultura organizacional e pelo planejamento estratégico no local, ela adere a elementos próprios do ambiente. Contudo, os fluxos de informação e as análises provenientes desse processo são protagonistas para a sua recuperação e na criação de produtos informacionais, onde se utiliza das tecnologias disponíveis, por meio dos sistemas de informação, para controlá-la.

O processo explicitado acima é denominado como o ciclo de vida da informação (Figura 1), um dos pilares para a existência da GI. Os outros dois elementos de base para ela ocorrer são a gestão organizacional e a tecnologia da informação e comunicação. Utiliza-se o termo processo como forma de relacionar todas essas etapas mediante um método, técnica ou forma de agir para atingir um ou mais objetivos (Nonato; Aganette, 2022). Estas, bem como outras propostas, são adaptadas à realidade de acordo com o que for obtido nas primeiras fases de coleta, pois desempenha o papel de atender as necessidades de informação prementes no momento de busca e uso tanto pelas organizações quanto pelos seus usuários, ligadas entre si de forma lógica.

Choo (2003) traz uma perspectiva nesse sentido, visto que, para ele, a informação e o *insight*, a saber que esta nasce na mente dos indivíduos, sua busca e uso, são processos dinâmicos socialmente desordenados, acarretando camadas cognitivas, emocionais e situacionais. Isto posto, é possível perceber a inclinação do autor no papel dos sujeitos, isto é, o nascimento da informação em virtude de sua existência e, consequentemente, necessidade. Para tal, ele organiza o ciclo de vida da informação através deste termo inicial, no qual o processo de gestão também pode se basear quando se utiliza de tal recurso. Sendo assim, o autor explicita essa relação por meio do modelo na Figura - 1:

Figura 1 - Ciclo de vida da gestão da informação



Fonte: Adaptado de Choo (1998)

O autor promove o ciclo da informação através da sua aquisição, que pode vir a ser feita mediante organização, chegando ao seu armazenamento. Contudo, ele traz, neste processo, tanto os produtos e serviços quanto a distribuição da informação como etapas alinhadas, quase inseparáveis, para que este recurso seja utilizado. Demonstra, por este viés, que a partir do uso haverá um comportamento adaptativo, isto é, uma reação a partir do que foi obtido. Nota-se o emprego do termo “uso”, evidenciando uma característica associada a utilização da informação e, não necessariamente, sua apropriação. Não há, portanto, um enfoque para além disso nesse quesito quanto ao modelo apresentado, apesar de Choo (1998) considerar a necessidade como ponto de partida.

Molina e Santos (2019) apontam a linearidade como uma característica da GI, principalmente quando se comprehende que o foco está em auxiliar no gerenciamento do conteúdo informacional interno e não a fim de que seu uso seja tido somente como estratégico. Este fator prova que, para que sua aplicação seja possível, é necessário existir uma constante atualização de métodos e técnicas, o que corrobora com seu elemento linear, pois ela precisa condizer com os processos setoriais da organização, consideradas por Belluzzo (2017) por meio de uma cadeia de produção de informação como mercadoria que vai desde sua criação até seu processamento, armazenamento, transporte, distribuição e busca.

Nesse sentido, as atribuições da GI estão ligadas também à exploração, desenvolvimento e melhoria desses recursos informacionais e não apenas metodologicamente controlá-los. Nunes e Werlang (2023) ressaltam que, quando ela é bem empregada, pode dar suporte para as demais atividades da organização, não só aumentando a eficiência dos

processos no geral, mas melhorando as condições de trabalhos dos profissionais que a utilizam todo dia mesmo sem o conhecimento prévio da sua existência, além de fortalecer as tomadas de decisão em suas funções.

Com o intuito de reunir as principais citações encontradas no levantamento bibliográfico realizado, foi possível coletar um recorte dos conceitos sobre a GI de acordo com autores da área da CI, isto é, delimitando um parâmetro para discussão conceitual do tema. Abaixo, o Quadro-1 demonstra conceitos de base para compreendê-la, escolhidos pela autora mediante suas contribuições para a discussão, seja de modo a conciliar ou divergir em suas representações.

Quadro 1 - Recorte de conceitos de Gestão da Informação apresentados entre 1989 e 2022

CONCEITO	AUTOR(ES)
“[...] o gerenciamento eficaz dos recursos de informação internos e externos de uma organização por meio da aplicação adequada da tecnologia da informação”.	Wilson (1989)
“[...] conjuntos de práticas operacionais – aqui designadas como gestão da informação – intrinsecamente relacionadas com a racionalidade formal e o projeto histórico do Estado contemporâneo”	Jardim (1995)
“[...] é o processo de coleta, processamento, armazenamento e disseminação de informações relevantes para apoiar as operações de uma organização. Ela envolve três atividades básicas: a gestão dos recursos de informação para acesso e uso eficazes, a gestão dos sistemas de informação para o processamento e disseminação eficazes da informação e o desenvolvimento de sistemas de informação para coletar, processar e disseminar informações”.	Choo (1998)
“[...] conjunto estruturado de atividades que incluem o modo como as empresas obtêm, distribuem e usam a informação e o conhecimento	Davenport (1998)
“[...] planejamento, seleção, coleta, análise, organização, otimização dos fluxos, normalização, disponibilização para uso e avaliação”	Cianconi (1999)
“[...] tem como objectivo apoiar a política global da empresa, na medida em que torna mais eficiente o conhecimento e a articulação entre os vários subsistemas que a constituem; apoia os gestores na tomada de decisões; torna mais eficaz o conhecimento do meio envolvente; apoia de forma interactiva a evolução da estrutura organizacional, a qual se encontra em permanente adequação às exigências concorrenenciais; e ajuda a formar uma imagem da organização, do seu projecto e dos seus produtos, através da implantação duma estratégia de comunicação interna e externa.”	Braga (2000)
“[...] um conjunto de ações que visa desde a identificação das necessidades informacionais, o mapeamento dos fluxos formais (conhecimento explícito) de	Valentim (2008)

<p>informação nos diferentes ambientes da organização, até a coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação, objetivando apoiar o desenvolvimento das atividades cotidianas e a tomada de decisão no ambiente corporativo. [...] deve se preocupar com os documentos gerados, recebidos e utilizados para as atividades do negócio corporativo. A gestão documental ou gestão de documentos faz parte desse processo.”</p>	
“[...] é o gerenciamento dos processos e sistemas que criam, adquirem, organizam, armazenam, distribuem e usam informações. O objetivo do gerenciamento de informações é ajudar pessoas e organizações a acessar, processar e usar informações de forma eficiente e eficaz. Isso ajuda as organizações a operarem de forma mais competitiva e estratégica e ajuda as pessoas a realizarem melhor suas tarefas e a se informarem melhor”.	Detlor (2010)
“Consiste no estudo, concepção, implementação e desenvolvimento dos processos e serviços inerentes ao fluxo infocomunicacional, permitindo a construção de modelos de operacionalização de máxima eficiência e rentabilização”	Pinto (2016)
“é uma maneira de cuidar e de gerenciar a informação formal e informal que se encontra registrada em sistemas tecnológicos de informação e em documentos físicos, sempre com a mediação do homem, a fim de disponibilizar informação condensada e efetiva para tomada de decisões simples ou complexas”.	Santos; Damiani; Denipoti (2020)
“[...] processo de gestão do ciclo de vida da informação que compreende as etapas: identificação das necessidades, criação, aquisição, organização, armazenamento, disseminação, distribuição e uso da informação.”	Nonato e Aganette (2022)

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Pode-se observar um enfoque maior no teor técnico da GI nos conceitos apresentados, respectivamente, por Wilson (1989), Jardim (1995), Choo (1998), Davenport (1998) e Cianconi (1999), através de termos como “gerenciamento”, “práticas operacionais”, “informações relevantes”, “sistemas de informação”, e “tecnologia da informação”. Isto não demonstra a exclusão do usuário nesse processo, no entanto também não o apresenta como uma possibilidade para tal, colocando a GI, em partes, como uma atividade racional e pragmática. Consoante aos conceitos posteriores, identificou-se novos aspectos retratados, a exemplo da presença da “tomada de decisão”, “conhecimento”, “estrutura organizacional”, “necessidades informacionais”, “estratégia”, “fluxo infocomunicacional”, “eficiência”, dentre outros termos que fornecem um caráter holístico da GI nas organizações.

Choo (2003) destaca três distintas áreas na qual a informação irá ser trabalhada de modo estratégico. Em primeiro lugar, as organizações a utilizam para entender o meio externo, visto o ambiente dinâmico carregado de mudanças e incertezas ao seu redor, além da

opinião pública e mercadológica, o que respalda a busca por entender tais relações. Nesse sentido, o autor transita para sua segunda retórica, em que explicita que a criação, organização e processamento da informação podem gerar novos conhecimentos dentre a engrenagem que funciona o processo de uma organização. A terceira área em que a estratégia informacional deve ser reverberada é a tomada de decisão, processo de inegável relevância para as constantes mudanças a qual o mundo organizacional é induzido.

Por este viés, identifica-se o aumento simultâneo da relevância dos serviços informacionais e comunicacionais, vistos como partes necessárias para a administração dos mecanismos da sociedade, pois o contexto de globalização, diante do volume de informações, passa a fazer parte das ferramentas de influência e posicionamento para o futuro da aldeia global (Takahashi, 2000). A gestão desse conhecimento explícito torna-se necessária para a concepção de universalidade, democratização e oferta de serviços de qualidade para a população.

Diante das discussões tratadas nesta seção, tanto o conceito de informação e suas propriedades intrínsecas ao fazer humano pessoal e profissionalmente foram apresentadas com o intuito de trazer uma visão mais aprofundada sobre a GI. No caso das organizações, é necessário que tais debates sejam feitos a fim de compreender a necessidade dessa área para uma oferta adequada de serviços. Tendo isso em vista, o uso da informação como um caminho para a gestão também se alinha à construção de um futuro que não apenas a utiliza como um objeto, mas que a aproveita como um recurso de transformação social.

Reforça-se também que uma discussão teórica é essencial para o arranjo das ideias na área. Contudo, ao pensar a informação como um retorno da visão do ser humano sobre o mundo, abre-se a possibilidade de pensá-la para este sujeito. Retornando à origem da GI na Documentação, o seu uso estava atrelado a grande necessidade de tratar todo o conhecimento produzido pela explosão informacional daquele contexto. Hoje, a realidade diverge em poucos fatores desse intuito inicial. Tem-se um grande expoente de informações que entornam a humanidade e, se não geridas atenciosamente, podem perder-se no volume.

Um primeiro passo para não haver uma perda considerável desse recurso é, na verdade, não ir contra sua aceleração - pois se entende que é um movimento natural do mundo neste ponto, mas sim considerar as necessidades desses usuários e aprofundar essa primeira etapa que é tão importante na GI: entender para quem se destina a informação. Nas organizações, o fator da gestão reflete diretamente no fator humano. Com base nisso, a subseção a seguir fará uma explanação acerca do papel do usuário nesse processo.

3 INFORMAÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE

O caminho da informação vai ao encontro de aspectos que fazem parte da vida do ser humano e, como resultado disso, reflete-se também nos estudos que se relacionam ao seu comportamento em detrimento do uso da informação. Isso se estende também para outros campos de estudo da área, como é o caso dos estudos de comunidades e de usuários, bem como nos estudos referentes aos sujeitos informacionais. Segundo Carmo e Araújo (2020), existem correntes teóricas que sugerem o uso do termo sujeito informacional em razão da expressão usuário de informação devido à busca em associar os sujeitos por meio de sua relação com a informação.

Nesse sentido, é possível considerar o sujeito informacional como um termo associado ao estudo social da informação, viabilizando dois pensamentos: o de que o uso da informação se dá por meio da existência as pessoas e dos significados construídos coletivamente e o de que tais preceitos são construídos pelos sujeitos socialmente (Araújo, 2013). É assim, portanto, que se dá a adoção deste termo nesta pesquisa, visto que essa percepção pode trazer uma profundidade maior não somente para o indivíduo, mas também para o contexto em que ele está inserido e, consequentemente, para como ele se relaciona com a informação.

No caso da informação para saúde, estes sujeitos são traduzidos como as pessoas que estão recebendo cuidados relativos ao processo saúde-doença, dentre outros aspectos. Sendo assim, alinhar a informação que percorre as veias institucionais ao sujeito informacional também é uma forma de pensar a CI por outro tipo de atuação da informação. No quesito organizacional, essa atuação também está aliada a como este objeto é gerenciado, seja entre os profissionais da saúde, os gestores e funcionários administrativos, ou os próprios usuários dos serviços.

Acerca disso, é possível dizer que, a partir do momento em que a informação é mediada pelos profissionais da área da saúde, ela oportuniza o exercício da cidadania ao se apropriar e obter o conhecimento (Santos Júnior; Veronez Júnior, Polonini, 2023). Diante disso, é indispensável que o fluxo informacional ocorra de forma otimizada, visando uma assistência adequada no planejamento das organizações em sua totalidade. Espera-se, por meio dessa afirmativa, que dar o poder ao sujeito informacional faça jus aos seus direitos nesse processo.

Gomes (2018) reflete sobre o protagonismo e sua conceituação, colocando em perspectiva que protagonizar implica em tomar posição sobre algo, liderar uma luta contra

obstáculos e assumir embates na construção de um mundo comum. Isto representa um protagonista que age como sujeito social e em relação ao outro, interagindo de forma ativa na ação, seja de maneira direta ou simbólica. Nesse sentido, o conceito de protagonismo acaba por relacionar-se a valorização da vida cidadã, pois “o outro e o diferente são respeitados e compreendidos como sujeitos ativos na constituição de todos” (Gomes, 2018, p. 49). Para a autora, quando este protagonista é inserido sobre o cenário sócio informacional, a informação se torna o resultado da geração e disseminação do conhecimento produzido na sociedade.

Há uma interdependência entre as fontes que influenciam o comportamento dos sujeitos na busca e uso da informação para a saúde. Existem problemáticas, como a falta de clareza e a presença de informações incorretas no uso de fontes, que geram dúvidas e até decisões que podem ressoar na saúde do outro. Em virtude disso, pesquisas que buscam compreender as necessidades de informação, além do comportamento informacional, do público leigo podem ser fundamentais para facilitar o acesso à informação confiável (Tabosa, 2024). Para tal, a informação precisa ser gerenciada de modo adequado e isso exige uma gestão que tenha um olhar também para os sujeitos que participam desse processo. Conforme Gomes (2018, p. 50-51):

A informação é resultante e promotora da ação de compartilhamento, situando-se enquanto ação dependente da interação, por ser produzida, organizada, acessada e apropriada no processo de encontro com o outro, o que lhe dá um caráter autoritário. O outro que produz, o outro que organiza, disponibiliza, possibilita o acesso e uso, mas que também constrói e oferta dispositivos facilitadores do encontro e do debate com os outros, ampliando as possibilidades de novas interpretações.

Esse aspecto de troca, de aquele que produz também ser aquele que está disposto a receber a informação, bem como o processo ação-reação que envolve sua assimilação, reflete o caráter humano da informação e, nesse sentido, caráter social da CI. Ainda para Gomes (2018), esse caráter resulta da ação humana de compartilhar, de ter algo em comum, de buscar o encontro com o outro e acabar por retomar uma ação por meio de uma reação. Para ela “o agir encontra-se na centralidade do protagonismo por exigir a tomada de posição” (Gomes, 2018, p. 51).

Desse modo, a partir do exposto, a subseção a seguir permite fazer uma relação da GI com o usuário, utilizando a perspectiva desse personagem como foco. Logo após, essa associação foi levada ao âmbito da saúde de modo a apresentar sua função e importância nessa área por meio de um panorama deste campo.

3.1 Usuário como foco

Pensar a GI para uma organização seguindo o seu ciclo de vida implica em uma análise inicial primordial para o entendimento da circulação da informação. Campos e Paiva (2021) ressaltam a importância dos usuários internos na implementação desse processo. Apesar do reconhecimento das necessidades do usuário e do protagonismo que lhe é dado neste primeiro momento, alguns autores afirmam que ainda há uma escassa bibliografia sobre o assunto no campo da CI sobre essa relação. Um dos aspectos importantes para isso é a compreensão de que, para a informação atingir o lugar do conhecimento, ela precisa perpassar pelo entendimento humano.

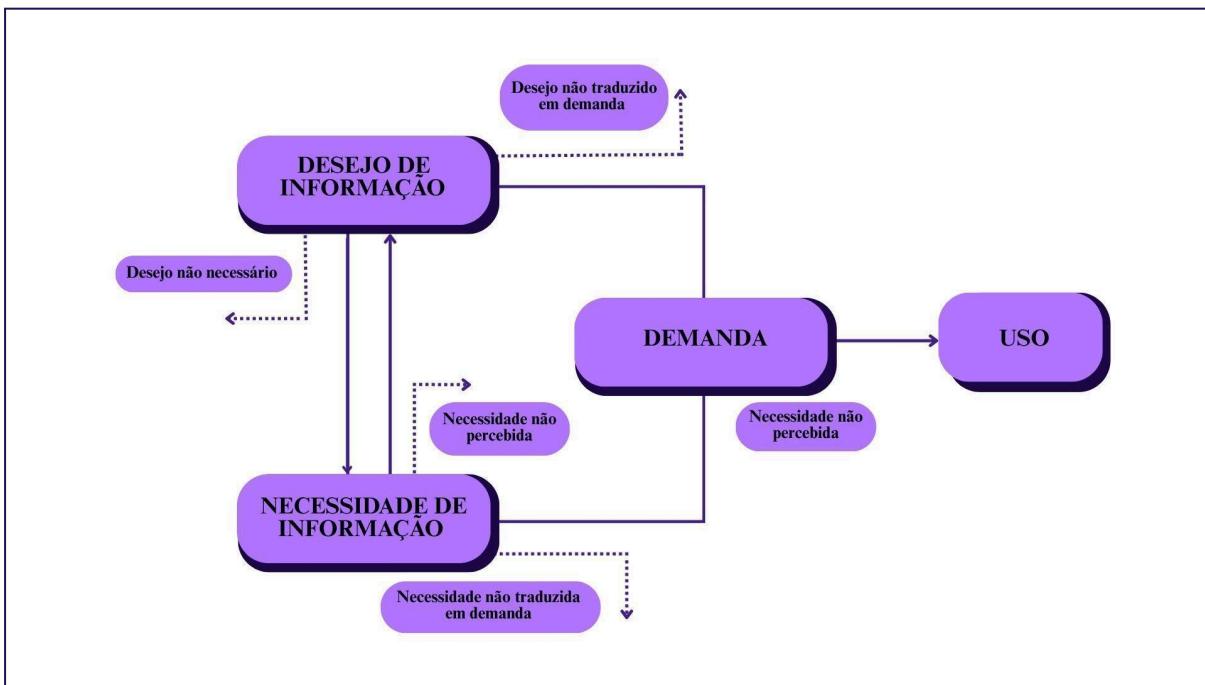
Este, dentre outros elementos constitutivos da GI, deve se basear nas necessidades de informação de seus usuários dos sistemas e/ou serviços de informação, assim como os provedores que analisam as fontes também devem estar cientes do que o seu usuário pensa a fim de que realizem a organização desse processo de forma eficaz (Wilson, 2002).

Tudo gira, inicialmente, sobre o requisito desse sujeito, fato este que se transmite na primeira etapa da GI. Afinal, o protagonismo implica na intervenção sobre a realidade e apropriação de informações visando identificar ideias, promover ações pela produção de significado ou estimular o compartilhamento de informações nas organizações (Campos; Paiva, 2021). Considerando que todas as pessoas precisam de informação e de que cada uma constitui em si um universo de ideias, significados e interpretações, a busca por compreender uma fração desse mundo em movimento é o primeiro passo para se chegar ao conhecimento.

Pode-se definir a necessidade de informação como algo intangível pelo seu caráter subjetivo, o qual “ocorre apenas na mente da pessoa em necessidade e, consequentemente, não é diretamente acessível a um observador. [...] pode ser descoberta através do comportamento ou pelos relatos das pessoas que possuem a necessidade” (Wilson, 1997). No caso de sua aplicação em um sistema, para o usuário buscar uma informação como uma demanda, ele precisa perceber essa informação como algo necessário.

A relação do que usuário necessita, deseja e demanda até que se torne algo para o seu uso é retroalimentada de acordo com o processo de cada um, como pode ser observado abaixo na Figura-2

Figura 2 - Relação entre necessidades, desejo, demanda e uso da informação



Fonte: Adaptado de González-Teruel (2005, p. 77)

No processo ilustrado acima, é possível observar que não há uma ordem específica para se chegar ao mesmo fim. Como Cunha (2015) afirma, o usuário, ao perceber a informação como necessária, irá tentar buscá-la. Ao decidir isso, ele irá considerar se sua busca lhe trará mais benefícios do que de fato receberá. Logo, ele pode pensar nas barreiras que enfrentará, seja pela falta de informação para chegar ao seu propósito ou por alguma barreira linguística. O fato é que todo esse pensamento é gerado até que ele possa optar por estratégias de busca possíveis para que sua demanda seja atendida. Pérez-Giffoni e Sabelli (2010, p. 20-21) o definem como:

pessoa relacionada, real ou potencialmente, com o recurso informação; ator social de uma realidade em mudanças e conflitos constantes; indivíduo que com toda sua subjetividade, capital cultural e visão da realidade, se constrói social no encontro com o outro em relação dialética com o mundo em que está. Daí surgem suas práticas de consumidor e produtor de informação, os métodos que utiliza para descobrir e acessar fontes de informação, bem como suas interações com os sistemas de informação computadorizados.

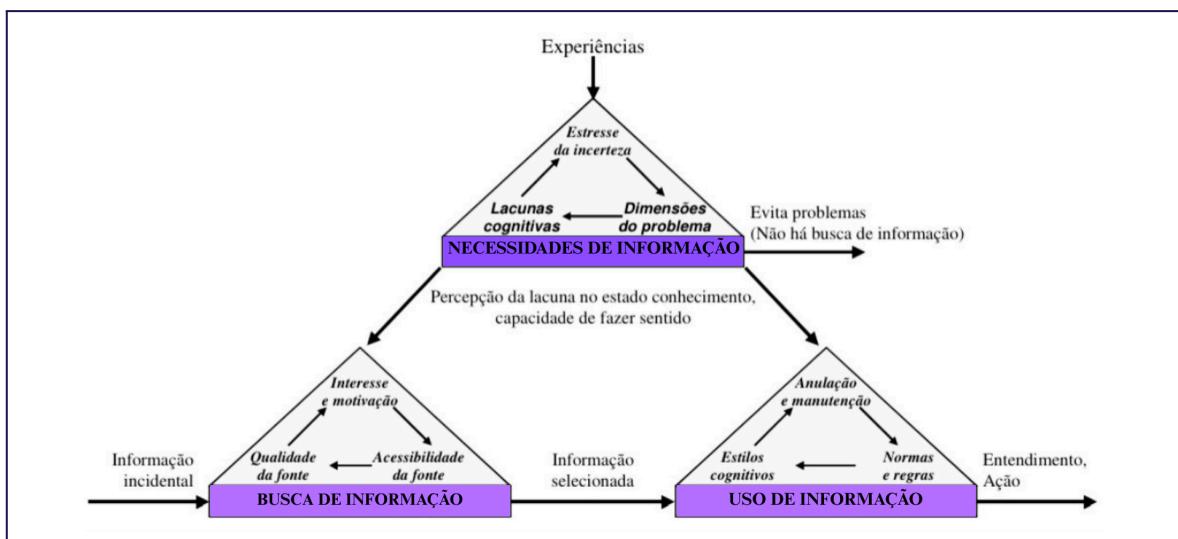
A necessidade de informação, compreendida no aspecto cognitivo, determina a razão pela qual o sujeito tem sua necessidade, como ele se envolve no processo de busca e na forma que ele pode fazê-la. Por mais que, na maioria das vezes, as razões que levam alguém a procurar uma informação não seja tão explícita ou sejam insuficientemente claras devido sua

eminência subjetiva - muitas vezes pelo desconhecimento ou falta de esclarecimento - elas são necessárias para o processo de criação do ciclo de vida da informação (Costa, 2016).

O campo dos estudos de usuários, nesse sentido, pode trazer reflexões pertinentes para o tratamento da informação em virtude desse sujeito. Por meio desses estudos, tanto os instrumentos de planejamento quanto de gestão contribuem para um maior conhecimento sobre os aspectos que envolvem a informação e sua disseminação para os indivíduos que demandam, além de ter noção sobre tendências que podem facilitar a tomada de decisão, fato já observado pelo uso da GI e que poderia ser impulsionado pelo foco nessa prestação de serviços. Isto não apenas uniria os interesses mútuos, como também proporcionaria um serviço de antecipação à demanda do usuário (Cunha, 2015).

Pensar em um serviço que se certifique das necessidades de seus usuários, ou de modo social, aos sujeitos informacionais, reflete a possibilidade de antever certas problemáticas inerentes à gestão. Além disso, conforme Santos, Damiani e Denipoti (2020), por mais que a informação seja um insumo essencial nas organizações, elas também são compostas por sistemas, tecnologias, outros suportes de registro do conhecimento e, não obstante, criada e gerenciada por pessoas. Nada é mais natural, portanto, que os processos que envolvem a GI sejam utilizados nesse contexto, conforme os autores. Esta relação pode ser representada de maneira ilustrativa na perspectiva do Modelo de necessidade, busca e uso de informação (Figura 3), no qual é possível observar as etapas que fomentam o processo informacional que o usuário percorre, tendo as necessidades evidenciadas:

Figura 3 - Modelo de necessidade, busca e uso de informação



Fonte: Adaptado de Choo (1999)

Choo (2006) retrata todo o processo que a informação percorre através do cognitivo de seu usuário. Seu modelo, representado de forma piramidal, fornece uma ligação entre a criação de significado, a construção de conhecimento e a tomada de decisões. Cada bloco piramidal representa uma dessas etapas. A primeira tem seu início após o usuário receber os sinais do ambiente, seja por meio de crenças, interpretações ou representações, estresses, lacunas cognitivas e/ou dimensão de problemas. Todos esses elementos compõem as necessidades de informação desse usuário que, se optar por evitar os problemas de buscá-la, pode não encontrar o que precisa. Contudo, se há a percepção de uma lacuna no estado do conhecimento, ele pode transformar um desses fatores em motivação, buscando uma fonte acessível e de qualidade. Ao selecioná-la, ele parte para o seu uso através do entendimento.

Campos e Paiva (2021) atentam para o fato de que este personagem está ligado diretamente à gestão da informação e do conhecimento ao protagonizar os processos organizacionais nos ambientes internos a partir do desenvolvimento de atividades. Tais ambiências possuem uma grande amplitude para traçar caminhos e identificar inúmeros saberes. Contudo, são os usuários, no papel de atores no processo de interação e transferência de mensagens, que estão envolvidos em um fluxo de informação tal como uma teia.

Logo, observa-se que é quase impossível não levar em consideração os usuários como protagonistas da odisseia da informação, apesar das organizações ainda caminharem a passos lentos, nas palavras dos autores acima, num protagonismo real que vá para além da teoria. Ainda assim, é inegável que essa retroalimentação seja proveniente de um processo ainda maior sobre os desígnios da ação do ser humano no mundo. Em virtude disso, comprehende-se que “o conhecimento por não ser estático comprova a importância do usuário da informação na renovação e criação de novas estratégias” (Campos; Paiva, 2021, p. 66).

Nesse sentido, sabe a eles a responsabilidade de compartilhar a informação obtida e a efetivação do seu fluxo. É por meio dessa interação que ele interfere na realidade, apropriando-se da informação e implementando ações que produzam significados. Eles podem ser entendidos através de um protagonismo inicial, a ser visto como:

uma dimensão existencial inextricável. Significa resistência, combate, enfrentamento de antagonismos produzidos pelo mundo físico e/ou social e que afetam a todos. Significa tomada de posição dianteira face a obstáculos que ameaçam a espécie (causados por pessoas, animais, circunstâncias, sentimentos, ideias, preconceitos etc.). Daí que os protagonistas assumem a luta pela construção, pela criação, como atitude face ao mundo. Lutar, mais que enfrentamento “contra”, é modo de ser e de estar, de produzir e cuidar de um mundo comum, habitável e convivial (Perrotti, 2017, p. 15).

Assim, exercem o protagonismo na resolução de problemas reais, atuando frente às dificuldades do bem comum nas organizações. Ainda, são referenciados na criação e desenvolvimento de processos, tanto na infraestrutura quanto tecnologia, levando a cultura organizacional de uma instituição para caminhos estratégicos que estimulem os fluxos formais da GI. Sendo assim, a relação desse processo se entrelaça ao usuário em uma parceria, principalmente quando o pensamento de que o conhecimento tem origem nas pessoas é retornado para o processo informacional (Campos; Paiva, 2021).

Sendo assim, a construção do conhecimento na gestão da informação em meio aos processos sociais possibilita novos conhecimentos por meio dos usuários. Uma organização, nesse sentido, precisa proporcionar recursos necessários a fim de tornar as condições favoráveis para o desenvolvimento de competências adequadas e essenciais para um processo de GI que não seja somente funcional, mas também essencial (Campos; Paiva, 2021). Portanto, não é segredo que a oferta de serviços provém primeiro de sua demanda, visto que o trabalho com a informação a transforma em produtos e serviços de utilização de valor agregado para o usuário (Tarapanoff, 2006).

É nessa direção que cabe às organizações um papel mais direcionado a sanar as necessidades de seus usuários, sejam eles internos ou externos. No caso de uma instituição pública, à parte do pensamento mercadológico até certo ponto, é importante observar a maneira como o fluxo de informação é feito e as etapas que ele segue, principalmente desde o estudo dos usuários até a disseminação da informação, incluindo tanto quem faz parte do ambiente interno quanto o público geral. Outro ponto a ser destacado é a forma que essa informação está sendo disponibilizada ao acesso público, evitando inconsistências e objetivando um entendimento possível entre as partes (Matenga; Guaraldo, 2022).

Destarte, o ciclo informacional se faz presente quando há uma necessidade de informação, um problema a ser resolvido ou um critério a ser analisado. Este processo, que inicia pela busca da solução de um problema ou da necessidade de se obter algo específico, perpassa pela identificação de quem gera o tipo de informação, as fontes a serem investigadas, seu acesso, seleção e aquisição, bem como sua recuperação, análise e disseminação. Todo esse procedimento deve ser relembrado com o intuito de aumentar o conhecimento individual e coletivo sobre a obtenção de informações em uma instituição (Tarapanoff, 2006).

Não obstante a isso, a gestão adequada dos fluxos informacionais nas organizações que regem os setores de serviços básicos da sociedade impacta em grandes dimensões no atendimento final ao cidadão que, por direito, deve ter seus preceitos fundamentais

garantidos. Disposto na Lei de Proteção e Defesa do Usuário de Serviços Públicos prestados direta e indiretamente pela administração pública - nº 13.460, publicada em 26 de junho de 2017 - em seu artigo 5º, o usuário tem direito à adequada prestação dos serviços, dentre elas está a aplicação de soluções tecnológicas para simplificar processos e procedimentos, proporcionando melhores condições para o uso de informações.

O usuário, na lei, é entendido como “pessoa física ou jurídica que se beneficia ou utiliza, efetiva ou potencialmente, de serviço público” (art.2º, inciso I). Sendo assim, em função da constitucionalidade, da inclusão dos estados na sociedade em rede, do aumento do fluxo informacional e da necessidade de gestão da informação para a garantia de serviços qualificados na esfera governamental, as organizações são fundamentais nos desígnios da máquina pública.

Desse modo, entende-se como organização um sistema de recursos que procura realizar objetivos explícitos a partir do uso de expedientes e elementos que comunguem entre si, em que todas as organizações são definidas como sistemas. São caracterizadas dessa forma por haver complexidade e evidência de processo organizado em sua estrutura, mesmo sendo diversificadas em tamanho, forma, no fornecimento de produtos e serviços, em seus recursos e outras variantes que podem determinar seus objetivos. Apresentam também divisão de trabalho e processos de transformação como elementos principais, o que repercute no fato de que estas são orientadas em prol da realização de seus objetivos, seja na prestação de serviços, seja na produção de diferentes produtos (Maximiano, 2000).

Decerto, para o gerenciamento desses fluxos, formais ou não, é mister a integração de ações em virtude de prospectar, selecionar, filtrar, tratar e disseminar todo o arcabouço adquirido de informação da organização. Mesmo que esse fluxo ocorra no ambiente externo à organização de tal importância como fator interno, o ponto central está em sua ocorrência na instituição. Por conta disso, a busca pela interpretação de dados implica no desenvolvimento de atividades relacionadas à gestão da informação e do conhecimento de forma planejada (Valentim, 2002).

As organizações públicas atuam, normalmente, como órgãos nacionais, estaduais, federais, municipais ou distritais para desempenhar atividades administrativas do Estado para a sociedade, ao ser justamente através delas que ele exerce o poder de gestão (legislar, fiscalizar, regulamentar etc.). No entanto, a qualificação dos interesses coletivos e a atribuição dos interesses públicos repercutem na prossecução das entidades públicas e nas suas atribuições de escolha, que já foram decididas em um momento anterior e em um escalão superior aos outros setores sociais. Por isso, sabendo de sua abordagem direcionada, é

evidente que tais organizações devem atuar segundo as políticas públicas e oferecendo suporte ao Governo a fim de responder aos anseios da sociedade, público a que se destina às atividades públicas (Matenga; Guaraldo, 2022). Assim, nas palavras dos autores, é possível dizer que:

Com base nessas abordagens fica evidente que as organizações públicas devem atuar de forma direcionada de acordo com as políticas públicas, dando suporte ao Governo com vista a responder aos anseios da sociedade (todos os cidadãos – pessoas físicas ou jurídicas) de um determinado país como o principal beneficiário de todos os serviços públicos (Matenga; Guaraldo, 2022, p.177).

Assim, deve ser considerado uma formulação de políticas esclarecedoras que prestem informações e serviços consoante os objetivos da gestão da informação e sua disponibilização aos usuários - os cidadãos. Esta seria uma forma de expor os mecanismos dos princípios que fomentam e fundamentam a GI na Administração Pública, tornando esse processo acessível para quem precisa. Isto, de certo modo, contribuiria para o compartilhamento correto de informações coerentemente, possibilitando uma aproximação entre as organizações e os seus públicos de maneira eficiente e eficaz, tornando-se otimizada (Matenga; Guaraldo, 2022), a saber que

Nesse processo da gestão da informação para satisfação dos usuários em organizações públicas é preciso saber lidar com o fluxo da informação gerada na organização e sua estrutura tendo em conta as necessidades dos usuários internos e externos, considerando-se que estas são subordinadas ao Estado, e funcionam com base em leis e regulamentos de políticas públicas para o desenvolvimento da sociedade (Matenga; Guaraldo, 2022, p. 183).

Outrossim, numa organização de saúde, a informação se dá como parte do fluxo de trabalho, agindo de forma interseccional entre cada célula que compõe seu sistema de funcionamento. A troca informacional, por meio dos instrumentos existentes, e o uso da informação obtida caracterizam o fluxo de informações. Isto posto, percebe-se que, em contrapartida, a sua indumentária científica, a realidade de sua oferta em serviço constitui um paradigma para sua definição de qualidade.

Como Faim (2021, p. 15) aponta, “apesar do grande volume de produção científica [...], ainda existem poucos trabalhos que abordam a administração hospitalar, impactos de eficiência, produção ou avaliações de gestão no âmbito desta rede.” Dessa maneira, ao entender que a importância da gestão da informação no ambiente da saúde é inegável, a busca

por estudos científicos em prol da acessibilidade, compartilhamento e uso de dados tem grande relevância para a constatação desses aspectos.

Relaciona-se também seu uso para a obtenção de exames diagnósticos, em consultas médicas, ao receituário prescrito, às informações financeiras relativas às internações, cada uma dessas ações com diferentes objetivos e, portanto, diferentes tipos de uso para a informação (Silva, 2019). Em consonância a CI, tendo a informação como elemento teórico principal e de viés interdisciplinar, ressalta-se que o dever de acesso, produção, disseminação, preservação, confidencialidade são elementos de direito de todo indivíduo.

Para tanto, a informação não somente dinamiza a gestão organizacional, como também o ato administrativo e, consequentemente, a parte financeira da instituição. O uso dessa matéria-prima torna-se imprescindível na oferta de serviços aos pacientes de forma exequível a fim de que seus documentos sejam armazenados de tal forma a facilitar ao profissional identificar a informação necessária e utilizá-la para o cumprimento do modelo organizacional. Sendo a forma intangível quando se trata de organizações, esse item não palpável é inegavelmente o precursor da Era da Informação e, por conta disso, deve-se atuar de tal forma para geri-lo de maneira correta e adequada em prol do avanço do conhecimento científico dentre a CI.

Nesse sentido, considerando os aspectos informacionais da GI e retratados na presente subseção, tendo o usuário como foco do recebimento dos cuidados em saúde e, por conseguinte, da própria informação para saúde, abre-se espaço para discutir de forma demarcada acerca deste cenário. Sendo assim, o contexto de saúde será relacionado a esse elemento na subseção a seguir, buscando trazer a saúde brasileira para o ramo da CI para retratar um panorama alinhado ao processo informacional disposto nas organizações.

3.2 Panorama da saúde brasileira

As organizações públicas atuam, normalmente, como órgãos nacionais, estaduais, federais, municipais ou distritais visando desempenhar atividades administrativas do Estado para a sociedade, por ser justamente através delas que ele exerce o poder de gestão (legislar, fiscalizar, regulamentar etc.). No entanto, a qualificação dos interesses coletivos e a atribuição dos interesses públicos repercutem na prossecução das entidades públicas e nas suas atribuições de escolha, que já foram decididas em um momento anterior e em um escalão superior aos outros setores sociais. Por isso, sabendo de sua abordagem direcionada, é evidente que tais organizações devem atuar segundo as políticas públicas e oferecendo

suporte ao Governo a fim de responder aos anseios da sociedade, público a que se destina às atividades públicas (Matenga; Guaraldo, 2022).

Nessa perspectiva, a relação entre as organizações e o público não se dá de forma unilateral. A convenção da oferta de serviços mediante a necessidade de seu público é proveniente dos dados obtidos em determinado momento, considerando os interesses coletivos da população. Evidencia-se, todavia, que a realidade se distancia dessa ideia convencionada, o que repercute no atendimento aos direitos desses grupos e, por ora, também se apresenta como um problema informacional.

Assim, deve ser considerada uma formulação de políticas esclarecedoras que prestem informações e serviços segundo os objetivos da gestão da informação e sua disponibilização aos usuários - os cidadãos. Esta seria uma forma de expor os mecanismos dos princípios que fomentam e fundamentam a GI na Administração Pública, tornando esse processo acessível para quem precisa. Isto, de certo modo, contribuiria para o compartilhamento correto de informações coerentemente, possibilitando uma aproximação entre as organizações e os seus públicos (Matenga; Guaraldo, 2022), a saber

Nesse processo da gestão da informação para satisfação dos usuários em organizações públicas é preciso saber lidar com o fluxo da informação gerada na organização e sua estrutura tendo em conta as necessidades dos usuários internos e externos, considerando-se que estas são subordinadas ao Estado, e funcionam com base em leis e regulamentos de políticas públicas para o desenvolvimento da sociedade (Matenga, Guaraldo, 2022, p. 183).

No sentido constitucional, a reforma sanitária implementada no país preza por um atendimento público de qualidade acessível e que reafirme a saúde como item de relevância, embora a adesão de ferramentas necessárias para tal ainda seja uma necessidade. Diante dos aspectos culturais das organizações públicas, caracterizadas como locais vagarosos, difíceis em oferecer serviços ágeis e de qualidade, ao mesmo tempo, para a população, percebe-se também que a ideia de serviço público em prol da preocupação de sua nação é desigual quanto se pensa nas ofertas da iniciativa privada (Santos, 2019).

No entanto, ao observar os objetivos da mudança sanitária no país, justificados pelos fatores da integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, controle social e participação popular, a saúde pública não é somente um objeto de alcance para a criação de ferramentas estatais. Ela se apresenta como um conceito que impõe aos dirigentes do país o dever de sanar as necessidades dos cidadãos. O termo “saúde pública” também pode ser trabalhado como um sinônimo para “saúde coletiva”, caracterizando-se como

uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais (Souza, 2014, p. 11).

E, como parte desse dever, é inegável sua importância e qualidade. Por conta disso, a criação do SUS, de gerência única em cada governo e tendo o Ministério da Saúde como órgão gestor no âmbito da União, engloba tanto o setor público quanto o privado por meio da concessão de contratos e serviços. Para o autor, a saúde coletiva considera uma abordagem preventiva em ciências sociais, epidemiologia crítica e planejamento estratégico.

Esta concepção associa-se a informação para saúde a medida em que esta é tida como base para uma atuação eficiente e transformadora desse campo, sobretudo porque as ações provenientes da saúde coletiva necessitam de um aporte sistemático maior para coleta, processamento e disseminação de informações. Desse modo, para Santos, Damiani e Denipoti (2020), o crescente destaque que a informação vem ganhando nas organizações é um começo para trabalhar a GI no contexto público da saúde a fim de desenvolver melhorias e inovações neste serviço. Isto se baseia também em atuação gestora que perceba as novas dinâmicas dessa nova sociedade.

Formalmente, em 03 de junho de 1998, a Lei 9.656, que regulamenta os planos e seguros privados de assistência à saúde, reconheceu não apenas que a saúde poderia fazer parte da iniciativa privada, mas também que esse setor de natureza não pública poderia ser relevante para o sistema de saúde na totalidade. Hoje, as prerrogativas determinam a participação popular e a descentralização como diretrizes de atuação político-administrativas em cada instância governamental. Os municípios responsabilizam-se, como entes autônomos, pelo planejamento, organização, controle e avaliação das ações e serviços de saúde de sua região (Branco, 1996). Esta responsabilização municipal reflete uma forma de otimizar os processos em saúde, sobretudo quando a escalada de instâncias denota certa morosidade frente a oferta de serviços públicos em saúde, fato já reconhecido pela população.

Nas instituições de saúde, o fluxo informacional é feito de maneira intensa, no qual as informações são processadas a todos os momentos. Este é um dos fatores que torna imprescindível a adesão da gestão informacional eficiente, não atuando somente como receptora e emissora desses processos. Urge que esse fluxo seja gerenciado, analisado, organizado e compartilhado com objetivo de trazer melhorias para os próximos casos de

modo a dar ênfase ao desempenho das funções inerentes a essa prática (Santos; Biaggi; Damiani, 2019).

Considerando que a saúde pública no país possui certas especificidades, sobretudo nos cuidados relativos às pessoas em um território de dimensões continentais como o Brasil, a oferta de serviços públicos nessa área é uma conquista social de avanço. Assim, ter um fluxo de informações que tenha a GI como uma característica sólida ainda é um processo que enfrenta grandes desafios. Conforme Barbosa (2024), apesar da organização e ferramentas de informatização desses procedimentos no SUS, ainda há uma divergência entre o que é oferecido e o que de fato é demandado pelos serviços de assistência. Este cenário traz dificuldades para a regulação das práticas assistenciais em meio a real necessidade da população, gerando tanto insatisfação quanto a invisibilização de demandas.

Como Faim (2021, p. 15) aponta, “apesar do grande volume de produção científica [...], ainda existem poucos trabalhos que abordam a administração hospitalar, impactos de eficiência, produção ou avaliações de gestão no âmbito desta rede.” Dessa maneira, de frente a realidade de demandas não atendidas e a pouca literatura científica que embase novas políticas, entender que a importância da gestão da informação no ambiente da saúde é inegável. Sendo assim, a busca por estudos científicos em prol da acessibilidade, compartilhamento e uso de dados tem grande relevância para a constatação desses aspectos.

Nesse sentido, reafirmar a importância da GI em tal cenário de crescente produção e uso da informação é essencial, sobretudo acerca do abundante número de informações inseridas nas organizações, visto que nem sempre este é um fator positivo. É preciso ter, assim, um modo de gestão que otimize esse contexto informacional (Santos; Damiani; Denipoti, 2020). Sobre isso, é indispensável um olhar que atravesse a patente tecnológica, mas que traga um equilíbrio para os recursos utilizados, visto que isso depende bastante do conteúdo e formato daquele suporte de registro do conhecimento.

Além disso, relaciona-se também o uso da informação para saúde por meio da obtenção de exames diagnósticos, de consultas médicas, do receituário prescrito, às informações financeiras relativas às internações, cada uma dessas ações com diferentes objetivos e, portanto, diferentes tipos de uso (Silva, 2019). Em consonância a CI, tendo em vista que a informação é seu elemento teórico principal e de viés interdisciplinar, ressalta-se que o dever de acesso, produção, disseminação, preservação, confidencialidade são preceitos de direito de todo indivíduo.

Conforme Palmeira *et al.* (2022), inquéritos populacionais entre 2008 e 2013 demonstram que houve um aumento nos serviços de saúde, contudo, a manutenção das

desigualdades na área persiste sob a população com menor renda, marcando sobretudo as regiões norte e nordeste do Brasil. Isto rege uma iniquidade no acesso aos serviços e gera consequências para saúde geral e demonstra que o aumento quantitativo não formou, necessariamente, um excedente positivo, o que leva a esta pesquisadora a observar que o fator social na saúde da mulher é demasiado importante para compreender suas necessidades e os próprios serviços que estão sendo oferecidos.

É possível trazer discussões recentes acerca desse panorama quando se trata da perspectiva da população. Em seu estudo, Barbosa (2024) apresenta o olhar da população em uma localidade do nordeste brasileiro. Queixas como a falta de informatização das unidades de saúde, além da pouca existência das que atuam na área, bem como grandes filas de espera são apontadas pelos usuários. Da perspectiva informacional, o autor encontrou possibilidades que poderiam ser seguidas para uma melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, seja via internet ou por meio das TDIC. Isto demonstra que ali, naquele contexto, um dos insumos necessários para uma possível melhoria de acesso seria o uso adequado da GI, visto que a maioria dos respondentes da pesquisa devem utilizar apenas o SUS como meio para este atendimento.

É possível observar que a informação tanto dinamiza a gestão hospitalar quanto o ato administrativo e parte financeira, conforme Targino (2009). Para ela, a informação é uma matéria-prima que pode ser utilizada para exequibilidade da oferta em serviços de saúde. De forma intangível, esse item faz parte da Era da Informação e deve ser adequadamente gerenciado em virtude do avanço científico na CI. Com base nisso, a autora reafirma que o aumento dos registros informacionais pressupõe a necessidade de agregar informações de modo sistêmico.

Para ela, esse processo crescente é um fator, dentre outros, que influencia as transformações sociais e a organização dos sistemas que integram e adotam a informação por meio de sua função estratégica. Sendo assim, este objeto é conciliado nas instituições das mais diversas formas e fontes, estruturas ou não, mediante sua disponibilização (Targino, 2009). Considerando o pensamento da autora de que as organizações são agrupamentos humanos ou unidades sociais com o intuito de atingir objetivos previamente definidos, reitera-se o papel do sujeito nos processos que envolvem a informação, seja no cotidiano, seja nos níveis institucionais de uma organização.

Desse modo, a GI não considera somente o objeto explícito, mas o caminho que ele percorre para haver uma transformação quanto aos níveis de competências e habilidades, a mudança do conhecimento explícito para o tácito, etc. (Santos; Damiani; Denipoti, 2020).

Nesse sentido, observa-se que o processo informacional envolve mais um tipo de informação e mais de um personagem para compor suas etapas. Para os autores, isto também pode ser visto através da comunicação entre colegas, uso dos prontuários, o modo como o sistema é utilizado, dentre outros aspectos que devem ser considerados a fim de melhorar os serviços.

No que concerne às instituições direcionadas à saúde, entidades associadas à qualidade de vida da sociedade, a gestão adequada precisa estar atenta aos repertórios informacionais, no qual a informação é entendida como uma parte estrutural e funcional da prestação de serviços. Logo, tanto a disponibilização de tratamentos de forma eficiente quanto o atendimento efetivo de maneira humana complementam essa dinâmica (Santos; Biaggi; Damiani, 2019). A sociedade contemporânea é caracterizada por pessoas que estão cada vez mais conscientes acerca de seus direitos e reivindicações, portanto, abrir espaço para incluir os sujeitos na perspectiva informacional reverbera em um panorama de saúde mais inclusivo à realidade.

Em vista disso, as necessidades de informação desses usuários podem se apresentar de forma multifacetada, variando entre a busca por informações básicas, medidas profiláticas ou questões que envolvem o tratamento de doenças, sintomas e condições de saúde. Em outros aspectos, estas necessidades podem variar também com relação a tratamentos alternativos, efeitos colaterais. Desse modo, o acesso a informações confiáveis e comprehensíveis se torna um desafio (Santos Júnior; Veronez Júnior, Polonini, 2023). Assim, para que a informação tenha seu caráter de uso propriamente dito, a necessidade do sujeito sobre ela deve imperar para que ambas se encontrem no caminho de sanar a lacuna informacional existente.

Traz-se a discussão do panorama em saúde a questão da equidade em saúde que auxilia na promoção de um sistema de saúde mais justo e eficaz em seus processos internos, resultando em serviços que visem a redução de desigualdades, monitoramento e avaliações das comunidades. Isto gera também empoderamento para os sujeitos informacionais que utilizam dos serviços públicos. A equidade, portanto, compete ações concretas para a informação promover e oportunizar a saúde.

Conforme a *Pan American Health Organization* (PAN, 1999), compreender que as pessoas não adoecem ao acaso representa a passagem da abordagem focada nos serviços médios para um enfoque nos resultados em saúde. A partir disso, há a possibilidade de perceber que existem conexões entre os contextos de vida, de trabalho, fatores ambientais, sociais e até políticos que se relacionam ao elemento biológico que se distribuem desigualmente na população. Esse conceito estendido ao aspecto social visa uma melhoria do estado de saúde e desenvolvimento humano.

A CI atua, nesse entrelace de ideias, no fornecimento da infraestrutura intelectual e técnica para lidar com a transformação dos dados e informações em ações concretas. Ela permite, assim, a catalisação de conhecimentos interdisciplinares que busquem também promover mais bem resultados de saúde de modo a fornecer equidade para a população. Segundo Moraes e Santos (1998), ambos os termos têm seu ponto de interseção na organização da vida cotidiana e é nesse caminho de fronteiras em comum que há a composição da informação e da saúde.

Sendo assim, a partir do que foi discutido e levantado nesta seção, foi possível relacionar os aspectos gerais da GI, no contexto da CI. Colocando o usuário como ponto central da discussão a fim de melhor compreender seu papel no processo informacional, foi possível abrir espaço para trabalhar a informação para saúde sob esses dois elementos. Dessa forma, a seguir será feito um aprofundamento acerca das discussões sobre a saúde da mulher no Brasil.

4 SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A saúde da mulher é uma questão social para além da colocação da figura feminina nos cuidados reprodutivos. Dentre as adequações em que a mulher foi alocada ao longo do tempo, a discussão sobre gênero foi o ponto inicial para tratar, *a priori*, os cuidados em saúde e, assim, os aspectos sobre seu corpo. Conforme Souto e Moreira (2021), de maneira dialética, a opressão vivenciada por este grupo exigiu - e continua exigindo - a luta pela defesa de seus direitos em um mundo lapidado por falas e corpos masculinos. A saúde, dentre eles, foi umas das conquistas que se deu por meio de grande mobilização social das mulheres, ganhando força a partir do movimento feminista.

Havia, no século XX, a ideia do “binômio mãe-filho” e, para tanto, o tratamento da mulher mediante seus processos reprodutivos. Essa visão, no Brasil, influenciava a oferta de serviços públicos em saúde, sobretudo quanto a ações educativas de higiene e puericultura, por exemplo. Tal realidade, meio século depois, gradualmente se aprofundou ainda mais nas ações de pré-natal e continuaram chegando a fortalecer a ideia da mulher como um receptáculo (Vilella; Monteiro, 2005).

Essa ideia de conhecimento da natureza feminina por meio de sua capacidade reprodutiva gerou pressupostos equivocados sobre os cuidados com a saúde e isto pode ter ecoado na abordagem dos profissionais da área sobre tais aspectos, bem como na própria visão da mulher sobre o próprio corpo. Ainda segundo Vilella e Monteiro (2005), tais percepções caminharam a passos largos mediante as mudanças sociais e políticas da época, o que direciona as práticas em saúde. Isto posto, é a partir do entendimento do que “ser mulher” representa na sociedade que suas necessidades de saúde serão observadas e postuladas por meio de diretrizes de organização do sistema em determinado espaço-tempo. Sobre isso, as autoras compreendem que tais normas não são neutras e tampouco estáveis ou homogêneas em detrimento de sua participação nas dinâmicas dos processos sociais.

Portanto, essa visão traz uma perspectiva interessante para a discussão dos conceitos que embasam as ações tidas por meio de aspectos biológicos. Como visto nas seções anteriores, a informação se dá na sociedade de modo fragmentário e irresoluto, apresentando um caráter efêmero, o que pode gerar um reflexo na criação do conhecimento científico. Se a saúde, tema universal no quesito da integridade humana, também é um processo social de disputa política e ideológica, quando vista pela lente informacional, ela também se traduz em um campo discursivo de cunho descontínuo e fragmentado. Tais fatores reverberam na própria ideia de que a saúde retrata temáticas que podem ser abstratas, pois ela lida com

diversos tipos de especificidades do público a ser atendido. No caso do atendimento à mulher, isso não é diferente.

Quanto aos cuidados desse corpo, a criação de políticas públicas ao longo do final deste cenário reverberou em uma evolução normativa comparada a ausência que habitava os direitos da mulher sobre sua saúde. Nesse sentido, consoante a Souto e Moreira (2021), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) fez parte dessa longa jornada e permanece em vigor no Brasil na busca por retratar a mulher de forma plural, tentando desmobilizar o caráter excludente e “medicalizador” do sistema de saúde. Este objetivo concede a esta política uma visão integral e emancipadora para compreender as mulheres e sua saúde através da cidadania, permeando os ciclos de sua vida a fim de combater a invisibilidade de determinadas mulheres e suas necessidades de saúde.

Em um contexto maior, contudo, no passo do crescimento da organização feminina como movimento social e por meio da participação política, o debate acerca do conceito de gênero acompanhou esse processo. Em primeiro momento, a abordagem histórica foi priorizada para compreender as relações de poder gerais e as que existiam entre o que se entendia como masculino e feminino, bem como o conceito de privado e público e como cada um desses preceitos girava em torno da saúde da mulher através do controle de seu corpo. As diferenças biológicas foram consideradas parte de um processo que construiu desigualdades de gênero, sobretudo no papel reprodutivo e materno no qual a mulher foi colocada por meio da ideia de natureza feminina (Souto; Moreira, 2021).

Esta reflexão, resgatada no início desta seção, reforça o quão tênue é a linha entre o direito à saúde e a conceituação de gênero, fato este que reverbera ainda nos ditames sociais da atualidade. Essa percepção se torna indissociável também do fator político. Dito isso, as práticas em saúde, como um termo que possui uma carga contextual evidente, sobretudo quando as práticas de assistência, são caracterizadas em consequência disso. Assim, quando a mulher, a política e o gênero se encontram, há uma relação intrínseca da manutenção de seu corpo para continuidade de regimes de controle e de poder na sociedade e, como resultante, na própria ação em saúde.

Desse modo, enquanto sujeitos, as mulheres não são mais definidas pelo desempenho reprodutivo, mas sim pelo direito de exercê-lo em virtude da potencialidade de seus corpos, se assim quiserem. Com relação a isso, outra discussão se torna parte do debate: a sexualidade (Vilella; Monteiro, 2005). Este é, dentre outros pontos que atuam sobre a integralidade da saúde feminina, uma questão que possui barreiras extensas na garantia plena de direitos.

Ressalta-se que, para haver tal garantia, três pilares precisam ser articulados: às políticas públicas, um responsável para construir o caminho dessa garantia e a organização de serviços. Ambos atuantes entre si, retroalimentando-se mediante a necessidade de garantir não somente o direito na letra da lei, mas a garantia prática a fim de que os profissionais também façam sua parte. Contudo, reafirma-se que, apesar de documentados, tais direitos ainda não são assegurados em plenitude real nos serviços de saúde. Consoante a isso, a organização dos serviços é um fator com maior frequência de relatos que dificulta o acesso a tal direito (Romero; Damásio; Terra, 2021).

Sobre isso, Medeiros (2008) já destacava que as práticas em saúde não são exatamente uma benesse social, mas um resultado dos processos históricos que visam dar conta das necessidades dos sujeitos de um movimento específico. Para a autora, a saúde se torna um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que se constituem em certa formação histórica” (Medeiros, 2008, p. 58). Isto se relaciona ao exposto acima, sobretudo quando a saúde deixa o viés pragmático para ser trabalhado como um processo de construção social que emerge conforme as necessidades vigentes de determinada época, como é o caso da dinâmica saúde-doença.

Conforme Fonseca (2005), a Teoria da Determinação Social desse processo comporta duas expressões de um mesmo patamar, mas de caráter dúvida, tanto biológico quanto social e, sobre isso, ela dissecaria a seguinte ideia:

Assim, a determinação social pressupõe a relação dialética entre fenômenos não reproduzíveis igualmente em diferentes condições. Englobando a etiologia, trabalha com a dialética da externalidade e da internalidade dos fenômenos. Pressupõe a realidade em um movimento sujeito a leis, estabelecendo relação entre geral, particular e singular. No processo saúde-doença, relaciona as formas de organização social, representada pela estrutura das forças produtivas e das relações de produção, com o processo de reprodução social de cada grupo humano, conformado pelos processos de produção e de consumo, articulados às condições específicas das pessoas no cotidiano (Fonseca, 2005, p. 453).

Contudo, para a autora, a posição que o ser ocupa na sociedade também é resultante da interação entre diversas categorias que, muitas vezes, são condicionadas por atributos biológicos, mas que também determinam o lugar social que esse corpo habitará. Desse modo, para compreender os fenômenos sociais que circundam o processo-saúde, a incorporação de categorias se dá de forma essencial para entender indicadores de gênero, etnia e geração. Esta é uma forma de distanciar futuras análises do caráter androcêntrico que a sociedade construiu, bem como embasou seus conhecimentos, os quais destacam o entendimento da saúde e de gênero.

Dito isso, a relação que se pode fazer entre a saúde e gênero é múltipla. Quando ambos encontram a informação, a interdependência dessas características se associa para promoção de equidade. As diferenças biológicas, as desigualdades sociais e as normas culturais afetam as necessidades de saúde e o acesso aos cuidados, sobretudo para mulheres e outros grupos marginalizados. Isto porque, na perspectiva de gênero, sobretudo com relação aos homens e a saúde, somente 46% dos homens com idade acima de 40 anos vão ao médico quando sentem algo, percentual que aumenta para 58% se ele utiliza apenas o SUS, confirmado por um estudo feito pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em 2023, o que demonstra uma não adesão desses cuidados mais por um indicativo cultural e social de estigmatização que reverbera de forma diferente do que se tem sobre as mulheres. Nessa perspectiva, a mesma pesquisa afirma que 18% afirmam que sua(seu) companheira(o) é a pessoa responsável pelos cuidados da organização e agendamento de suas consultas.

A questão da informação, nesse sentido, perpetua essa manutenção distinta de direitos, limitando decisões e reforçando estereótipos e vulnerabilidades, fato que também sofre com as consequências do desigual acesso às tecnologias digitais. Desse modo, a garantia de um sistema mais justo de saúde se torna essencial de ser visualizada por meio da perspectiva de gênero com base nas necessidades específicas da população.

Com base no exposto, esta seção demarca aspectos formadores do embasamento teórico da pesquisa com relação à saúde da mulher e a influência da informação nesse circuito. Nesse sentido, foram definidos como tópicos de discussão das subseções: contextualizar sobre a saúde da mulher ao nível nacional e estadual, pontuar as intersecções possíveis entre a informação e o corpo feminino e, por fim, trazer os elementos que influenciam a saúde deste público no país.

4.1 A que e a quem se refere?

O corpo feminino é envolto de especificidades que colocam a vivência da mulher em cenários diferentes os quais o corpo masculino é alocado. Adiciona-se a isso o fator social, econômico, cultural e outros elementos para se pensar os cuidados relativos à saúde desse corpo, e se tem um cenário de possibilidades e dificuldades na qual a saúde desse grupo está inserida. Diante disso, esta subseção retrata parte desse contexto de modo a oferecer um parâmetro mais aberto sobre a saúde da mulher no Brasil.

De modo geral, a busca pela atenção integral da saúde feminina é resultante de mudanças sociais e políticas que revisitaram práticas relacionadas tanto ao que se refere ser

mulher quanto às suas necessidades de saúde. Isto colocou em voga também as diretrizes de organização do sistema de saúde em cada momento histórico. Assim, deve ser considerado que os postulados de um tempo não são neutros, estáveis ou homogêneos, pois fazem parte da dinâmica dos processos sociais, disputas políticas e ideológicas e, portanto, caracterizam-se como descontínuos e fragmentários (Monteiro; Villela, 2005).

Diante disso, é possível observar que a conceituação do termo “mulher” e as práticas atreladas aos cuidados com o próprio corpo variam mediante as mudanças de cada tempo histórico, o que reflete também uma dinâmica ligeiramente associada ao social e a manutenção dos corpos na sociedade. Nesse sentido, quando se fala acerca do corpo da mulher, é preciso levar em conta o que é ser mulher naquele momento e a quem se refere os tratamentos de saúde sobre este corpo em determinada época.

Em retrospectiva, no iniciar do século XX, a organização da saúde pública brasileira inseriu as mulheres em seus serviços através da função de ações educativas, como higiene e puericultura², visando o cuidado e a redução da mortalidade infantil. Este passo reflete um olhar somente centrado na criança, tendo a mulher como consequência para a necessidade do desenvolvimento reprodutivo para sociedade. Somente na segunda metade desse século é que tais atenções se estenderam para as próprias mulheres por meio do pré-natal, levando o enfoque de sua saúde ao binômio mãe-filho, fortalecendo a ideia do corpo feminino como um receptáculo de futuras gerações (Monteiro; Villela, 2005). Este recorte representa uma parte do que se via na sociedade em sua época, mas traz reflexões sobre o caráter reprodutor da mulher associado ao seu papel na sociedade, bem como a intitulação de sua função cuidadora.

Contudo, ao longo do tempo, o movimento feminista teve grande influência sobre a saúde da mulher e a ampliação do conceito de saúde refletiu as reivindicações desses grupos, sobretudo auxiliando na promoção da saúde da mulher em todos os níveis. Isto se refletiu nas Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher, em 1986 e 1989, que retratou temas como: saúde mental, sexualidade, aborto, juventude e velhice, trabalho e saúde, saúde e cidadania, dentre outras temáticas já tidas como urgentes. No que se refere a mudança conceitual da saúde, sua ampliação se deu como resultado de um diversas análises da condição feminina que abrangiam as esferas de produção e reprodução, bem como a complexidade de ambos ao nível das práticas sociais e ideológicas. Isto inclui, portanto, desde análises históricas de estereótipos e fatores culturais até avaliações de tecnologias reprodutivas (Giffin, 1991).

² Consiste no “acompanhamento médico realizado por pediatra, a puericultura é a ciência que visa proteger o paciente contra algum agravo que possa interferir em seu desenvolvimento físico e mental” (SBP, *online*).

Em meados do início da década de 1990, Giffin (1991) reflete sobre um ponto específico nessa temática: a saúde da mulher em meio da história das políticas de saúde no país e no mundo costuma ser reduzida a atenção materno-infantil e, ainda assim, é relegada a estar em segundo plano. No meio científico, isto muda, em certa medida, com o desenvolvimento de estudos sobre mortalidade perinatal e infantil, consequentemente também atrelada a resolução da mortalidade materna.

Existem muitas questões que ainda reverberam sobre como o Estado trata a saúde feminina. Monteiro e Villela (2005) remontam evidências ligadas à reprodução e ao crescimento populacional, que influenciam os países a regular a taxa de natalidade, o que se comprehende como foco de atenção do poder público. Por inúmeras vezes, o planejamento familiar e a ordem médica entraram em embate com os ditames do feminismo, que trouxe discussões acerca dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher como uma forma de combater as desigualdades sociais, o machismo e o autoritarismo governamental, esta última não atendendo as necessidades básicas de grande parte da população. Ainda, a hegemonia biomédica empreendeu uma construção do que o corpo feminino representava e de qual era o lugar social da mulher (Moura; Silva, 2004).

Com base nisso, o engajamento feminino agiu como mola propulsora para o impulsionar a luta por medidas oficiais do Ministério da Saúde que fossem voltadas para assistência integral à saúde da mulher, implementadas durante a década de 1980 (Freitas *et al.*, 2009), tendo como documento principal o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado em 1984, e formulado mediando outro importante material desenvolvido na época denominado “Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática”, do mesmo ano.

Neste último, é possível observar uma crítica ao atendimento focado exclusivamente no período gravídico-puerperal, também precarizado, propondo alterações relacionadas a:

[...] a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, tem sido relegado a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar (Brasil, 1984, p. 5).

Essa desatenção dos aspectos integrais da saúde da mulher, como o documento expõe, também é reverberado na adoção de medidas profiláticas³, terapêuticas de morbidades clínicas e de fatores associados ao aparelho reprodutivo. Ou seja, as políticas públicas, nesse período, tinham o apelo da adoção de métodos e processos realistas para contemplar verdadeiramente as necessidades mais essenciais da mulher. Além disso, o aspecto do trabalho se faz presente como parte desse processo, pois novas intersecções foram atribuídas a saúde da mulher a partir do momento em que sua força de trabalho foi reconhecida como um elemento que influencia seu papel na sociedade e seu bem-estar.

Com base nisso, Moura e Silva (2004) informam que, após a implantação do PAISM, as atividades de informação para saúde reprodutiva ganharam força na sociedade, no qual se teve um treinamento dos profissionais da saúde sob este foco, além da distribuição de materiais bibliográficos educativos (cartilhas, fitas de vídeo, folhetos), o que foi particularmente um avanço no país no quesito de informações para aquela época. Contudo, tais ações sofreram certa descontinuidade ao longo dos anos, fato observado pelas autoras pela manutenção do discurso de promoção da saúde, mas pelo pouco concretização e execução de unidades de saúde presentes.

No país, sistematicamente nascem mais homens do que mulheres. Em 2012, cerca de 67 mil meninos nasceram a mais que meninas, algo observável também no ano de 2021. Todavia, diferenças são relatadas quanto a esperança de vida dessas crianças, ou seja, o número médio de anos de vida para um recém-nascido médio sob o padrão da mortalidade existente. Ainda em 2012, estimou-se que uma menina poderia viver um pouco de sete anos a mais do que um menino, diferença essa que se manteve em 2021. Isso se dá por diversos fatores e, dentre eles, as questões regionais também são referenciadas. No caso da Região Nordeste, essa diferença é maior, onde se calcula que as meninas vivem cerca de 8 anos a mais que os meninos (Brasil, 2023).

Conforme o Censo Demográfico de 2022, o Brasil tem 6,0 milhões de mulheres a mais do que homens. Em números absolutos, contabiliza-se 104,5 milhões de mulheres e 98,5 milhões de homens, o que em porcentagem pode significar 51,5% e 48,5%, respectivamente. A descrente do número de homens se dá como pôde ser observado no parágrafo anterior, devido questões envolvendo o nascimento até a faixa dos 19 anos, fase em que há mais mortes de homens jovens por causas externas O que se sabe é que o número de mulheres é superior em todas as grandes regiões do Brasil como uma consequência disso já a partir de 25

³ “Conjunto das precauções higiênicas que devem tomar-se para evitar uma doença ou um contágio” (Priberam, *online*).

a 29 anos e, no Nordeste, esse fenômeno ocorre muito mais cedo, já no grupo entre 20 a 24 anos (IBGE, 2024).

No que diz respeito aos cuidados em saúde, os dados acima demonstram o fator de gênero como foco principal, o que trouxe uma perspectiva maior acerca do cenário nacional quanto a este enfoque. Sendo a saúde uma questão pública e, sobretudo, também social, o encaixe de recorte também se faz necessário para se ter um entendimento dos elementos que podem influenciar a realidade brasileira, pois, como afirma Oliveira (1999, p. 26), “o real não é real, quando não estiver relacionado com as incertezas históricas, sociais, políticas, de gênero e raça”.

Isso se estende a diversos recortes, principalmente quando se trata de problemáticas provenientes da desigualdade social, sobretudo as socioeconômicas. Nesse quesito, é importante ressaltar que a ocupação e a renda das mulheres também influenciam na sua condição de vida e, consequentemente, de sua família. Entre 2012 e 2021, o percentual de domicílios sob a responsabilidade de mulheres cresceu de 36% a 48%, chegando a 50% na região nordeste. Além do trabalho fora de casa, a mulher também responsável pela maior parte dos afazeres domésticos, o que a leva para uma segunda jornada de trabalho, visto que dados de 2019 indicam que 92,3% das mulheres com 14 anos ou mais já realizam atividades domésticas, contra cerca de 78,9% dos homens que também o fazem, diferença essa que é ainda mais preocupante na região nordeste, com um percentual de 90,4% para mulheres e 69,6% para homens. A faixa-etária, nesse contexto, também deve ser apresentada, sendo o principal grupo a se realizar tais tarefas as mulheres entre 25 e 49 anos (95,7%), seguidas por mulheres entre 50 anos ou mais (90,7%) (Brasil, 2023).

Além disso, evidências demonstram que o papel da raça/cor no Brasil influi nas iniquidades em saúde e subsidiam a criação de políticas destinadas à redução dessas diferenças (Brasil, 2023). O racismo e o sexismo atuam diretamente dos direitos das populações vitimadas pelas desigualdades latentes, colocando as mulheres negras em uma situação de menor expectativa de vida e maior índice de morte por transtornos mentais do que mulheres brancas, por exemplo (Oliveira; Kubiak, 2019).

Nesse sentido, pensar a saúde da mulher de uma perspectiva unitária não abrange os grupamentos diversos, multifacetados e plurais de um país de extensão continental e histórico colonial recente. A partir disso, Leão e Marinho (2002) compreendem que as transformações demográficas e epidemiológicas no Brasil também foram resultantes de um acentuado crescimento populacional e uma vertiginosa redução da fecundidade. Há, ainda, um aumento

na expectativa de vida predominantemente em mulheres de quase de 79,7 anos, enquanto os homens um indicador de 73,1 anos (Agência Gov, 2024).

Já no início da década de 2000, há uma mudança substancial na situação epidemiológica, caracterizada tanto pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias quanto pelo aumento de doenças crônicas não-transmissíveis, como morbidades cardiovasculares e neoplasias malignas, que na época já correspondiam as maiores causas de morte em mulheres adultas (Leão; Marinho, 2002). Ainda, para os autores, as doenças cardiovasculares ou respiratórias continuam sendo, inegavelmente, desde seu estudo em 2002, as principais causas pela morte de mulheres no Brasil. Nesse sentido, confirma-se que as doenças cerebrovasculares têm maior incidência em mulheres do que em homens e, especificamente quanto ao infarto agudo do miocárdio, há maior risco de letalidade no público feminino.

A partir disso, chega-se à conclusão de que o viés de gênero ocasiona certos aspectos da saúde feminina, sobretudo quando o olhar da saúde também é influenciado pelos fatores sociais de uma determinada época. Isto é, tais aspectos podem fazer com que práticas permaneçam ou mudam ao longo do tempo. Aproximadamente 17 anos após esta reflexão, mulheres em idade reprodutiva, entre 10 e 49 anos, apresentam características ainda parecidas com o pensamento acima. Com base no Boletim Epidemiológico nº29, apresentado pela Secretaria de Vigilância em Saúde em 2019, algumas considerações podem ser feitas. Com relação a doenças, ressaltam-se as:

- Doenças do aparelho circulatório (DAC) (183,3/100 mil, 184,9/100 mil);
 - Neoplasias (97,5/100 mil, 119,8/100 mil);
 - Doenças do aparelho respiratório (64,6/100 mil, 84,5/100 mil);
 - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (45,5/100 mil, 47,6/100 mil).
- (Brasil, 2021, p. 2)

Com relação a isso, dados de 2023, publicados pelo Boletim Epidemiológico nº Especial pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, apresentaram mais mortes de mulheres por causas evitáveis. Em 2021, 75.682 mulheres em idade fértil morreram nesse grupo específico, no qual este aspecto se deu por falta de imunização (37,9%). Em segundo lugar, mortes relacionadas às DCNT (33,7%), seguida pelas causas externas, que correspondem a 37,8% de mortes evitáveis. Ainda, houve um aumento das mortes maternas, que poderiam ter sido reduzidas via ações de prevenção, controle e atenção à saúde por parte, com o um percentual de 4,2% (Brasil, 2023).

Conforme os dados apresentados, é possível afirmar que a morte por DCNT tem maior incidência em mulheres do que o câncer de mama e colo de útero, sendo os principais tipos de câncer em mulheres. Acerca dos recortes necessários a serem feitos e diante da vulnerabilidade no qual os grupos de risco se encontram, há uma exposição dessas mulheres a uma maior carga de DCNT. (Brasil, 2023). Sobre isso, o boletim confirma que:

É possível verificar que a proporção de óbitos na faixa etária mais jovem (30 a 49 anos) é maior entre mulheres indígenas (28,8%) e pardas (22,7%). As maiores proporções de óbitos na faixa etária de 50 a 59 anos ocorreram entre mulheres pardas (30,6%), pretas e indígenas (29,7%). Já para a faixa etária mais avançada (60 a 69 anos), as maiores proporções foram observadas entre mulheres da raça/cor amarela (58,2%) e branca (53,5%).

Tais taxas reafirmam fatores de iniquidade e elementos que expõem este público ao tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e alimentação não saudável, além da brecha no acesso a serviços de saúde e aderência aos tratamentos recomendados, conforme o Boletim. Acerca disso, a ocorrência de um padrão de exclusão marginal reverbera em uma maior taxa de mortalidade de mulheres em todas as regiões brasileiras. Isto pode ser observado ao avaliar o maior número de mortes de mulheres pretas por câncer nas regiões sul e sudeste; quanto a diabetes, esse índice também se demonstrou maior em mortes de mulheres pretas nas regiões nordeste, norte, sul e sudeste; quanto a doenças cardiovasculares, uma das principais causas de morte de mulheres no país, em todas as regiões mulheres negras tiveram uma taxa de mortalidade maior. Por último, também apresentam maior mortalidade em mulheres pretas com relação a doenças respiratórias crônicas, nas regiões centro-oeste, sudeste e sul. Considerando as morbidades apresentadas, as mulheres de cor/raça preta apresentam maior índice de mortalidade nas regiões sudeste e sul (Brasil, 2023).

É a partir disso que a reflexão de Leão e Marinho (2002) se torna relacionável ao exposto, pois, embora tais fenômenos caracterizem uma certa generalização da saúde da mulher no Brasil, um país de dimensões continentais, ainda é uma representação da realidade de riquezas concentradas regionalmente, o que propicia padrões e tendências epidemiológicas diferentes, cuja análise se torna cada vez mais difícil. Nesse contexto, a complexidade dos fenômenos, bem como a dificuldade do acesso à informação confiável, oportuna e adequada limitam o monitoramento dessa realidade, sobretudo no que diz respeito à análise dos determinantes estruturais desses problemas de saúde.

Dante disso, é possível observar a discrepância entre certos dados quando o assunto reflete a questão social do país, em virtude da desigualdade brasileira e sua influência no

acesso à saúde de qualidade, bem como na obtenção de tratamento adequado e, não obstante a isso, no êxito do tratamento para haver um acompanhamento de fato desse grupo. No caso da mulher, esses fenômenos se tornam complexos a medida em que os fatores influenciam seu estado de saúde não está atrelado somente ao elemento biológico, o que a coloca também como vítima dos fatores externos a sua saúde e que, por conseguinte, lhe afetam em demasia.

Nesse sentido, refletir sobre esse tema compete a um aspecto que atravessa o processo de saúde da mulher no país: o trajeto informacional que atinge o contexto dos serviços públicos que propiciam os cuidados relativos a estes grupos. Portanto, realizar uma intersecção entre a informação nesse cenário pode trazer uma perspectiva mais direcionada aos procedimentos que envolvem a saúde feminina, sobretudo para compreender a maneira como ela pode ser associada ao corpo da mulher, reflexões essas que serão tratadas na subseção abaixo.

4.2 A trajetória da informação para a saúde na perspectiva feminina

A priori, considerando o corpo como a concretização do ser humano, parte-se do pressuposto de que é nele que os fenômenos naturais e orgânicos surgem de modo singular ao longo da vida de uma pessoa. Nesse sentido, por retratar um parâmetro social, ele reflete a ação da sociedade em influenciar os sujeitos ao que fazer com seus próprios corpos, desde ações cotidianas até os processos existenciais. É justamente nesse cenário que diferentes aspectos são relacionados a essa representação no que diz respeito à estética e a sexualidade, por exemplo, sobretudo no caso da mulher (Gualda, 2009). Isto posto, para se pensar a informação no caminho do gênero, é preciso ponderar sobre a construção desse conceito, permitindo associações com temáticas ligadas a identidades de maneira conceitual.

Conforme Louro (2000), compreender a sexualidade é trabalhar com rituais, representações, signos, linguagens, símbolos e convenções, dentre outros elementos, o que vai de encontro até mesmo a uma exclusividade natural do corpo, visto que é por meio dos processos culturais que se define o que é - e o que não é - o corpo, ou seja, o ser humano produz e transforma a natureza e a biologia, consequentemente tornando-os fatores históricos também, o que leva o corpo a ter um sentido social. Assim, pode-se dizer que, ainda que a sexualidade tenha sido associada a algo inerente a homens e mulheres, compreender sua dimensão social e política remete a um processo de construção.

Dessa forma, a autora supracitada reflete que a inscrição dos tais gêneros é feita, portanto, acerca de determinada cultura ou por suas manifestações, estendendo-se também

para expressão da sexualidade e identidades de gênero como parte das relações sociais moldadas pelas redes de poder de uma sociedade em um espaço-tempo. Nesse sentido, pontuar sobre esse fator, inicialmente, propicia a interpretação de que o corpo, portanto o gênero associado a ele, é o resultado das somas de indicações atribuídas aos acordos sociais e materiais de uma época. De modo biológico, segundo Gualda (2009), o que se chama de pessoa é um organismo com um cérebro que opera um corpo, interagindo com o contexto externo e está em contínuo movimento de transformação e construção de experiência. Diante disso, distanciando-se do viés “natural” do corpo, a autora chega ao pensamento de que:

[...] mente e corpo são apenas aspectos abstratos das interações com o meio que constituem a experiência. O corpo é a origem do nosso modo de ser, de reagir ao mundo, representa a forma como nos relacionamos com o mundo. É considerado um objeto cuja história é o resultado das relações mantidas com o mundo. É, portanto, um objeto do mundo que tem sua origem no coração da experiência vivida (Gualda, 2009, p. 1321).

Em um modo de pensar social, a autora retrata que a origem do corpo e, consequentemente, do grupo ao qual esta matéria pertence, provém da maneira como o ser humano se relaciona com o mundo. Isto torna o corpo, e, não obstante, o gênero, um elemento da abstração da experiência. Nesse sentido, ele também traz para si uma diversidade de elementos intrínsecos a classificação que lhe é direcionada conforme as características que lhe são atribuídas, sendo o corpo a representação material dessas associações plurais.

É por meio dessa explanação inicial que o processo de saúde-doença no corpo percorre caminhos diversos com base na percepção de risco sobre as adversidades, estas precedidas pela assimilação de informações sobre o agravo em saúde, sobretudo com relação com o “ser doente” ou “ser saudável”. De outro modo, há a possibilidade de o sujeito considerar os riscos sobre o próprio corpo com base em seu julgamento de controle, mantendo ou não seu comportamento quanto a sua exposição (Gualda, 2009).

Ainda segundo a autora indicada acima, a atribuição de diferenças perpassa por um processo de reconhecimento de identidades, implicando em desigualdades e na criação de ordens hierárquicas, efeito relacionado às redes de poder de uma sociedade. O resultado disso é refletido em um olhar sob aqueles que não partilham dos mesmos atributos nem são provenientes do mesmo lugar social. De maneira ampla, as sociedades ecoam esses processos por meio da construção de demarcadores que acerca do que representa a norma vigente - consoante aos padrões culturais hegemônicos -, marginalizando aqueles que ficam fora desse limiar. Desse modo, fatores que envolvem o pensamento patriarcal, a visão do homem, da

branquitude, a vivência da classe média e até mesmo a religião passam a referenciar essa norma, colocando a mulher como o “segundo sexo”, por exemplo.

Discutir sobre sexo e, consequentemente, o significado atribuído ao termo, remonta a transformação de uma ideia acerca dos estudos de gênero, que teve o próprio sentido tornado literal para definir a relação social entre os sexos. Isto possibilitou não somente a mudança gramatical em distinguir o masculino ou feminino, mas a exploração de possibilidades do uso da palavra gênero como um sinônimo de sexo, como o agrupamento de diferentes características anatômicas e fisiológicas entre homens e mulheres (no caso da abordagem desta pesquisa, no referimos a cisgeneridade). A dicotomia do gênero, portanto, perpetuou-se de modo gramatical, sendo confrontada pelas variações presentes na história, bem como os papéis psicológicos e culturais relacionados às pessoas na sociedade, aos seus modos de vida, formas de relacionamento e exercício de poder (Bufrem; Nascimento, 2012).

Nesse sentido, a equidade de gênero é tida por Giffin (2002) por meio da retomada da ideia de que as especificidades atribuídas às diferenças sexuais das mulheres possuem uma elaboração social que irradiam desde a questão reprodutiva até símbolos culturais, normas, instituições sociais, lei, dentre outros aspectos que reforçam essa diferenciação. Portanto, o parâmetro social do corpo, condensado sob a influência dos ditames que o segmentam, refletem as ações que os sujeitos possuem sobre si, bem como em suas relações. Este aspecto, quando se percebe o corpo como uma unidade que está sujeita ao risco, repercute no processo de sua saúde.

Diante do exposto, a questão do corpo como parte dessa construção, representado como a materialização do ser humano, está disposto aos fatores externos a ele, apesar de suas características biológicas. Os pormenores que atravessam essa massa corpórea em forma de ideias, manifestações e normas que contribuem para a construção do conceito de gênero, até então compreendido como uma diferença de sexo, o que repercute na conceituação dos corpos que se referem ao que seria o homem e a mulher. Desse modo, para compreender essa diferenciação e o papel da informação nesse meio, tais noções se demonstraram relevantes.

Dito isso, é possível perceber que a formação do pensamento quanto aos corpos dos sujeitos, ao papel da mulher por meio da definição de gênero e, consequentemente, sua relação com a saúde, têm envolvimento com as esferas sociais. No caso de seus direitos reprodutivos, sua reivindicação caminhou ao lado da compreensão de que o controle da fecundidade seria essencial para equidade de direitos, como afirma Griffin (2002). Esta percepção explícita é, em primeiro momento, a base para compreender o movimento da informação nessa relação entre corpo, gênero e saúde.

Segundo Louro (2000), a informação que chega aos sujeitos concede que seus corpos se movimentem entre diferentes espaços, criando um ponto de encontro entre o que é transmitido e conforme interpretado por cada pessoa. Ao selecionar e analisar essas informações, o foco recai sobre o gênero feminino, uma vez que tanto as relações culturais quanto a própria informação carregam significados diversos. Estes significados dependem da interpretação e debate daqueles que discutem seus sentidos, mediante o que a autora propõe.

Assim, a informação está diretamente relacionada à liberdade e aos direitos civis, bem como o direito à informação de qualidade, visto que a sexualidade está alinhada a ambos. Concernente a este pensamento, é possível dizer que as características de gênero apresentaram variações ao longo da história, referindo-se também aos modos de olhar a realidade da vida e compreender as formas que as relações se encontram no exercício do poder (Louro, 2000; Bufrem e Nascimento, 2012). Desse modo, infere-se que, assim como todo o arcabouço que influencia a perspectiva de gênero e saúde na sociedade, as informações perpassam por entre as linhas que fomentam cada percepção e alimentam as normas vigentes.

Quando se coloca a mulher na perspectiva do sujeito cognoscente, é possível resgatar o pensamento de Leite *et al.* (2014) sobre essa pessoa que busca a informação com um objetivo em mente, de forma consciente ou inconsciente. Esta necessidade, que tem a intenção de ter uma mediação humana para ser atendida, recai sobre a ideia de que informação para um pode não ser a mesma para o outro, demonstrando a complexidade do processo informacional. Sendo assim, o autor reflete que a informação, quando mediada por um profissional da saúde, urge adequação ao receptor, uma vez que essa diferença de compreensão é existente, fazendo com que haja uma ressignificação desse objeto por meio da contextualização do que foi dito para sua vivência.

Nesse viés, quando esse processo não ocorre ou acontece de maneira ínfima, o sujeito cognoscente não chega a ter acesso à informação que lhe é devida por direito, não sendo capaz também de reivindicar por aquilo que ele não chegou a ter acesso em primeiro momento. Ele, portanto, não terá condições ou argumentos para embasar suas necessidades, dificultando o exercício de sua autonomia e de sua cidadania propriamente dita (Leite, 2014). Isto posto, parte-se do pressuposto de que a existência da informação é suficiente para sua compreensão, apesar de seu quantitativo ser maior do que já foi visto em décadas. Assim, a discussão se trata do processo que ela percorre para chegar até o usuário e se, ao cumprir esta etapa, ela de fato sanou a necessidade que havia ali. Ainda em consoante a este pensamento, pode-se dizer que:

As informações, especificamente os dados – sejam aqueles relacionados aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros –, são analisados como “coisa” informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, a mesma pode levar à apropriação da informação pelo paciente, empoderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde (Leite *et al.*, 2014, p. 664).

O autor reflete sobre a informação em saúde especificamente, colocando em voga a apropriação da informação do paciente com forma de empoderamento para que ele exerça seu direito à saúde. No caso da informação para saúde, esse aspecto também pode ser proposto, visto que à medida que as pessoas compreendem e assimilam a informação elas utilizam o conhecimento adquirido em seus contextos de vida. Esse processo permite reivindicações, combates a desigualdades e, consequentemente, o empoderamento via promoção do bem-estar, levando o sujeito a atuar de modo ativo na gestão de sua saúde.

Desse modo, ocorre o que Moura e Silva (2004) discutem: um impacto no usuário. A informação adequada leva o sujeito a elaborar suas opiniões, tomar decisões e perceber a si com relação ao mundo. Sobre isso, é importante ressaltar que, apesar do ideal que refresca o processo informacional, existem entraves que ainda permeiam esse cenário quando alinhado às problemáticas intrínsecas à sociedade e, especificamente, na saúde, isso não é diferente na promoção do cuidado integral.

A falta de acesso a informações sobre a própria saúde é um desses fatores, pois, apesar de existente, ela não chega ao seu usuário e isto é um ponto de dificuldade considerado pelas pessoas. Isso, contudo, não é uma problemática apenas gerencial, mas que também deve compreender a humanização da relação profissional de saúde-usuário, visto que o entrave da Inter pessoalidade das relações não prevê uma qualidade no atendimento. Há, nesse contexto, uma despersonalização do paciente (Leite *et al.*, 2014). Não se pode deixar de fazer uma associação com o sujeito informacional que, por sua vez, também é despersonalizado por meio da falta ao acesso de informações e suas reminiscências.

O viés do gênero nessa perspectiva incide fortemente quando a mulher, minoria social e coexistente dos processos que a vulnerabilizam em sua vida, não tem acesso às informações sobre o próprio corpo. Não obstante a isso, se este corpo é visto nas relações de poder exercidas socialmente como um objeto, ele também terá a mesma percepção refletida na manutenção de sua saúde, visto que o conceito de saúde é um indicativo dos ditames sociais.

Há, portanto, uma reprodução das ferramentas de opressão sobre o corpo feminino por meio das ações informacionais.

Reafirma-se o pensamento de Leite *et al.* (2014) sobre o exercício do direito à informação em saúde que, neste estudo, está atrelado a informação para saúde. Sua percepção comprehende que o acesso à informação é uma condição preexistente para diminuição de vulnerabilidades de modo a permitir as diferentes possibilidades do corpo e da saúde dos sujeitos. Assim, a existência de um equilíbrio entre os participantes desse processo precisa do reconhecimento do usuário como um ser humano que possui uma história pregressa, sentimentos e necessidades, não apenas um ser associado à saúde-doença.

Quando uma mulher não comprehende os processos talhados sobre seu corpo, seu direito à saúde também é afetado, colocando-a sob o escrutínio da falta de informação. E isto não é um mérito apenas informacional, visto que o contexto atual de independência que narra como a figura feminina se encontra também permite o ocultamento das desigualdades existentes, conforme Griffin (2002). Além disso, o trabalho fora de casa separa o foco da dupla jornada, enquanto a exploração influencia a manutenção do gênero e da classe social. Este é um ponto que também foi discutido na apresentação do panorama de saúde relacionado a Gestão da Informação, pois os indicadores de saúde ainda não consideram as especificidades desse contexto social.

Por conta disso, Griffin (2002) comprehende que a “feminilização” da pobreza e da força de trabalho revela os limites impostos sobre a mulher mesmo quando ela está vivenciando os direitos alcançados. A conquista dos direitos reprodutivos, por exemplo, reflete a liberdade feminina quanto ao seu corpo, mas ainda reforça os cuidados contraceptivos apenas para a mulher. Assim, a autora parte do princípio de que as vulnerabilidades dos gêneros são reformuladas.

Essa é uma questão que pode ser vista na criação dos sistemas informatizados de saúde. O progresso da captação de informações e softwares dedicados a tais fins enfrentam dificuldades em conciliar o controle e a mobilização dos dados. Mesmo as modernas abordagens que consideram a teoria da complexidade reconhecem que modelos não-probabilísticos ainda não são suficientes para acompanhar a complexidade das relações sociais (Passos, 1999). Este pensamento, apesar de seu registro no final da década de 1990, possui sintomas que são propagados na atualidade e, por conseguinte, ainda é um desafio. A questão econômica, conforme o autor, também é um obstáculo para produção e acessibilidade da informação que, de certo modo, possuem um custo. Parte-se da premissa de que:

a informação útil deveria estar disponível em cada posto de trabalho apenas nos momentos e quantidades exatas de sua utilização. Segundo esse critério, quaisquer outras informações fora do tipo requerido e fora do tempo requerido teriam um caráter redundante, logo, um desperdício. Além disso, e pior ainda, teriam um caráter dispersivo das atenções dos operadores, logo, seriam indutoras de ineficiência. Claro que tais raciocínios encobrem apenas as surdas lutas pelos pequenos poderes hierárquicos, pois os custos de uma informação já paga por uma organização. Por fim a difusão de informações não deve ser obstaculizada sob o argumento, a princípio aparentemente correto, de que a produção e acessibilidade de informações têm um custo econômico. Partindo dessa premissa, a informação útil deveria estar disponível em cada posto de trabalho apenas nos momentos e quantidades exatas de sua utilização. Segundo esse critério, quaisquer outras informações fora do tipo requerido e fora do tempo requerido teriam um caráter redundante, logo, um desperdício. Além disso, e pior ainda, teriam um caráter dispersivo das atenções dos operadores, logo, seriam indutoras de ineficiência. Claro que tais raciocínios encobrem apenas as surdas lutas pelos pequenos poderes hierárquicos, pois os custos de uma informação já paga por uma organização para obtê-la são os mesmos ou quase nada aumentam nos processos de sua difusão interna, através dos modernos meios de difusão (Passos, 1999, p. 73-74).

Este trecho retrata um aspecto que pode ser visto através da GI para que os dados relevantes sejam disponibilizados no momento e na quantidade necessária. As informações irrelevantes ou fora do tempo apropriado e das necessidades são vistas como um ponto fora da curva, sendo uma distração que pode prejudicar a eficiência do trabalho. É preciso, portanto, que o sistema tenha foco na disseminação de dados nos ambientes profissionais. A limitação de informações, contudo, não é uma forma de manter a economia e pode trazer consequências para a oferta de serviços.

No quesito do gênero, quando tais dados não possuem interseccionalidade, informações podem ser perdidas e não aproveitadas. É importante ressaltar que esse conceito está relacionado a:

servir de ponte entre diversas instituições e eventos e entre questões de gênero e de raça nos discursos acerca dos direitos humanos – uma vez que parte do projeto da interseccionalidade visa incluir questões raciais nos debates sobre gênero e direitos humanos e incluir questões de gênero nos debates sobre raça e direitos humanos (Crenshaw, 2004, p. 8).

Para Olinto (2006), sobre tais diferenças de gênero, por exemplo, é pertinente colocar à prova o impacto da Sociedade da Informação nas mudanças tecnológicas associadas a divisão sexual. Com o foco no trabalho, a autora ressalta o fator do mercado, todavia, com relação a esta subseção, a cultura de gênero influencia a formação de valores, de ações e acesso a informações relativas às mulheres. Assim, é preciso considerar “a relevância do uso da tecnologia de informação como um recurso para a mudança nas diferenças de gênero e no aumento do poder das mulheres” (Olinto, 2006, p. 4). Isto é, apesar das especificidades que a

discussão sobre gênero carrega, a forma como se lida com as informações acompanha as mudanças sociais e tecnológicas, sendo uma relação de influência recíproca, no qual é possível observar até que ponto isso auxilia ou prejudica as relações na sociedade.

Diante disso, é possível ver que a informação desempenha um papel essencial para saúde da mulher, permitindo que elas tomem decisões sobre o próprio corpo, direitos e escolhas de cuidado. Quando acessível e oportuna, a informação ajuda na prevenção de doenças, na melhoria dos serviços de saúde, na redução de dificuldades e no combate às relações de poder existentes. Essas relações podem ser mais bem visualizadas entre a saúde, informação e gênero na subseção abaixo, em que se discute como essa relação é feita e outras maneiras de se olhar a temática.

4.3 Interseções entre saúde, informação e gênero

O corpo da mulher, inserido na Sociedade da Informação, faz parte de um processo complexo de autonomia, poder e conhecimento. Para além do pensamento da informação como um elemento transformador de um núcleo, ela também participa da mediação entre o reconhecimento da mulher no mundo e a percepção das necessidades de informação que irão repercutir em sua vida. De forma direta e indireta, a informação trafega por dentre as veias da construção do conhecimento feminino sobre si, se entrelaçando as complexidades provenientes da construção social de gênero e dos encargos gerados pelo desempenho desse papel. Assim, a jornada da mulher é escrita lado a lado das informações sobre o seu corpo em diversas áreas da sua vida, dentre elas, a sua própria saúde.

Nesta área específica, esta autonomia do corpo e o reconhecimento de si como um ser habitante de uma sociedade modeladora constroem formas diferentes de se pensar o poder, as relações sociais e em como elas influenciam as informações que atingem o corpo. Foucault (1984) atrela este domínio e consciência corporal por meio do investimento do corpo pelo poder, tornando-o foco de um limiar que busca o sadio, o saudável, o modelo, ao passo em que também se rebela contra o próprio poder instituído a ele. Para o autor, o poder perpassa por essas relações e, o corpo, quando penetrado e exposto sobre as instituições, é reivindicado pelos indivíduos contra este poder maior.

Ao longo dos anos, a dispersão do poder sobre o corpo, sobretudo no âmbito feminino, moldou suas práticas diante das novas formas de comunicação. Ainda segundo o autor supracitado, se o poder agir apenas sobre uma determinada forma de modo que atue censurando, excluindo ou impedindo oportunidades, ele seria frágil. O que o fortalece é sua

capacidade de produzir o saber. Sendo assim, ele adapta-se ao contexto em que está inserido, atuando nas relações existentes entre todas as partes que formam a sociedade, no qual a mulher faz parte e, consequentemente, influencia os demais âmbitos de sua vida.

Nesta senda, o movimento feminista, sob lutas e reivindicações seculares, auxiliou na conquista de um espaço ativo em áreas políticas, culturais e econômicas, distanciando-se do lugar de subserviência do qual as mulheres foram segmentadas. Tais avanços influenciaram em uma prática menos desigual, apesar da existência de opressões implícitas coexistirem no atual modelo econômico de produção. Em concordância as lutas decorrentes do sufrágio, direitos reprodutivos, liberdade sexual, dentre outras questões que atravessam a busca pela independência feminina, as concepções acerca da subjetividade da mulher caminharam em meio a busca por informações e o poder que elas proporcionavam no período patriarcal e sobre seu corpo no mundo.

Segundo Bóris e Cesídio (2008), o capitalismo levou a função do corpo feminino para a força de trabalho como um resultado da conquista pelo espaço produtivo na sociedade, além do fator reprodutivo o qual estava atrelado anteriormente. O feminismo também jogou luz para discussões acerca da divisão do trabalho doméstico e sua integração à economia política - negado como atividade trabalhista -, bem como apontou as vivências de exploração e opressão “biologizantes” entre as práticas sociais ditas masculinas e femininas.

Dessa forma, percebe-se que tanto o corpo quanto a subjetividade são construções históricas, visto que cada época tem seu modelo de corpo e seu modo de representação, em que a interação entre os indivíduos com o mundo, diante de um período histórico específico, se torna responsável pela determinação de padrões de conduta e reações emocionais e racionais. Nesse sentido, a informação perpassa atuante as práticas direcionadas a esses sujeitos, em que a sua projeção sobre o corpo feminino é uma etapa pela qual os processos sociais ocorrem, tendo certo impacto na sua saúde, seja de forma física ou psíquica.

Sob essa perspectiva, os cuidados que envolvem a informação e saúde para mulher podem ser considerados produções do saber geradas pelo poder hegemônico, em que organizar tais informações pressupõe decisões políticas mediadas pelas relações de poder, compreendendo esse tipo de informação como

um espaço estratégico de disputa de poder e produção de saber implica pensar as necessidades de avanços epistemológicos, metodológicos e técnico-operacionais, simultaneamente às estratégias de ação política na arena das discussões que envolvem a gestão de informações. As decisões tomadas pelos produtores/gestores de informação, muitas vezes, sem levar em conta as reais demandas da sociedade,

trazem consequências para o próprio processo de democracia, por influenciar a visão de "realidade" dos indivíduos (Moraes; Santos, 1998, p. 41).

Como um campo que reflete a atuação dos gestores públicos, a saúde coletiva se torna parte dos avanços políticos na oferta de um serviço justo e de qualidade para o cidadão. Tanto para o homem quanto para a mulher, as diferenças atribuídas a gênero e sexo são essenciais para a determinação de fatores de risco, principalmente no âmbito do trabalho e quanto a experiência do adoecimento, seja na percepção dos sujeitos quanto no relato diferenciado entre ambos, elementos que contribuem para a diferenciação de morbidades e na utilização dos serviços de saúde. Contudo, no Brasil, embora a categorização de sexo seja utilizada, ela ainda não abrange o coletivo e as diferenças encontradas tendem a ser naturalizadas e tratadas somente de acordo com o aspecto biológico (Aquino; Menezes; Amoedo, 1992).

Fato este que não leva em consideração a definição de saúde a partir do bem-estar em todos os âmbitos que regem a vida humana, conforme a Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2020). Se ela é assim especificada, então a saúde não está ligada somente aos fatores biológicos que a delimitam nos cuidados ao corpo e a mente e, havendo concordância neste fato, a informação que diz respeito a saúde dos sujeitos deve atentar-se para além dos elementos computáveis, abrindo espaço para as diferenças encontradas em sociedade, pois, “da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte (Brasil, 2004, p.13)”.

De acordo com Souza (2008), o enfrentamento de problemas em saúde por meio de políticas públicas necessita de uma base informativa confiável que propicie a tomada de decisão, o qual se destaca os determinantes do processo de saúde-doença, as desigualdades em saúde e o impacto dessas ações e programas para população. Em virtude disso, Moraes e Santos (1998) trazem a ampliação do significado da informação no mundo contemporâneo como uma forma de contribuir para a qualidade de vida das pessoas, ressaltando a tendência na informatização para aumentar a capacidade gerencial em saúde como um aporte para os dados, mas que pode exercer reflexões diminutas sobre os conteúdos informativos e sua organização em si.

Para os autores, a homogeneização da população fomenta uma centralização e fragmentação das bases de dados, o que reflete na lógica que norteia o funcionamento governamental e seu processo decisório, no qual “as informações vêm instrumentalizando o Estado brasileiro tanto no exercício de uma função equalizadora abstrata quanto em uma

prática fragmentadora do real” (Moraes; Santos, 1998, p. 40), em que as bases de informações são percebidas por meio dos enfoques e interesses a serem instrumentalizados.

O Sistema Único de Saúde (SUS), financiado por ativos da União, dos estados e municípios, possibilitou não somente o atendimento às necessidades de saúde da população, como o acesso gratuito à saúde para todos. Sua oferta de serviços também gera a coleta de dados e informações relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas e monitoramento de programas de saúde (Viola, Romeiro, Vetter, 2018). Contudo, Leite *et al.* (2014, p. 669) traz problemáticas como a “sobrecarga de atendimentos, a escassez de apoio humano e de recursos físicos, bem como o excesso de formalização”, que acabam gerando obstáculos nos serviços aos usuários e no exercício do direito à informação para saúde.

Neste viés, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, trata a situação de saúde sobre os aspectos gerais da vida, principalmente quanto ao lazer, trabalho, moradia e renda. Tratando-se do público feminino, muitos problemas são agravados pelas relações discriminatórias no trabalho e sobrecarga de responsabilidades domésticas. Conforme anunciado anteriormente, é por meio deste documento que se sabe que as mulheres no Brasil vivem mais do que os homens, contudo, adoecem de forma mais frequente, o que coloca em questão a causa destas morbidades e traz a vulnerabilidade feminina e a discriminação social como fatores mais propensos na incidência de certas doenças e até mesmo o risco de morte do que fatores biológicos propriamente ditos. Diante disso:

Não se pode deixar que condições socioeconômicas precárias, informações deturpadas, baixo grau de escolaridade, dinâmicas familiares, nas quais a violência está presente e, sobretudo, dificuldades de acesso à informação e aos serviços de saúde de boa qualidade façam com que mulheres sejam desrespeitadas e tenham seus direitos suprimidos (Viola, Romeiro, Vetter, 2018, p. 9).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2024) reconhece que as normas e papéis de gênero podem afetar os resultados de saúde de pessoas que não estão incluídas nas categorias binárias de sexo masculino e feminino, influenciando na obtenção da saúde, bem-estar mental, físico e social. A desigualdade de gênero, nesse aspecto, limita o acesso aos serviços de saúde e contribui para o aumento de taxas de morbidade em mulheres e homens, o que levanta a necessidade de incluir dados e análises deste objeto de estudo para identificar diferenças, os riscos e oportunidades em saúde.

Em virtude de uma realidade estabelecida por tais acordos, os sistemas de informação no Brasil ainda tendem a homogeneizar a população, o que pode repercutir em algumas políticas públicas também ao observar que os locais de implementação, por vezes, são

tratados em equiparação e na mesma proporção socioeconômica. Nota-se a negligência quanto às diferenças até nesses processos (Viola, Romeiro, Vetter, 2018). Observa-se o fator social e informacional ligados ao elemento tecnológico, influenciando o modo como os sistemas são construídos e sua funcionalidade de modo a reproduzir aspectos de problemas sociais existentes fora da rede, mas que se perpetuam sobre a tecnologia a medida em que esta é moldada por informações que também estão dispostas nesse contexto.

De acordo com o estudo realizado na The Lancet Public Health (Fricke, 2024), ao longo da vida, as mulheres tendem a passar mais tempo com a saúde debilitada com frequentes dores na lombar, de cabeça e depressão, enquanto os homens sofrem de doenças que os matarão mais cedo em virtude de acidentes, doenças cardiovasculares e até mesmo com a Covid-19. Como dito anteriormente, reafirma-se a problemática de que as mulheres continuam a viver mais do que os homens, mas possuem uma saúde pior. Por mais que a maioria dessas diferenças ocorram de forma significativa na adolescência, essa também é a época em que as normas de gênero influenciam com mais força a vida dos jovens, pois, não se trata especificamente do corpo biológico em que se nasce, mas também da experiência de gênero do ambiente para a incidência dessas diferenças.

Segundo o estudo supracitado, tais condições que afetam as mulheres apresentaram uma pequena redução ou quase nenhum desde 1990 em comparação às condições atreladas à saúde dos homens. As dores femininas sofrem a atuação de três fatores principais: trabalho, manutenção da casa e os deveres de cuidado. Ainda, em uma pesquisa desenvolvida sobre formas de trabalho pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (Nery; Britto, 2022), é relevante considerar que as mulheres dedicam em torno de 9,6 horas semanais a mais do que os homens em tarefas domésticas e em cuidados com pessoas dependentes, tais como filhos e familiares idosos.

Há, em decorrência disso, uma tendência nos sistemas de saúde de relativizar e equiparar a saúde da mulher à sua capacidade reprodutiva, fato que se desdobra em outros patamares da vida. O primeiro estudo apresentado nesta seção conclui que as necessidades de saúde de homens e mulheres são diferentes e a coleta adequada de dados em pesquisas em saúde deve ser padronizada para haver uma melhor categorização de dados por sexo e gênero, prática esta que ainda não é padrão majoritário na área da saúde.

Diante disso, a informação para saúde deixa de ser um aspecto de suporte e passa a ser um elemento constituinte para o acesso aos direitos de saúde, pois “sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não é capaz de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício

de sua autonomia e de sua cidadania” (Leite *et al.*, 2014, p. 663). Essa problemática acentua-se a medida em que o desconhecimento do cidadão acerca de informações que constituem seu direito constitucional reverbera de forma negativa sobre sua saúde, sobretudo quando se faz o recorte de gênero e se observa as inerentes complicações da vivência feminina sobre o próprio corpo e, consequentemente, sobre sua saúde ao longo da vida.

Sobre isso, González de Gómez (2003) aponta justamente para a força estrutural e estruturante das ferramentas de informação e comunicação, sejam midiáticas ou pós-midiáticas, sobre o âmbito coletivo e individual em situações de compartilhamento de ações e significados intersubjetivos em espaços e tempos específicos. Assim, o poder da informação para a manutenção ou mudança dos mecanismos sociais possui uma base forte estruturada nos dispositivos de informação, a exemplo das TICs. Estas ferramentas, sob um suporte seguro, podem atuar para o maior autoconhecimento sobre a saúde da mulher, bem como alertar acerca dos cuidados necessários ao seu corpo e mente.

Por conseguinte, Moraes e Santos (1998) complementam que, por mais que tais mecanismos se tornem mais complexos tecnologicamente e a quantidade de informações aumente, não há garantia que a qualidade delas seja veiculada juntamente. Isto, conforme os autores, implica em levar a informação segundo a materialidade das práticas sociais e aparatos institucionais, isto é, a quantidade não pressupõe a qualidade nesse processo, o que pode ser danoso quando se observa o crescimento desses instrumentos ao nível global. Dessa forma,

As informações, especificamente os dados – sejam aqueles relacionados aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros –, são analisados como “coisa” informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, a mesma pode levar à apropriação da informação pelo paciente, emponderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde (Leite *et al.*, 2014, p. 664).

Sendo assim, da mesma forma que a mulher, o corpo feminino e a sua subjetividade acompanharam diversos processos de transformação sociais e históricas na cultura ocidental, as metamorfoses da informação e do conhecimento pautaram o cerne de muitas dessas questões. A construção da ideia de corpo feminino compreende o acolhimento do aspecto subjetivo para lidar com questões próprias. Leva-se em consideração, principalmente na construção da subjetividade, aspectos incorporados por meio da cultura, linguagem, hábitos e

costumes, enfatizando também o modo com essa propagação é feita, tendo a mídia como mediador voraz principal (Bóris; Cesídio, 2007).

Nesse sentido, ressaltam-se as problemáticas relacionadas ao padrão de beleza estético vigente, as questões sexuais, sejam decorrentes de abusos ou violências simbólicas do cotidiano, dentre tantos outros fatores que representam uma ameaça à existência do corpo feminino e de sua saúde. As ferramentas de informação acabam por mediar essa realidade e tornar mais visíveis esses artefatos de opressão na sociedade, o que cada vez mais representa um elemento de cuidado para a informação para saúde: seu compartilhamento *online*.

Em consonância, Viola, Rombeiro e Vetter (2018), abordam que tanto a disponibilização quanto o acesso à informação de forma atualizada e precisa devem atuar no fornecimento de subsídios para a sociedade seguir um caminho adequado, em especial no campo da saúde. Deve-se, portanto, discutir a informação quanto a qualidade, direcionalidade e racionalidade, conforme Moraes e Santos (1998).

As práticas em saúde, consoante a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, devem atuar sobre a perspectiva da humanização. Viola, Romeiro e Vetter (2018) tratam o princípio da humanização por meio da fundamentação das atitudes e comportamentos dos profissionais da área. A fim de ampliar o acesso a informações de qualidade para mulheres, tanto em relação ao corpo quanto às condições de saúde em geral, a mediação entre a pessoa atendida e quem a consulta possibilita uma porta de entrada o reconhecimento de si mesma e do seu corpo de acordo com o contexto e momento da vida. O olhar para a mulher, na comunicação de massa, não leva em consideração suas questões de classe, cor, etnia e o local onde está inserida (Bóris; Cesídio, 2007), contudo, esta é a visão que deve ser combatida em prol do acesso à informação em saúde.

Assim, uma nova organização em saúde deve ser visualizada, tentando superar as limitações teórico-metodológicas e operacionais, como também abrir espaço para novas abordagens e ações que viabilizem soluções mais criativas, estas que possam ser articuladas no espaço social, político, econômico e cultural. Tanto a saúde quanto a informação estão inseridos na organização da vida cotidiana e, nesse processo, há um ponto de interseção entre elas, pois, é no caminho de fronteiras comuns que é possível ter a Informação em Saúde, inter-relacionando olhares, saberes e níveis de investigação (Moraes; Santos, 1998).

Nesse contexto, a informação para saúde interliga-se ao ato de informar o usuário sobre sua saúde e todos os elementos que a constituem, sendo vista como um processo que possibilita a apropriação da informação pelo usuário (Leite *et al.*, 2014). Dessa forma, a informação atua na conexão com outras áreas da vida deste sujeito, alterando um

conhecimento existente, atualizando-o e construindo outra visão sobre o mundo a partir do que lhe foi analisado. Em complemento, o direito à informação em saúde pode ser tido como “o direito que a/o cidadã/o tem de ser informada/o sobre todos os aspectos que envolvam a sua saúde e os serviços a ela destinados” (Viola; Romeiro; Vetter, 2018, p.11).

Portanto, a criação de possibilidades para o reconhecimento da informação para saúde para mulher, no âmbito da Ciência da Informação, está atrelada aos processos gerenciais que ela é organizada e aos fatores sociais em que ela está inserida, bem como o contexto do usuário, sobretudo a mulher. Assim, é preciso compreender a saúde da mulher no território desta pesquisa em questão, o Ceará, frente aos elementos culturais e socioeconômicos que influenciam a jornada de saúde deste grupo, apresentadas na seção a seguir.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando alcançar os objetivos que embasam a pesquisa, definiu-se a metodologia mais adequada em prol de obter respostas para a indagação proposta. Para Köche (2011), a causa principal da produção científica está na tentativa do ser humano em elaborar respostas para suas dúvidas, problemas e até para a compreensão de si e do mundo ao seu redor. Isto é, pode-se dizer a respeito disso que o ato de fazer ciência é inerente à capacidade humana de perceber a realidade e provém da inconformidade a respeito de seus aspectos etéreos e materiais.

Para o autor, o conhecimento científico orienta-se conscientemente pela busca da eliminação do erro; o que fornece à ciência o caráter de explicação provisório, ao passo que se reconhece também sua permanente característica hipotética. Nesse sentido, a científicidade está no reconhecimento da verdade por meio da procura de soluções para dúvidas iminentes - o que caracteriza seu caráter finito - e que estão suscetíveis a futuras contribuições da comunidade científica.

Atuando como guia para a trajetória de pesquisa, Minayo (1992, p.47) define esse ato como a “atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade [...] tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente.” Assim, ela é um reflexo das práticas sociais e, da mesma forma, está sempre em transformação a partir do contexto em que se insere. Os pontos aqui apresentados determinam que tanto o conhecimento quanto o método científico necessitam de uma percepção inicial sobre um fenômeno. Esta observação, sem a devida problematização e desenvolvimento de procedimentos

metodológicos, não se identifica com o fazer da ciência, pois esta trabalha sob a perspectiva da investigação.

Sendo assim, com o intuito de trabalhar a questão desta pesquisa, trazendo a importância dos questionamentos propostos pelos autores acima, como ponto de partida para a busca de um método, relembra-se a seguinte pergunta norteadora que deu seguimento ao pensamento científico, como resultado, delineou percurso deste estudo: **Qual é a compreensão que as mulheres atendidas nos serviços de saúde pública de Fortaleza-CE têm sobre o atendimento a elas direcionados e que podem contribuir para a gestão da informação nessas instituições?** Com base na busca por respostas a esse questionamento, o percurso metodológico da pesquisa será apresentado na subseção abaixo quanto ao seu tipo, abordagem, objetivos e procedimentos por meio do método, instrumento de coleta de dados e técnica de análise e interpretação de dados.

5.1 Caracterização da pesquisa

Inicialmente a pesquisa bibliográfica sinalizou, por meio da busca, autores e trabalhos que podiam fundamentar tal pesquisa. Como afirma Zanella (2006), este método visa apresentar estudos sobre o tema e problema para o autor ter entendimento e suporte na sua formatação, facilitando a formulação de hipóteses ao auxiliar na identificação do procedimento metodológico mais adequado para a análise de dados. Em conformidade, Severino (2007) afirma que é através deste tipo de pesquisa que o pesquisador trabalha por meio de contribuições anteriores dos estudos analíticos. Assim, possibilita a contextualização da temática, o aprofundamento da problematização e a ampliação sobre possíveis soluções.

Isto posto, o **levantamento bibliográfico** foi realizado por meio dos seguintes descritores: “Gestão da informação”, “Informação e saúde”, “Saúde da mulher”, “Usuários” e “Sujeito Informacional”. Nesse processo, utilizaram-se os operadores booleanos “AND” e “OR”, a fim de resgatar uma gama de trabalhos sobre o assunto. As bases de dados escolhidas foram: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (Scielo), Portal de Periódicos da CAPES e Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Assim, foi definido como recorte temporal o período de 10 anos, no qual textos científicos de 2014 a 2024 foram selecionados prioritariamente.

Em decorrência disso, também foi possível recuperar textos com maior taxa de citação para a ocorrência do tema, observados como significativos para a elaboração do referencial teórico. Por conta disso, estes foram levados em consideração pontualmente,

apesar de apresentarem data anterior ao que foi estipulado inicialmente. Esta escolha se deu em virtude da importância atrelada aos trabalhos destes respectivos autores, mesmo que sua data de publicação não estivesse inserida no escopo inicial desta etapa.

Como suporte, o uso da **pesquisa documental** também esteve presente na busca por informações, isto é, em fontes primárias, fator principal na diferença entre as duas modalidades (Oliveira, 2007), visto que o diálogo entre ambos os protocolos de pesquisa torna-se essencial para a realização prática da pesquisa bibliográfica-documental. Esta parte da pesquisa foi desenvolvida na análise dos documentos eletrônicos disponíveis em *sites* governamentais e estaduais do Brasil, a exemplo do Gov.br, Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e da Prefeitura de Fortaleza. Através dessa comunicabilidade, obtém-se como aspectos primordiais que, para Bentes Pinto e Cavalcante (2015), se dá pela identificação e recuperação de informações registradas em textos ou discursos, sejam estes verbais ou não verbais, analógicos ou não.

Quanto aos **objetivos**, é uma pesquisa **exploratória-descritiva**. Sobre este aspecto, Triviños (1987) define essa parceria tipológica por meio da busca por retratar um tema que necessita de maior bibliografia no campo de estudo, bem como pela descrição exata de fatos e fenômenos de um determinado contexto. Ao analisar a percepção dos usuários acerca dos serviços públicos em saúde, sobretudo no aspecto informacional, há a possibilidade de descrever uma realidade local sobre uma determinada situação e levantar informações que possam contribuir para o conhecimento científico da temática.

No que concerne a **abordagem**, é **mista**, ao trabalhar com dados qualitativos e quantitativos, visto que “envolve a obtenção tanto de informações numéricas (por exemplo, em instrumentos) como de informações de texto (por exemplo, em entrevistas), de forma que o banco de dados final represente tanto informações quantitativas como qualitativas” (Creswell, 2007, p. 35). Há, nessa perspectiva, a possibilidade de trabalhar de modo diferente do conteúdo numérico, dando atenção aos elementos formadores de opinião dos respondentes, embora este estudo tenha um aporte quantitativo.

Conforme Minayo (2002), esse tipo de abordagem está relacionado a tudo aquilo que não pode ser quantificado em um primeiro contato, partindo então para consideração de fatos, recortes, signos, linguagem, significados, discursos, dentre outros elementos. Estes estudos também são caracterizados pela busca em se compreender fenômenos em seus ambientes naturais, visto que o intuito também está em contextualizar sobre a gestão da informação na saúde da mulher sob o olhar da Ciência da Informação (CI).

Tem-se o **método monográfico** como guia desta pesquisa, considerando a necessidade de se entender uma comunidade de mulheres que se utilizam do serviço público de saúde, sobretudo na possibilidade de perceber como a visão desse público pode refletir a oferta de serviços de saúde e gestão da informação. Para Marconi e Lakatos (2017), há a vantagem de respeitar a totalidade dos grupos, a vida cotidiana na sua unidade concreta sem dissociar de seus elementos secundários. Muitas vezes, chega a ser relacionado ao estudo de caso por retratar um caso específico, seja a respeito de práticas ou grupos.

A partir disso, a subseção a seguir retrata outros aspectos da metodologia no que diz respeito ao alinhamento do método ao universo pesquisado e público-alvo desta pesquisa, isto é, a situação de Fortaleza quanto à saúde e o porquê de sua escolha.

5.2 Cenário da pesquisa: a situação de Fortaleza

A cidade de Fortaleza é a capital do Estado do Ceará, localizada na região Nordeste, apresentando uma população de 2.428.708 pessoas. Em comparação com outras cidades do Brasil, ela está na quarta posição quanto ao número de habitantes. Atualmente, está dividida em 12 Secretarias Executivas Regionais que abrigam os 121 bairros do território fortalezense. Ainda quanto aos seus habitantes, ressalta-se que o número de mulheres ultrapassa o de homens, apresentando um total de 1.301.779 pessoas que se identificam como gênero feminino (IBGE, 2022).

Diversos casos de denúncias quanto às problemáticas vivenciadas no sistema de saúde na capital cearense foram relatados, dentre aspectos estruturais e por falta de pessoal. De modo geral, inúmeras instituições da área tiveram seus serviços afetados pela ausência de recursos e falta de profissionais (Barbosa, 2024). Esta alusão é essencial para compreender o estado atual da saúde em Fortaleza, principalmente pela necessidade dos habitantes em receber os atendimentos do SUS.

Nesse sentido, é importante ressaltar um fato sobre os serviços públicos de saúde e sua relação com o Ceará: somente 18,3% da população utiliza planos de saúde, isto é, o Estado está na quarta posição quanto ao uso desta modalidade em todo o Nordeste, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (Freitas, 2020). Portanto, a população depende majoritariamente dos serviços públicos, utilizando-os como parte de sua vida e rotina no que se refere aos cuidados e bem-estar. No caso da mulher, ao observar a situação nacional, tendo as mulheres como público principal em atendimentos (Agência Brasil, 2022), busca-se trabalhar essa pesquisa a partir desta perspectiva.

Com base no Plano de Saúde Regional 2023-2027 da Região de Fortaleza (Ceará), existem indicadores de saúde que refletem como a assistência é prestada à mulher, sobretudo no que concerne aos cuidados relativos à gravidez e puerpério, o que se torna algo a ser observado com cuidado, visto que houve um aumento na Razão de Mortalidade Materna (RMM) em 2020. Ainda, o documento reforça que a importância de políticas públicas e ações direcionadas para melhorar a saúde da mulher na região com o enfoque na mortalidade materna, no aumento ao acesso de serviços de pré-natal e prevenção de doenças transmissíveis e não-transmissíveis que afetam a saúde feminina. Todavia, os dados apresentados não detalham a quantidade de mulheres na saúde pública.

Posto isso, salienta-se que não foram encontrados, até o momento deste estudo, dados relativos a quantas mulheres utilizam o Serviço de Saúde Pública (SUS) em Fortaleza, especificamente. Pode-se dizer que, apesar de não obtidos *a priori*, isso não significa que eles não existam, podendo apenas não estarem disponíveis amplamente ao público e também por falta de acesso. Muitos podem ser os motivos pelos quais não se encontrou tal informação, o que se transforma também, em uma necessidade de pesquisa *a posteriori*. Considerando que a maioria dos cearenses não utiliza o serviço de planos de saúde e acaba dependendo em maior parte do sistema público, conforme foi observado pela explanação dos dados acima, pode-se inferir que é possível sim haver uma significativa utilização desses serviços por homens e mulheres, apesar da não segmentação por gênero.

Nesse sentido, em concordância à realidade apresentada, este estudo não observa um universo em específico para comparar sua amostra, o que se tornou uma limitação na análise desenvolvida, considerando que, para obter tais números precisos sobre o total de usuárias do SUS na cidade, seria necessário acessar bases de dados específicas ou relatórios detalhados de eixo interno das organizações administrativas da Prefeitura do Município de Fortaleza. Sendo assim, isso também fomentou a criação do questionário de pesquisa, visto a vontade de compreender o perfil das mulheres que acessam esses serviços de modo que as respostas coletadas no cenário da cidade possam vir a contribuir para formatar uma percepção do uso da saúde pública com base na equidade de gênero.

Diante do exposto, urge ressaltar que o intuito desta pesquisa está em trabalhar com a percepção dos usuários atendidos por unidades de saúde pública. Desse modo, a escolha da cidade se deu justamente pelas questões apresentadas acima, isto é, por conta dos dados relativos à saúde da mulher. Assim, foi possível fazer um pequeno recorte acerca dessa realidade, no qual os aspectos considerados abrangem, principalmente, a percepção das

mulheres sobre tais serviços de saúde pública. Para tal, um questionário de pesquisa foi elaborado a fim de contemplar os elementos abordados aqui, a ser visto na seção abaixo.

5.3 Instrumento de coleta de dados

Como **instrumento de coleta**, optou-se por realizar um questionário com o **público-alvo** para qual a pesquisa se direciona: mulheres cisgênero com idade entre 18 e 60 anos que utilizam dos serviços de saúde pública da cidade de Fortaleza e que tivessem condições de responder o questionário *online*. A escolha deste instrumento tem a ver, sobretudo, com a abrangência permitida por ele, visto que a coleta foi realizada em modalidade remota. A ferramenta escolhida para isso foi o Formulário do Google Docs, disponível no navegador do Google.

O questionário conta com 25 perguntas de múltipla escolha. Desse total, quatro questões possibilitaram a justificativa/motivação da resposta escolhida, caso a respondente quisesse comentar, sendo um espaço optativo. Assim, a pesquisadora utilizou plataformas digitais e mídias sociais para compartilhar o questionário: E-mail, Instagram e WhatsApp. O documento ficou disponível nessas plataformas durante um mês, entre o período de 21 de janeiro a 21 de fevereiro de 2025.

Esta decisão foi tomada com relação a maior abertura de possibilidades, no qual se teve o intuito de aproveitar as modalidades possíveis para abranger os indivíduos que poderiam responder à pesquisa, mas que, porventura das circunstâncias, não tiveram a oportunidade de fazê-lo por não terem sido alcançados pelo compartilhamento. Com efeito, a pesquisadora buscou por mulheres que estivessem fora do ambiente hospitalar ou ambulatorial das instituições de saúde a fim de focar somente na visão desse público como usuárias desses serviços. Por isso, o questionário foi elaborado considerando esses aspectos a fim de evidenciar o olhar dessas mulheres sobre suas vivências com tais serviços, de modo a priorizar o perfil e contextos dos serviços oferecidos.

Desse modo, foi possível associar o olhar institucional da perspectiva cotidiana, enfatizando uma percepção diferente acerca das questões que cercam o atendimento em saúde e que também são reflexos de processos de gerenciamento da informação. Ressalta-se que as opções de feitura deste estudo respeitam de forma ética a descrição das respostas recolhidas, sobretudo no que concerne ao anonimato do público. Assim, de posse dos dados, a etapa seguinte envolveu sua análise conforme a metodologia da pesquisa foi delineada. Nesse

sentido, a subseção abaixo apresenta de maneira mais detalhada sobre como esse processo se seguiu.

5.4 Técnica de análise

Para o tratamento dos dados, com o intuito de categorizar as respostas obtidas segundo o foco teórico pré-estabelecido no referencial deste trabalho, foi escolhido trabalhar por meio da Análise de Bardin (1977, p.42). Esta **técnica de análise** pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Conforme a interpretação desta técnica, três etapas são essenciais para a realização da análise, denominadas: pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados. A primeira parte desse processo envolve a organização das respostas coletadas, a leitura profunda do material e a definição dos objetivos. Posto isso, a segunda etapa retrata a exploração do material com base na definição das unidades de análise, a codificação, está podendo ser por definida previamente ou *a posteriori*, e o agrupamento por meio de categorias temáticas. Em seguida, a análise qualitativa é realizada para dar efeito a interpretação final dos dados.

Essa técnica possibilita a organização de etapas para identificar padrões e significados subjacentes em diferentes tipos de suporte e registros de informação. Isto valoriza o contexto da produção de dados, oferecendo uma análise sistemática por meio da criação e combinação de categorias. Com isso, ela contribui para a construção de conhecimentos de forma confiável e replicável, processo este que pode ser mais bem representado na Figura 4 abaixo:

Figura 4 - Organograma das etapas da Análise de Conteúdo de Bardin



Fonte: Adaptado de Bardin (2016)

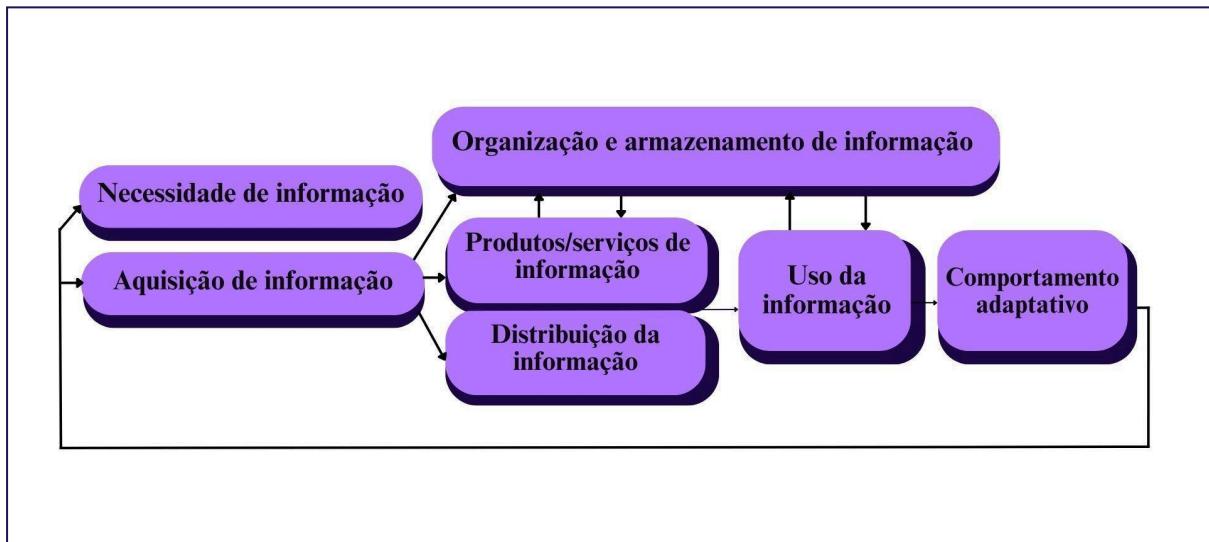
Com base nisso, a primeira etapa da análise dos dados foi feita pela (1) Pré-análise, no qual as respostas foram organizadas conforme as questões do questionário foram feitas, o que possibilitou a leitura exploratória do que foi obtido. Ressalta-se que tanto os objetivos de pesquisa quanto às categorias temáticas foram previamente estabelecidas, portanto, na segunda etapa, denominada (2) Exploração do material, foram apenas definidas as respectivas unidades a serem analisadas, bem como a codificação necessária para agrupá-las nas categorias já preestabelecidas. Após, o tratamento dos dados qualitativos e quantitativos foram realizados mediante a relação com o referencial teórico construído, para, então, gerar uma interpretação final.

Conforme o exposto, volta-se ao fator inicial disposto nesta seção: o conhecimento científico sob o viés do questionamento e do desenvolver do procedimento metodológico. O embasamento realizado até o momento, observa-se, assim, a construção da trajetória da investigação científica, como aborda Köche (2011): identificação da dúvida, reconhecimento da insuficiência de conhecimento existente para saná-la, necessidade de construção de uma resposta e, por fim, que esta possa oferecer provas que justifiquem seguramente e de maneira confiável a crença de que a resposta encontrada seja a mais correta.

Com efeito, a questão de partida foi proposta para entender a gestão da informação nos documentos disponibilizados *online* a partir da necessidade de pesquisar sobre o assunto dentre as problemáticas apresentadas nos atendimentos aos usuários-pacientes, tema ainda

pouco trabalhado cientificamente e, a fim de sanar a necessidade de informação para tamanha dúvida, a realização deste trabalho faz parte desse caminhar científico. Posto isso, a análise desta pesquisa foi dividida em três etapas, em que o levantamento dos documentos e análise documental foram feitos inicialmente. Em segundo lugar, a pesquisa de campo foi realizada, tendo a aplicação de questionário como parte crucial da técnica de coleta, conforme Apêndices A e B. Logo após, a relação ao modelo de Choo (2003) foi feita para guiar o restante da análise dos dados (Figura 6), conforme a Análise de Conteúdo:

Figura 5 - Modelo organizacional de Choo



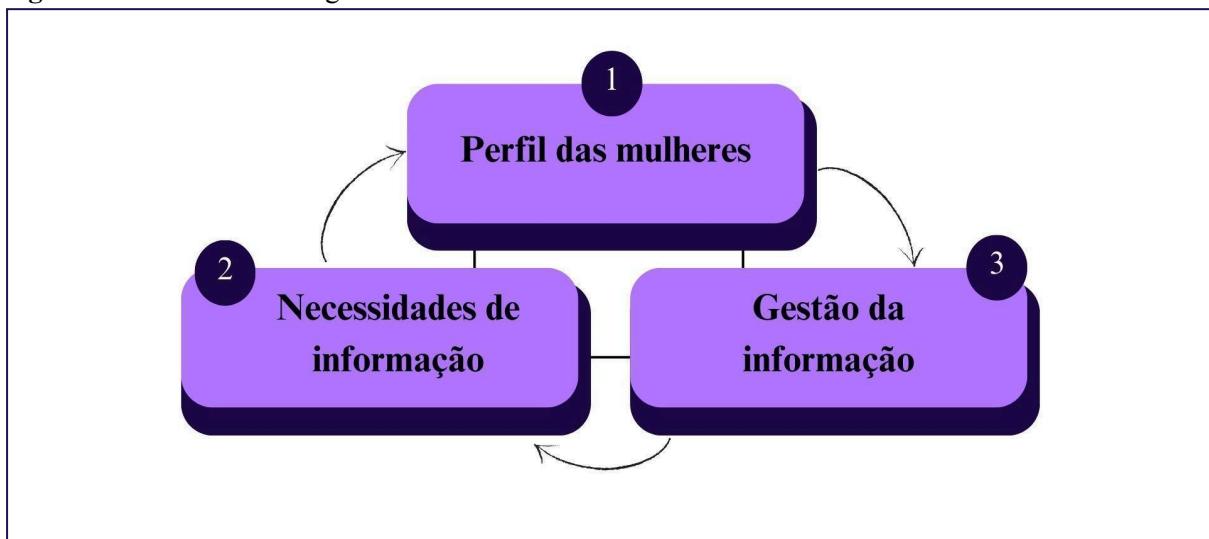
Fonte: A Organização do Conhecimento, de Chun Wei Choo (2003)

Conforme Carvalho & Araújo Júnior (2014), o modelo é trabalhado com o conceito de ciclo informacional, especificando as necessidades de informação, depois a busca e coleta desse insumo a fim de sanar a necessidade. A imagem acima representa esse processo desde o reconhecimento da necessidade até o comportamento adaptativo do usuário, elencando cada etapa. Após isso, as informações são organizadas e armazenadas para serem disseminadas em futuras tomadas de decisões.

Como inspiração para análise desta pesquisa, parte desse esquema foi considerado após a obtenção dos dados. Isto é, tem como pontos principais a necessidade de informação, sua aquisição, os produtos/serviços de informação, sua organização e armazenamento, bem como sua distribuição, e, por fim, seu uso. Assim, os dados foram previamente categorizados em 3 blocos (ou categorias) principais: perfil das mulheres, necessidades de informação com relação aos serviços ofertados e, por fim, sobre a gestão da informação. Cada um desses blocos, separados em sua devida subseção, será relacionado consoante as características

semelhantes e divergentes encontradas nas respostas. Por isso, ambos também se complementam, não fomentando uma interpretação individualizada. Isto posto, a Figura-7 revela a divisão das categorias de análise.

Figura 6 - Divisão das categorias de análise

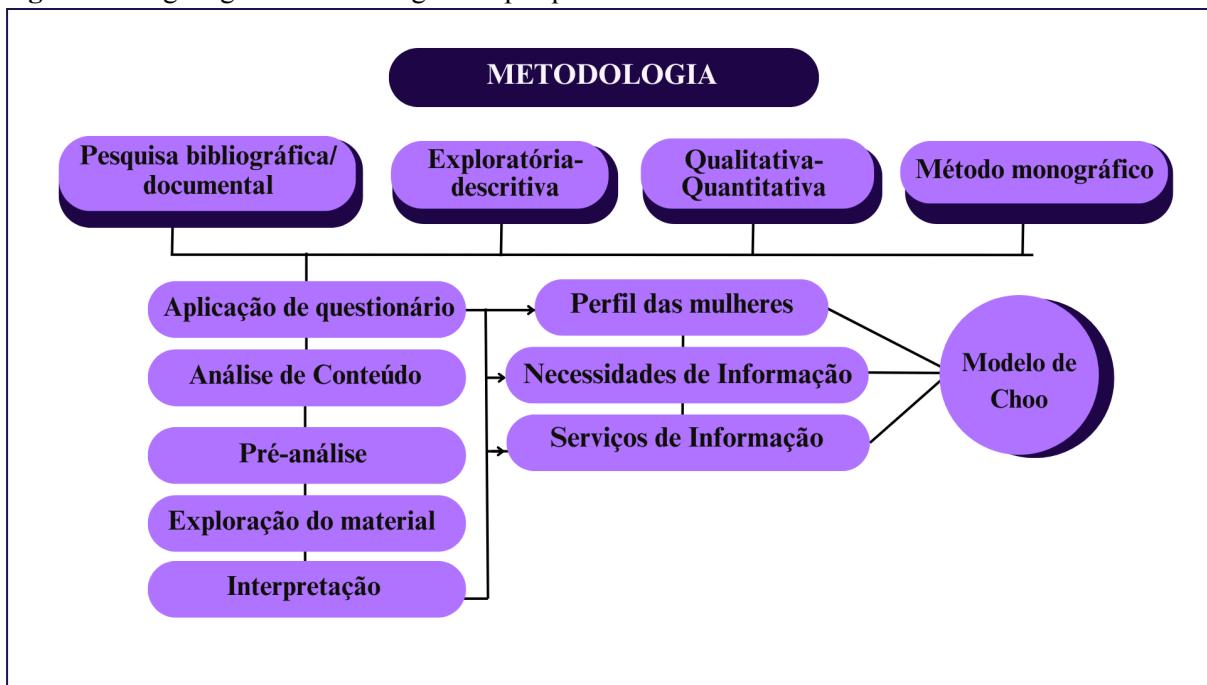


Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Dessa forma, observando a representação das respostas no esquema acima, é possível ter uma compreensão do modo em que cada resposta foi organizada, avaliando o perfil das mulheres, as necessidades de informação e sua relação com a gestão. Diante das etapas metodológicas apresentadas, a pesquisa buscou compreender como a gestão da informação nos serviços de saúde pública pode ser aprimorada através das percepções das mulheres que são usuárias destes serviços. O percurso investigativo ancorou-se por meio de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, utilizando a análise de conteúdo de Bardin (2016) que permitiu uma adequação dos dados coletados. Assim, os resultados obtidos não somente ampliarão a compreensão acerca das necessidades informacionais das mulheres no campo da saúde, mas também podem abrir caminhos para futuras discussões.

A perspectiva acima dá margem também para ter uma visão macro da metodologia apresentada na Figura-7:

Figura 7 - Organograma metodológico da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Sendo assim, tendo como suporte metodológico a pesquisa bibliográfica, traçada pelos objetivos exploratório-descritivo, o levantamento foi construído. Assim, embasado nesses parâmetros, a abordagem qualitativa-quantitativa (ou mista), o método monográfico foi aliado aos dados coletados. Desse modo, esse processo refletiu na pré-categorização da Análise de Conteúdo, visto que a aplicação do questionário se fez presente em seguida. A partir disso, foi possível realizar a pré-análise, a exploração do material e interpretação por meio da pré-categorização em três blocos (perfil das mulheres, necessidades de informação e serviços de informação).

Assim, com base no exposto e no rigor analítico adotado, a próxima seção consiste em analisar e interpretar os dados encontrados ao longo da pesquisa, possibilitando a estruturação do olhar das mulheres participantes. Nesse processo, foi possível compreender suas experiências com os serviços de saúde pública que refletem aspectos da gestão da informação. Destarte, esta discussão tem relevância para conectar evidências empíricas ao referencial teórico do estudo, identificando tanto os desafios, quanto padrões e oportunidades para as melhorias desses serviços.

6 ANÁLISE DOS DADOS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Fundamentada no objetivo geral deste estudo em analisar a percepção das mulheres sobre como os serviços públicos em saúde são oferecidos, a fim de destacar a importância de seu ponto de vista para a gestão da informação, a interpretação dos dados obtidos via aplicação do questionário foi organizada mediante esse parâmetro principal. Partindo desse pressuposto, os objetivos específicos influenciaram nas categorias do questionário, repercutindo em três dimensões de análise secundárias para delinear a discussão. Nesse sentido, houve em primeiro momento a identificação do perfil das mulheres; em seguida, suas necessidades de informação conforme os serviços prestados; e, por fim, sobre a gestão da informação com relação a tais serviços.

Desse modo, vale informar que o questionário ficou disponível durante 30 dias e, em virtude da participação voluntária, foi possível obter 125 respostas, demonstrando uma participação positiva. Ressalta-se, ainda, que este estudo não considerou um universo específico em detrimento da indisponibilidade de números relacionados ao percentual do uso do SUS pelas mulheres ao nível municipal, visto que tais dados não se encontram disponíveis diretamente ao público.

Assim sendo, foi possível desenvolver o recorte de uma realidade específica das usuárias do sistema de saúde de Fortaleza, conforme as perguntas de identificação e, logo depois, possibilitou perceber suas percepções mediante as opiniões distribuídas no questionário. Para melhor compreensão dessa divisão, as informações foram retratadas no Quadro-2:

Quadro 2 - Relação entre os objetivos da pesquisa, as unidades e as categorias de análise

OBJETIVO ESPECÍFICO	UNIDADES DE ANÁLISE	CATEGORIA
Identificar o perfil das mulheres atendidas pelos serviços de saúde pública na cidade de Fortaleza - CE;	Faixa-etária, etnia, orientação sexual, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda mensal, natalidade, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Autoconhecimento, diferenças entre mulheres em idade reprodutiva e na menopausa, cuidado;	Perfil das mulheres
Compreender a percepção dessas mulheres sobre suas necessidades de informação para saúde enquanto usuárias dos serviços de saúde pública	Frequência do uso dos serviços, dificuldades enfrentadas, dúvidas sobre procedimentos, serviços essenciais para saúde da mulher;	Necessidades de Informação com relação aos serviços prestados

de Fortaleza;		
Apresentar semelhanças e diferenças nas respostas relacionadas aos blocos preestabelecidos, bem como relacioná-las a gestão da informação para saúde da mulher	Atendimento nas instituições de saúde, uso de tecnologias digitais, situações vivenciadas envolvendo os serviços de saúde pública, aspectos a serem melhorados	Gestão da Informação na melhoria dos serviços

Fonte: elaborado pela autora (2025)

Durante o processo de análise, foram consideradas as relações acima, que estão dispostas no questionário. Em primeiro momento, foram evidenciados os dados que envolviam o perfil da mulher. Nessa categoria, as respostas das usuárias foram combinadas aos dados relacionados ao que foi apresentado sobre a cidade de Fortaleza e ao Brasil, de modo a retratar o parâmetro da sua percepção dos serviços prestados ao nível estadual e com relação aos dados nacionais. Além disso, esse ponto traz discussões que os autores retratados no referencial teórico desta pesquisa abordaram, como o fato das mulheres serem socializadas em detrimento do cuidado alheio, bem como sua relação com o SUS desde a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres.

Em seguida aborda a percepção das mulheres respondentes com os serviços ofertados, isto é, considera o panorama de saúde geral para embasar, refletir e discutir os dados obtidos. Em seguida, o terceiro tópico traz a relação dos serviços conforme o uso das tecnologias digitais e se, para as mulheres respondentes, há uma melhoria quanto sua utilização pelas instituições. Conforme as buscas realizadas, determinados aspectos foram listados acerca da melhoria dos serviços em saúde, bem como situações que já ocorreram com as usuárias. Logo, foi deixado em aberto a possibilidade de as respondentes destacarem pontos sobre o tema sustentados em suas experiências, o que permitiu fazer relações com possíveis melhorias para o sistema de saúde pública.

Sendo assim, esta seção subdivide-se em três subseções conforme os tópicos de discussão apresentados e os resultados obtidos via questionário. Para tal, foi utilizado dos recursos de imagem, gráficos e quadros a fim de representar adequadamente as informações e suas interpretações. Destaca-se que as respostas são anônimas e as pessoas citadas serão identificadas como: Respondente 1, Respondente 2, e assim por diante. Além disso, é importante ressaltar que, pelo número alto de respostas na perspectiva qualitativa, as

respostas foram relacionadas conforme suas ligações conceituais. É possível visualizar os comentários das participantes no Apêndice B deste estudo.

6.1 Perfil da mulher cearense

Esta primeira parte da análise contempla a descrição de quais aspectos formam o perfil das mulheres respondentes. A busca por essa construção se deu em virtude de melhor compreender quem fez parte da pesquisa e como a descrição desses dados poderia auxiliar no entendimento da Gestão da Informação (GI) em instituições de saúde pública. Ressalta-se que a percepção das usuárias desses serviços faz parte da concepção formadora desta pesquisa, sobretudo porque o embasamento teórico obtido proporcionou uma visão alinhada à importância da compreensão dessas pessoas sobre os serviços prestados.

Nesse sentido, as perguntas escolhidas para refletir tais temáticas envolvem: faixa-etária, identidade étnico-racial, orientação sexual, situação conjugal, escolaridade, ocupação, renda, natalidade e residentes no domicílio no que concerne ao perfil social dessas mulheres, como pode ser observado no Apêndice A. Para além disso, a fim de obter maior conhecimento acerca de sua saúde, foram questionadas também sobre a incidência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), situações delicadas na própria saúde, quantidade de mulheres em idade fértil e na menopausa, bem como suas diferenças no atendimento, o papel de cuidado das mulheres com os outros, e o autoconhecimento de cada uma sobre o próprio corpo.

As perguntas pairaram sobre o preceito de que a saúde também é afetada por fatores sociais, trazendo a importância de analisar a maioria das informações disponibilizadas pelas respondentes ao conteúdo teórico do estudo. Sobre isso, Medeiros (2008) comprehende que as práticas em saúde não estão ligadas somente a benesse social, mas a processos históricos que visam as necessidades dos sujeitos em um momento específico. A saúde se caracteriza por ser um conjunto de práticas discursivas e não discursivas que se constituem em determinado tempo histórico. Isso se traduz na forma como os serviços são ofertados aos grupos sociais, aplicando os recortes necessários para compreender de que forma eles chegarão à maioria.

Em concordância, ressalta-se que o saber teórico e prático da saúde e doença “faz parte de um universo dinâmico recheado de história e de inter-relações mediadas por institucionalização, organizações lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos” (Minayo, 2010, p.28). Assim, em primeiro momento, é preciso considerar determinados valores quantitativos para pesquisa. O Censo Demográfico de 2022 do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que o Brasil tem cerca de seis milhões de mulheres a mais do que homens, isto é, existem 104,5 milhões de mulheres (51,5%) e 98,5 milhões de homens (48,5%). Em todo o País, esse percentual apresenta o mesmo parâmetro, sobretudo na faixa-etária de 25 a 29 anos, o que se deve provavelmente ao maior índice de mortalidade de homens via fatores externos na juventude. Por exemplo, no Nordeste, isso ocorre mais cedo, entre os 20 e 24 anos. Tal percepção vai ao encontro de um dado relevante para compreender o uso dos serviços de saúde: aproximadamente 70% do público que utiliza o SUS é composto por mulheres e cerca de 60% destas são pretas ou pardas (Brasil de Fato, 2020). Pode-se inferir que, além do número absoluto de mulheres ser maior do que de homens, o percentual desse primeiro grupo quanto ao uso dos serviços do SUS também é mais expressivo, o que demonstra uma maior busca de cuidados da saúde por esse público.

Souto e Moreira (2021) refletem que as diferenças biológicas também influenciaram na construção de desigualdades de gênero a partir do papel reprodutivo e materno no qual a mulher foi reafirmada através da chamada “natureza feminina”. Assim, não se pode deixar de considerar o conceito de gênero, a relação intrínseca que a mulher possui com seu próprio corpo e a saúde a partir de questões menstruais, reprodutivas, gravídicas, além das DCNTs etc. Portanto, a saúde se torna um ponto de intersecção para observar como um campo que deve envolver toda a integridade humana é afetada pelos fatores sociais de uma época e os elementos biológicos do corpo, pois lida com tipos diferentes de especificidades, sobretudo no que concerne ao gênero. Ressalta-se o perfil das mulheres quanto a idade, em primeiro momento.

Os dados demonstram a seguinte realidade do público deste estudo: 36% das respondentes possuem entre 18 a 25 anos, sendo a faixa-etária que mais se evidenciou dentre as outras. Em seguida, as mulheres entre 26 e 35 anos representaram cerca de 28,8%, apresentando-se como o segundo maior público para o qual este questionário chegou. Observa-se que o compartilhamento via redes sociais pode ter sido um fator essencial para atingir esse coletivo, visto que ambas as faixas fazem parte do público majoritário da pesquisa, o que pode ter uma explicação coerente em virtude do uso das mídias.

Argumentando que as mulheres são a maioria no ambiente digital no Brasil, com um consumo principal relacionado às redes sociais, sobretudo entre os 24 e 45 anos (Meio e Mensagem, 2022), ter esse grupo como maior a ser alcançado pelo questionário reflete um pequeno recorte da realidade nacional. Além disso, é possível apontar que a faixa-etária entre 36 e 45 anos também se apresentou como um destaque no questionário, demonstrando o interesse entre as mulheres de meia-idade na pesquisa e o uso de ferramentas digitais para

respondê-la. Isto também pode ser dito, mesmo que em menor escala, para faixa-etária de 45 e 55 anos, que representa cerca de 9,6% do público respondente.

Quanto às duas últimas faixas-etárias analisadas, - entre 56 e 60 anos e mais de 60 anos -, houve percentual menor de respondentes, em que ambos atingiram o percentual de 2,4% cada. Este recorte pode ser resultante de um menor consumo da *internet* por pessoas dessas faixas-etárias, o que é retratado pelo IBGE (Nery, 2023) como um cenário em mudança por haver um aumento progressivo, embora gradual, para idosos. Isso repercute em pequenas proporções no cenário desta pesquisa, visto a baixa incidência desse público.

Conforme o Boletim Epidemiológico Especial da Mulher (Brasil, 2023), o processo de envelhecimento da população, em aliança a maior expectativa de vida entre as mulheres, reforça um maior estudo acerca de políticas públicas que observem esse público *a posteriori*. Sendo assim, apesar da necessidade em trazer uma visão mais profunda sobre esse público em detrimento do crescente percentual de mulheres idosas no País, o perfil etário das respondentes deste estudo caracteriza-se sobretudo entre os 18 e 55 anos.

Observa-se que, ao considerar a complexidade entre o gênero e saúde, possibilita-se discutir um aspecto em comum entre ambas: a informação. A interdependência entre as três torna a equidade um caminho viável, principalmente porque as desigualdades sociais e normas culturais impactam de forma diferente a vida das mulheres quanto ao acesso à informação sobre seus cuidados. A falta de informação e acesso desigual às tecnologias digitais, dentre outros aspectos, pode perpetuar essa diferenciação, limitando o olhar dessas mulheres sobre si, como é o caso também da questão etária, vista acima, e a discussão racial.

Em continuidade, no que concerne à identidade étnico-racial, o maior grupo de respondentes identificou-se como “Parda” (52,8%), seguida pela opção “Branca” (36,8%) e, por fim, o menor público alcançado foi o de mulheres identificadas como “Pretas” (10,4%), conforme a Figura-9. Desse modo, pode-se afirmar que o público mais alcançado por esta pesquisa foram as mulheres pardas, o que é relacionável ao Censo do IBGE de 2022 (Belandi; Gomes, 2024) e apresentou um aspecto interessante: pela primeira vez, desde o início dos anos 1990, a maioria do Brasil se declarou parda, traduzindo-se em 45,3% da população. Quanto às regiões brasileiras, o Norte se destaca com mais pessoas pardas (67,2%), enquanto o Nordeste se apresentou como região com maior número de pessoas negras (13%).

No caso do Ceará, sendo uma exceção no Nordeste, a maioria da população se identifica como parda (64,7%), enquanto as pessoas pretas representam 6,8% - o terceiro menor percentual do Estado, segundo a Agência IBGE Notícias (2023). Entre esses dois

grupos, as pessoas brancas ocupam a segunda posição, correspondendo a 27,9% da população. Estes dados auxiliam a compreender melhor os resultados provenientes do questionário, pois a distribuição das respostas por cor se relacionou com os percentuais do Censo do IBGE. A semelhança entre os dados sugere que a amostra da pesquisa está alinhada à realidade cearense, conforme o quadro-3:

Quadro 3 - Percentual de mulheres quanto a cor nesta pesquisa e no Censo do IBGE de 2022

IDENTIFICAÇÃO DE COR/RAÇA	RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO	CENSO IBGE 2022
Parda	52,2%	64,7%
Branca	36,8%	27,9%
Preta	10,4%	6,8%

Fonte: Adaptado de Censo IBGE (2022)

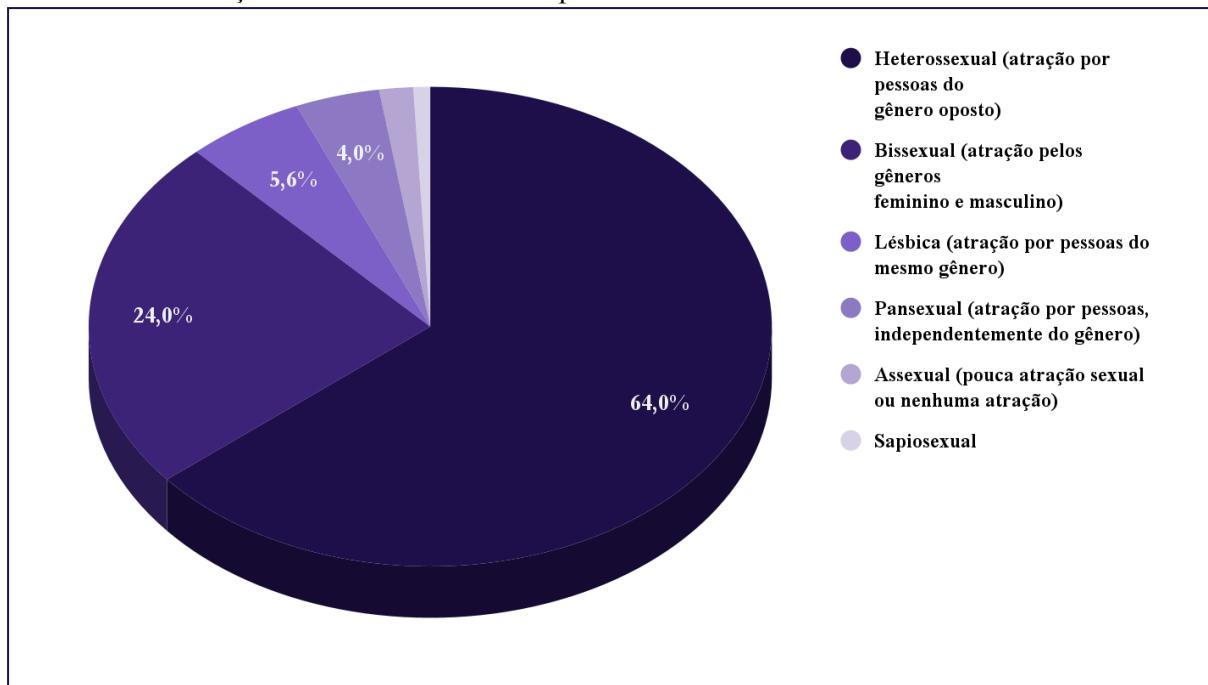
São os fatores que podem determinar a resposta de uma pessoa com relação a sua autoidentificação, pois até a maneira como ela é colocada no questionário pode influenciar sua resposta. Esta associação surge como uma forma de demonstrar a importância de alinhar os dados de pesquisa a levantamentos populacionais mais amplos e, assim, promover sua efetividade na discussão realizada, tanto para verificar o grau de representatividade como para avaliar os serviços institucionais da saúde.

Segundo Monteiro e Villela (2005), a busca pela atenção integral à saúde feminina também é resultante das mudanças sociais e políticas que revistaram as práticas relacionadas às especificidades desse grupo. Portanto, os postulados de um tempo não se apresentam como neutros, estáveis ou homogêneos, visto que fazem parte da dinâmica dos processos e disputas históricas. São descontínuos e fragmentários e, com relação aos grupos vulnerabilizados, provém de conquistas de movimentos sociais.

Além disso, o papel de cor/raça no Brasil influencia nas iniquidades em saúde e a luta proveniente desse combate acaba por subsidiar políticas destinadas à redução de diferenças. O racismo e o sexism são fenômenos que atuam diretamente no direito dos grupos afetados e colocam as mulheres, sobretudo as mulheres negras, em uma situação de menor expectativa de vida e maior índice por transtornos mentais, por exemplo (Oliveira, Kubiak, 2019; Brasil, 2023). Isto demonstra que, assim como os autores afirmaram acima, dissociar a realidade do contexto da saúde segmenta as políticas de cuidado a não visualizarem a coletividade.

Em seguida, outro elemento a se dar destaque é a orientação sexual das mulheres respondentes (Gráfico 1), visto que essa característica faz parte da vida e dos cuidados de saúde de uma pessoa. Sendo assim, é possível observar que a maioria do público se identificou como “Heterossexual” (64%). Em sequência, o segundo maior grupo definiu-se como “Bissexual” (24%) e, em terceiro, estão as mulheres que se consideram “Lésbicas” (5,6%). Dentre as respostas obtidas, havia outras sexualidades, como: “Pansexual” (4%), “Assexual” (1,6%) e, na opção “Outros”, uma pessoa declarou-se “Sapiosexual” (0,8%).

Gráfico 1 - Orientação sexual das mulheres respondentes



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Conforme estudo realizado pelo IBGE no Brasil, cerca de 94,8% das pessoas acima de 18 anos se declaram heterossexuais, enquanto 1,2% se identificam como homossexuais e 0,7% como bissexuais, não considerando o gênero para realizar o recorte (Agência IBGE Notícias, 2022). Isto demonstra que a sexualidade necessita de mais pesquisas que façam essa especificação, visto que a comunidade LGBTQIAPN+⁴ abrange as mulheres bissexuais e lésbicas. Então, apesar desta pesquisa ser direcionada à saúde da mulher, a sexualidade também faz parte desse conjunto de vivências e características, visto que as mulheres sáficas⁵

⁴ “LGBTQIAPN+ é uma sigla que abrange pessoas que são Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pan, Não-binárias e mais” (Anamantra, 2023-2025, p.18).

⁵ “Com a ascensão desse fenômeno, passou-se a discutir o termo a ser utilizado para descrever esses relacionamentos, uma vez que muita gente se sentia excluída com a utilização da palavra ‘lésbica’ para designar especificamente o envolvimento de pessoas alinhadas ao feminino. Sendo assim, buscando um cenário de inclusão e respeito pelas mais diversas sexualidades, surgiu o termo ‘sáfica’. Vale mencionar que, para além do termo, ‘sáfica’ também pode ser uma orientação em si” (LGBTQ+Spacey, 2023).

também podem utilizar dos serviços de saúde pública. Portanto, este indicador está aqui para prover uma visão holística das respondentes a fim de construir um perfil sólido e que seja realista no contexto atual.

No Ceará, cerca de 94,5% das pessoas se declaram heterossexuais e 1,2% se consideram homossexuais ou bissexuais. Ressalta-se que, as mulheres, há uma reafirmação de dados já visualizados aqui ao nível nacional, no qual se sabe que sua maioria, sejam heterossexuais, bissexuais ou lésbicas, se autodeclaram pardas. Contudo, com relação ao grau de instrução, um tópico surge: enquanto os homens gays apresentam um número maior no ensino superior, grande parte das mulheres lésbicas possui somente o nível médio (Ceará, 2023).

Nesse sentido, é possível ver como a interseccionalidade é um fator inegável, principalmente quando se observa que a mulher sáfica pode estar disposta a diversas situações sociais que a coloquem em vulnerabilidade, possibilitando influências negativas à sua saúde. Considera-se assim o pensamento de Crenshaw (2004) sobre esse conceito, no qual ela aborda a interseccionalidade como aquela que coloca em voga os tipos de diferenças. É acerca dessa diferenciação que as questões de gênero e raça podem ser discutidas de forma mais abrangente, sobretudo com relação à sexualidade da mulher, elementos evidenciados acima, ressaltando as distinções sociais através dos dados coletados.

Ainda, as características de gênero apresentam variações históricas, dependendo da realidade da sociedade e das relações no exercício do poder, enquanto a questão biológica se dá pelo corpo e forma como o ser humano se relaciona com o mundo. O que se dita como “pessoa” é um organismo com um cérebro que opera as ações de um corpo que interage com o ambiente externo e está em transformação. Quando o gênero implica em uma diferenciação, uma categorização, ele traz a possibilidade de considerar o corpo por meio dos processos de reconhecimento de identidades, desigualdades e percepções sobre o processo saúde-doença (Louro, 2000; Gualda, 2002).

Com isso, Vilella e Monteiro (2005) afirmam que a mulher, ao longo do tempo, passou a não ser definida somente pelo seu desempenho reprodutivo, mas também pelo seu direito de exercer a potencialidade de seus corpos, projetando a discussão da sexualidade. Outros debates podem ser acionados, como os métodos contraceptivos, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) etc, fatos que estão diretamente associados à saúde desse grupo.

A sexualidade também envolve um ponto a ser ressaltado que pode ser trazido à discussão mediante o pensamento de Griffin (2002) de que, por mais que a conquista dos

direitos das mulheres faça parte do cenário contemporâneo, concessões foram feitas. Isso é expresso na feminilização da pobreza e da força de trabalho que reflete a conquista do direito à independência financeira da mulher, mas que, por outro lado, expõe esse grupo a segundas e terceiras jornadas de trabalho. Não obstante, o próprio uso de métodos contraceptivos reflete a revolução da liberdade feminina, mas reflete um uso maior desses cuidados somente às mulheres.

Isto pode ser melhor visualizado quanto a relação do cuidado e bem-estar da mulher, sobretudo em família e na comunidade, e a questão das duplas ou triplas jornadas de trabalho. Ambas colocadas no questionário de pesquisa a fim de compreender a opinião das respondentes sobre tais construções. Contudo, em continuidade a discussão sobre sexualidade, cabe ressaltar a reflexão abaixo, em que a responsabilização da mulher se dá de modo dualista.

Essa visão da responsabilidade feminina quanto aos cuidados contraceptivos encontra-se ao lado da percepção tendenciosa acerca da popularização do anticoncepcional e outros métodos inevitavelmente destinados à mulher. Está disposta aos estigmas sociais, desinformação da população e falta de perspectiva da própria comunidade científica na busca por dividir os cuidados relativos à sexualidade (Moraes *et al.*, 2021). Assim, a sexualidade feminina não se torna apenas uma conquista para sua vida e bem-estar, mas também concede a discussão sobre até que ponto a evolução da saúde está considerando os recortes de gênero.

De todo modo, apesar da maioria das mulheres que responderam o questionário terem se declarado heterossexuais, é importante ressaltar a diversidade. Isto é, para melhor compreender as questões sexuais da mulher, buscar entender sua orientação sexual faz parte desse processo, visto que, para Oliveira (1999, p. 26), “o real não é real, quando não estiver relacionado com as incertezas históricas, sociais, políticas, de gênero e raça”.. Dessa forma, continuando a observar os aspectos que fazem parte da vida da mulher, a situação conjugal é o próximo tópico a ser avaliado.

Em relação à indagação acerca da situação conjugal, constatou-se que a maioria das respondentes se declarou “Solteira” (59,2%), enquanto 18,4% são casadas e 13,6% possuem união estável. Por fim, cerca de 7,2% são divorciadas e 1,6% são viúvas. Esse indicativo confere ao que Evedove *et al.* (2021) retrata sobre uma abordagem mais ampliada da saúde e em como a situação conjugal se relaciona aos indicadores que a influenciam. Conforme os autores, se constatou que o papel da esposa, muitas vezes, relaciona-se a maiores responsabilidades, gerando um maior descontentamento e, por consequência, um maior pedido de divórcio e separação.

Estes dados são importantes para compreender o cenário brasileiro quanto à situação conjugal das mulheres. O País apresenta um número maior de solteiros do que de casados, embora tenha tido um crescimento da união estável nos últimos anos (Brasil, 2021). Apesar disso, a questão social que envolve a situação conjugal para mulheres tem raízes mais profundas. Conforme o Datafolha (Brasil de Fato, 2023), metade das mães brasileiras são solteiras, um dado preocupante quando se observa que 69% das mulheres no País têm ao menos um filho. Isto é, estas mulheres se encontram não apenas em uma maternidade solitária, mas também estão sozinhas no que concerne a falta de um cônjuge, o que evidencia um fator preocupante para a manutenção de sua saúde.

Ainda relacionada a pesquisa citada acima, o Datafolha evidencia que somente 36% das mulheres sem filhos ingressaram na universidade de modo geral, enquanto apenas 9% cursaram até o ensino fundamental. Nesse sentido, a probabilidade de uma mulher que não tenha filho ter completado o ensino superior é 112% maior do que as mães com crianças pequenas (Brasil de Fato, 2023). O reflexo por detrás desses dados ao nível nacional é de uma realidade que ainda é arraigada a uma figura: a mulher como cuidadora principal e, muitas vezes, único suporte de seu filho, jornadas duplas ou triplas de trabalho, acesso limitado à educação e, consequentemente, a sobrevivência com um salário-mínimo.

Entre 2012 e 2021, o percentual de domicílios chefiados por mulheres cresceu de 36% a 48%, número que chegou a 50% no Nordeste. Isto é, o trabalho formal, bem como os afazeres domésticos, levou a mulher a ter uma segunda jornada de trabalho, pois, ainda em 2019, cerca de 92,3% das mulheres com 14 anos ou mais já realizavam atividades domésticas (Brasil, 2023). É nessa perspectiva que Leão e Marinho (2002) afirmam que as transformações demográficas e epidemiológicas do Brasil são resultantes também de um acentuado crescimento populacional, seguida de grande redução da fecundidade, caracterizada também pela questão socioeconômica.

A questão da natalidade é considerada pelas questões apresentadas acima. Cerca de 68,8% das mulheres respondentes do questionário não têm filhos e, por outro lado, 31,2% afirmou ter filhos. Conforme o IBGE (Custódio, 2024), houve uma redução de 5,6% dos registros de nascimento e, apesar da queda ao nível nacional, o Ceará permaneceu com o menor índice de queda na Região Nordeste, em contraposição a Paraíba que apresentou uma queda de 9,9%. Isto significa que o Ceará ainda constitui uma taxa equilibrada, embora esteja em uma decrescente gradual.

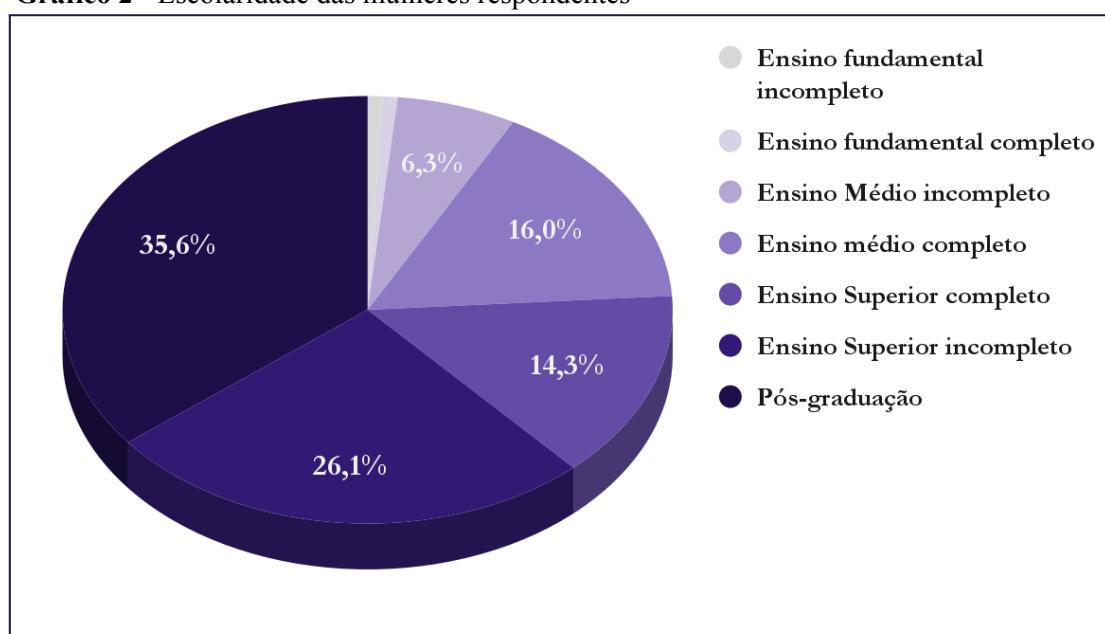
Com isso, a reprodução e o crescimento populacional levaram os países a buscar uma regulamentação da natalidade e isso se traduziu em práticas de planejamento familiar e ordem

médica. Tais práticas entraram em conflito com as demandas dos movimentos feministas para combater as desigualdades provenientes do autoritarismo governamental e machismo em prol dos direitos reprodutivos e sexuais. Nesse contexto, a hegemonia do pensamento biomédico ditava, no âmbito das ciências naturais, a construção do corpo feminino e do lugar social da mulher (Moura, Silva, 2004; Monteiro, Villela, 2005).

Em continuidade, a matéria apresenta uma informação essencial para compreender sobre o número de filhos dessas mulheres, bem como de que maneiras as questões econômicas influem na sociedade. Cerca de 44% das mães solo no País sobrevivem com até R\$ 1.212 e, entre as mães casadas, esse índice cai para metade (22%) (Brasil de Fato, 2023). Tais prerrogativas vão ao encontro do próximo tópico a ser discutido, no qual o questionário trabalhou com determinados aspectos acerca da escolaridade das mulheres respondentes e sua situação econômica.

Ressalta-se, em primeiro momento, que o questionário foi compartilhado via redes sociais e e-mail institucional, o que pode ter influenciado na obtenção de um público direcionado à Universidade. Contudo, é relevante pontuar que, apesar de 35,6% das mulheres estarem ao nível de Pós-graduação, o segundo grupo com maior número de respondentes é de mulheres com Ensino Superior Incompleto (26,4%), enquanto apenas 14,4% das mulheres completaram o Ensino Superior. Pode-se observar que muitas mulheres que estão realizando suas especializações representam uma amostra diferente, o que pode estar relacionado a fatores socioeconômicos, conforme se apresenta no Gráfico - 2.

Gráfico 2 - Escolaridade das mulheres respondentes



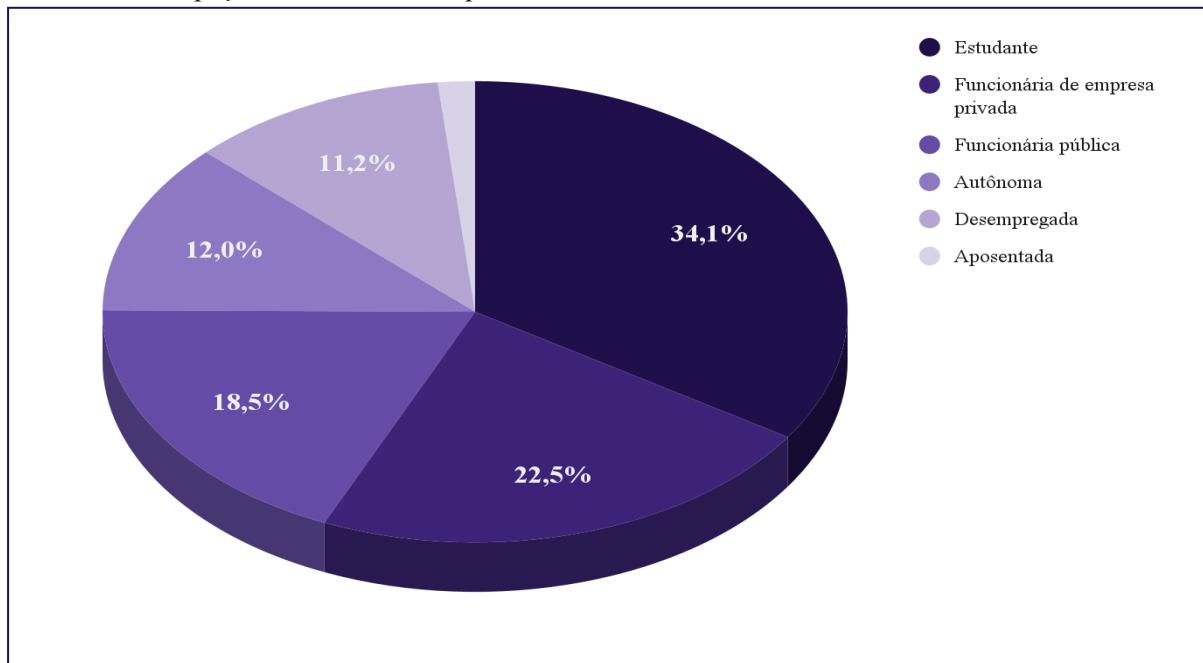
Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Isso demonstra que o crescimento das mulheres na Pós-graduação é uma realidade cada vez mais palpável, representando cerca de 55% das pessoas matriculadas ao nível *stricto sensu* no País (Brasil, 2024). Por outro lado, a presença significativa de mulheres com o Ensino Superior Incompleto pode apontar para desafios estruturais que envolvem a educação, bem como as questões de gênero na sociedade, sobretudo ao considerar a maternidade como um desses fatos. Desse modo, observa-se que há uma polarização no acesso à educação.

Em menor proporção, têm-se as mulheres com Ensino Médio Completo (16,2%), Ensino Médio Incompleto (6,4%), Ensino Fundamental Completo (0,8%) e incompleto (0,8%). A questão educacional, bem como os fatores econômicos, é apresentada aqui como um fator para investigar a saúde da mulher em virtude de suas influências na vida do ser humano. Desse modo, observa-se que essa menor proporção de escolaridade vai ao encontro dos dados divulgados pelo Ipece (Martins, 2023), no qual o nível de escolaridade médio das mulheres cearenses atingiu um crescimento de 18,4% em 11 anos entre 2012 e 2022. Nesse sentido, o estudo da instituição revelou que, pela primeira vez, o número de mulheres não escolarizadas foi superado pela proporção de mulheres com escolaridade básica.

Pode-se afirmar que as mulheres respondentes são, em sua maioria, formadas ou estão em formação estudantil, visto que, conforme a análise dos dados sobre a sua ocupação, cerca de 34,1% apresentaram-se como estudantes. Essa comparação é importante para entender que o principal público atingido por essa pesquisa esteve ou continua cursando o Ensino Superior, embora o segundo maior grupo esteja trabalhando em Empresas Privadas (22,5%), conforme o Gráfico-3. Os maiores percentuais abrangem parte da realidade cearense, em que houve um crescimento das mulheres no mercado de trabalho de 37,69% para 46,28% entre 2023 e 2024 (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados - Caged, 2024).

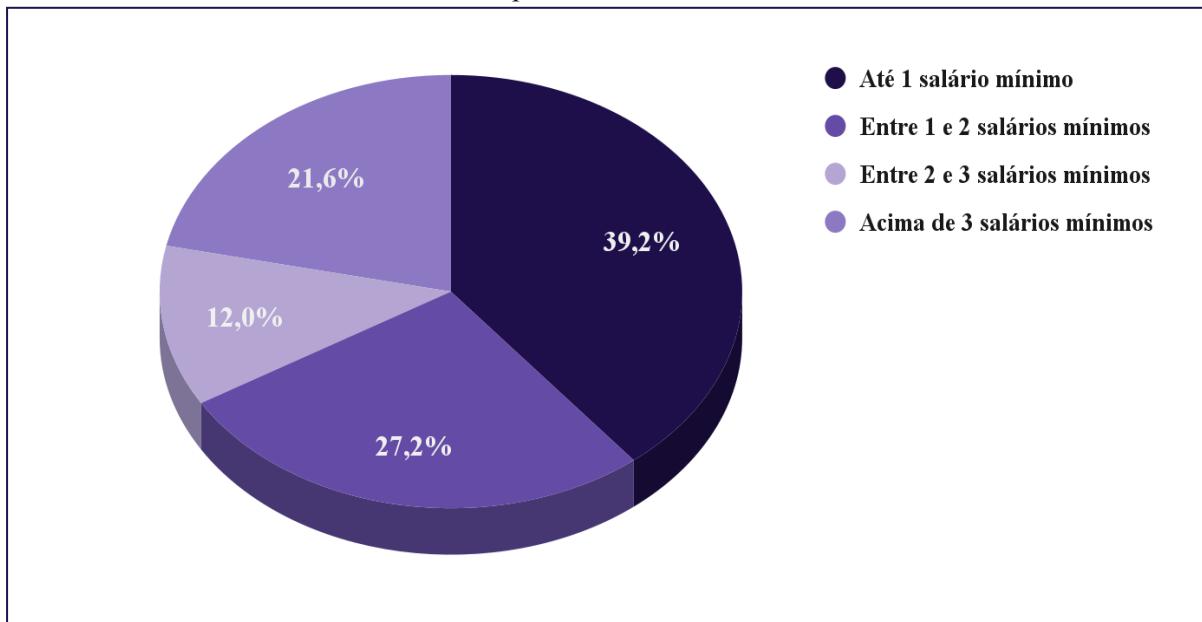
O terceiro grupo com maior incidência no questionário foi o de mulheres do Setor Público (18,5%), seguido pelo número de mulheres que são autônomas (12%). Ainda, foi constatado que cerca de 11,2% das respondentes se encontram desempregadas, enquanto apenas 1,6% estão aposentadas. A reunião desses dados leva a uma discussão quanto ao desemprego no Brasil, visto que a população feminina que está fora do mundo trabalho chega a 42 milhões, enquanto os homens apresentam um quantitativo de 23 milhões. Este percentual é expressivo ao se fazer um recorte de cor e classe, pois a taxa de desemprego de mulheres negras está entre 11,1%, em contrapartida, a taxa de mulheres brancas, que está em 9,2% (SINDPD Ceará, 2024).

Gráfico 3 - Ocupação das mulheres respondentes

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Além disso, a questão do salário também é influenciada por diversos fatores e, segundo o SINDPD Ceará (2024), a pesquisa da Caged também informou que as vagas que exigem ensino superior chegam a ter uma diferença de 29,3% para postos equiparados. Isto é, enquanto homens recebem, em média, R\$ 5.052, as mulheres recebem R\$ 3.570, apresentando uma diferença de mais de um salário-mínimo em 2024, equivalente a R\$ 1.482. Esse panorama é necessário para compreender o Gráfico - 4 abaixo, no qual é apresentado a renda mensal das mulheres respondentes do questionário.

Consoante as informações do Gráfico - 4, cerca de 39,2% das mulheres declararam que recebem até um salário-mínimo, isto é, R\$ 1.509, seguido por 27,2% por aquelas que recebem entre um e dois salários-mínimos. O terceiro maior grupo que recebe acima de três salários-mínimos apresenta um percentual de 21,6%, enquanto o menor quantitativo de mulheres recebe entre dois e três salários-mínimos (12%). A questão da renda mensal é latente ao comparar os dados obtidos acerca do nível de escolaridade das mulheres, a situação conjugal e a questão da natalidade.

Gráfico 4 - Renda mensal das mulheres respondentes

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Diante dos dados apresentados nos quadros acima, foi possível perceber que a grande parte das mulheres que se encontram separadas de seus cônjuges e são mães solo no Brasil, vivem com uma renda mensal abaixo da média salarial. A maioria desse público autodeclara-se como parda e/ou preta, colocando em voga a questão da maternidade solitária e da raça como fatores interseccionais que influenciam na manutenção das desigualdades vigentes e influenciam sua saúde. A escolaridade é um fator contundente nesse quesito, sobretudo porque esse público, em maior parte, não chega a iniciar ou até mesmo completar o ensino superior.

Esses aspectos devem ser considerados como fatores que influenciam a saúde da mulher, principalmente quando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) reitera que a situação da saúde feminina é agravada pela discriminação, sobrecarga e responsabilidades demasiadas, o que se traduz no adoecimento frequente de mulheres com relação aos homens. Apesar de apresentar uma expectativa de vida maior do que a de homens, a vulnerabilidade feminina a determinadas doenças e causas de morte, muitas vezes, pode se relacionar a situação discriminatória do que a propriamente fatores biológicos (Agência Gov, 2024).

Todavia, é preciso considerar os indicadores epidemiológicos quanto a sua saúde na perspectiva de compreender como ambos podem atuar sobre os indivíduos. As DCNTs caracterizaram um crescimento vertiginoso nas últimas décadas, enquanto as doenças cardiovasculares seguem sendo a principal causa de morte de mulheres no Brasil. Em 2021,

cerca de 75.682 mulheres em idade fértil morrem por causas evitáveis, ou seja, doenças que são preveníveis total ou parcialmente, como nas DCNTs, que apresentam um percentual de morte feminina de 33,7% (Brasil, 2023).

Além de causar um maior índice de mortalidade no mundo, as DCNTs também prejudicam a qualidade de vida, limitando à pessoa e a incapacitando no cotidiano. Elas são caracterizadas por uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, comportamentais e ambientais, dentre outros. São responsáveis pelos altos custos e encargos financeiros sobre as pessoas, sociedades e sistemas de saúde em detrimento de sua incidência, sendo seus principais tipos: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas (Malta *et al.*, 2020; Brasil, 2023). Conforme o Boletim Epidemiológico Especial da Mulher (Brasil, 2023), a distribuição proporcional de óbitos prematuros de mulheres por DCNT tem um recorte etário e de raça/cor, a ser melhor visualizado no Quadro - 4 em uma divisão por faixa-etária.

Quadro 4 - Proporção de óbitos com base na faixa-etária e raça/cor/etnia

FAIXA-ETÁRIA	RAÇA/COR/ETNIA	PROPORÇÃO DE ÓBITO
30 a 49 anos	Indígenas	28,8%
	Pardas	22,7%
50 a 59 anos	Pardas	30,6%
	Pretas	29,7%
	Indígenas	29,7%
60 a 69 anos	Amarelas	53,5%

Fonte: Adaptado de Boletim Epidemiológico Especial da Mulher (2023)

É possível observar que os dados acima revelam desigualdades significativas quanto à incidência de DCNTs na população que, por sua vez, pode estar associada a fatores socioeconômicos e o acesso aos serviços de saúde. Apesar das informações apresentarem a proporção em mulheres indígenas e amarelas, serão considerados três públicos que dialogam com os dados das participantes do questionário de pesquisa. Assim, há uma maior vulnerabilidade de mulheres pardas, seguidas pelo percentual de mulheres pretas na faixa etária de 50 a 59 anos. Com relação às mulheres brancas, pode-se dizer que, apesar de

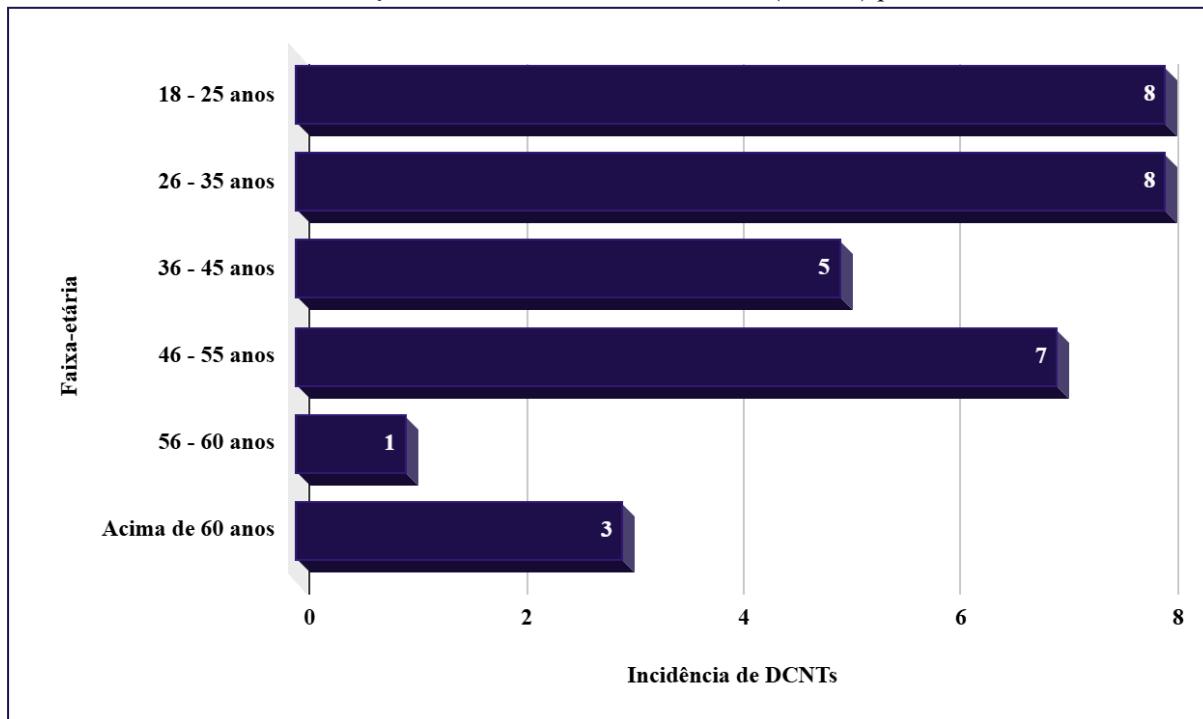
apresentar 53,5% de proporção de óbitos, elas continuam em uma faixa-etária mais avançada, o que reflete uma maior expectativa de vida com relação aos outros grupos.

Esse panorama se faz importante para compreender os dados das respondentes do questionário e, além disso, reforça a necessidade de garantir políticas públicas específicas para reduzir as desigualdades raciais e sociais, sobretudo com relação a mulheres em vulnerabilidade social. Segundo estudo publicado pela *The Lancet Public Health* (Fricke, 2024), as mulheres tendem a passar a vida com a saúde mais debilitada, sobretudo com dores lombares, de cabeça e depressão. As dores femininas estão associadas, principalmente, ao trabalho, manutenção da casa e deveres de cuidado.

Sobre isso, Bóris e Cesídio (2007) contemplam que o corpo feminino e sua subjetividade são acompanhados por diversos processos de transformação social e histórica e as metamorfoses da informação e do conhecimento pautaram o cerne desses reflexos. Aspectos estes foram incorporados à cultura, linguagem, hábitos e costumes. Em concordância, pode-se associar esse pensamento à fala de Viola, Romeiro e Vetter (2018), de que deve se ter subsídios adequados para seguir um caminho adequado no campo da saúde. Nessa perspectiva, apresenta-se a incidência de DCNTs coletada via questionário a seguir.

Quanto a sua incidência, cerca de 74,4% das respondentes negaram ter algum tipo de DCNT, enquanto 25,6% afirmaram ter algumas das doenças citadas. Desse modo, os dados evidenciam que o público a quem a pesquisa se direcionou não obteve uma maioria significativa com relação à incidência desse índice. Contudo, a existência de afirmativas para ela trouxe a possibilidade de destrinchar melhor essas informações. Para tal, foi elaborado o Gráfico-5 como uma maneira de aprofundar a discussão.

Neste gráfico, é possível identificar que o maior grupo de mulheres que possuem algum tipo de DCNT está dividido em duas faixas-etárias: de 18 e 25 anos, e 26 a 35 anos. Em seguida, as mulheres com 46 e 55 anos são tidas como terceiro maior grupo, enquanto apenas duas mulheres acima de 60 anos afirmaram ter uma DCNT. O menor número está na faixa de mulheres entre 56 e 60 anos, com apenas uma respondente. Isto ressoa de diferentes formas para reflexão desta pesquisa. Antes de colocar em voga o fator da idade, deve-se considerar que o questionário não chegou a um número significativo de mulheres nas últimas duas faixas etárias, o que significa que houve uma subnotificação, isto é, não chegou a um número equivalente a outras faixas-etárias, como as primeiras apresentadas cima. Portanto, o foco será dado aos primeiros grupos, que também se caracterizam como parte do público-alvo da pesquisa.

Gráfico 5 - Incidência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) por faixa-etária

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Em estudo realizado pela Faculdade Federal de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (2023), foi constatado que houve um aumento de DCNTs em pessoas mais jovens, entre 18 e 34 anos, relacionando-se a maus hábitos alimentares e a falta de cuidados com a saúde. Esta faixa-etária apresentou um comportamento de risco para essas doenças com um índice de 21% maior do que pessoas com mais de 60 anos. Esse dado associa-se ao fato de que, conforme a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (Brasil, 2020), as doenças crônicas atingem mais as mulheres, isto é, são 2,5 milhões (55,4%) em comparação a 1,6 milhão de homens (41,7%) portadores dessas enfermidades.

No Nordeste, essas doenças atingem 14 milhões de pessoas, traduzindo-se em um percentual de 36,3%, embora esta região fique em quarto lugar em comparação às outras, ficando atrás do Sul, sudeste e Centro-Oeste, respectivamente. Todavia, um fator é comum a todas: as mulheres possuem uma maior prevalência de DCNTs. Isto pode ser explicado, conforme o documento, pelo fato de as mulheres buscarem mais o atendimento à saúde do que os homens, o que facilita o diagnóstico.

Seguindo nesta perspectiva de que a saúde da mulher é formada por diversos aspectos, dentre eles os biológicos, foi abordado o perfil epidemiológico com base nas doenças crônicas por sua incidência com o público feminino. Chegou-se a conclusão, neste tópico, de que a maioria das mulheres respondentes não possuem tais enfermidades, contudo, as que

possuem são jovens, seguida por mulheres que estão entrando na meia-idade. Isto acende um alerta para a saúde desse grupo, sobretudo da primeira faixa-etária, que estão apresentando um maior comportamento de risco quando observado por uma lente ao nível nacional.

Assim, em continuidade, outro fator a ser analisado pelo questionário é uma questão latente da mulher: a menstruação. Para tal, recorre-se a Gualda (2009), que retoma a ideia de que o corpo expressa os fenômenos naturais e orgânicos que surgem ao longo da vida de uma pessoa e, conforme os parâmetros sociais dispostos a determinado tempo, as ações cotidianas sobre o corpo são influenciadas. Nesse sentido, tanto a sexualidade quanto os fatores referentes à estética podem afetar o ser humano e, no caso do recorte de gênero, as mulheres em específico. Isto posto, estende-se esse pensamento à questão menstrual, visto que ela é um fator relacionado tanto a saúde do corpo da mulher quanto a sexualidade e natalidade.

Em pesquisa feita pela Febrasgo, Bayer e Datafolha (2017), foi divulgado que cerca de 55% das mulheres que menstruam não gostariam de passar por isso, sobretudo por conta de incômodos no corpo, cólica e desconforto durante o período. Em contrapartida, cerca de 47% afirmaram se sentir saudável ao menstruar, vendo o processo como algo natural e uma maneira de limpar o corpo, além de indicativo de que não há gestação. Sabe-se, no entanto, que sangramentos também podem ocorrer em uma gravidez e, portanto, não se pode afirmar completamente que uma mulher não está grávida por isso, em determinados casos.

A menstruação é um tópico delicado no que concerne a saúde da mulher, pois a sua existência no corpo implica em sintomas que podem prejudicar a vida funcional dessas pessoas. Antes de tudo, reitera-se que a pesquisa foi direcionada a mulheres cisgênero, no qual se tem o pressuposto de que essas pessoas nasceram com o útero. Contudo, é importante ressaltar que nem toda mulher cisgênero possui útero, isto é, pode ter passado por um procedimento de histerectomia parcial/total ou por algum problema de saúde que torne este órgão, bem como seus ovários, e outros formadores de seu sistema reprodutivo, inativo(s) de algum modo e, por isso, tornar sua menstruação também um processo espaçado ou quase inexistente.

Desse modo, o questionário mapeou a frequência da menstruação das mulheres respondentes a fim de retratar também se esse processo se dá de forma regular, desregular, e se essa mulher está entrando ou já se encontra na menopausa. Em se tratando da menstruação, cerca de 63,2% afirmaram menstruar regularmente, enquanto 16,8% relataram que possuem um ciclo desregulado. Destaca-se que, no entanto, que o segundo maior percentual deste tópico está relacionado a mulheres que não menstruam mais, com cerca de 18,4%, enquanto apenas 1,6% afirmaram estar entrando na menopausa. De modo mais profundo,

contabilizando o número de mulheres respondentes de cada categoria por faixa-etária, chegou-se ao seguinte resultado no Quadro - 5.

Nele, é possível observar que a maioria das mulheres que menstruam regularmente estão na faixa de 26 a 35 anos, seguida pela faixa de 18 a 25 anos. Já na faixa de 36 a 45 anos, há uma queda desse número, enquanto entre mulheres de 46 e 55 anos esse número chega a três pessoas. Contudo, um fato relevante para considerar é o de que a desregulação da menstruação se fez comum entre mulheres de 18 a 25 anos, logo seguida por mulheres entre 36 e 45 anos. Além disso, a faixa que obteve mais destaque ao não menstruar está entre 46 e 55 anos, que apresenta um número maior de mulheres do que entre 56 e 60 anos, e acima de 60 anos, conforme o Quadro-5.

Quadro 5 - Quantidade de mulheres por frequência de ciclo menstrual e faixa-etária

MENSTRUAÇÃO		
FREQUÊNCIA	FAIXA-ETÁRIA	QUANTIDADE
Sim, regularmente	18 - 25 anos	29
	26 - 35 anos	30
	36 - 45 anos	17
	46 - 55 anos	3
Sim, de forma desregulada	18 - 25 anos	13
	26 - 35 anos	3
	36 - 45 anos	5
	46 - 55 anos	-
Sim, mas estou entrando na menopausa	46 - 55 anos	2
Não menstruo mais	18 - 25 anos	4
	26 - 35 anos	3
	36 - 45 anos	3
	46 - 55 anos	7
	56 - 60 anos	3
	Acima de 60 anos	3

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Ressalta-se que a irregularidade do ciclo menstrual pode ser um dos fatores que causam doenças, tais como o Sangramento Uterino Anormal (SUA), Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP), Endometriose, Leiomiomas/Miomas, Pólipos uterinos, Sinéquias (vaginais ou uterinas – Asherman), Doença Inflamatória Pélvica (DIP), Hipogonadismo,

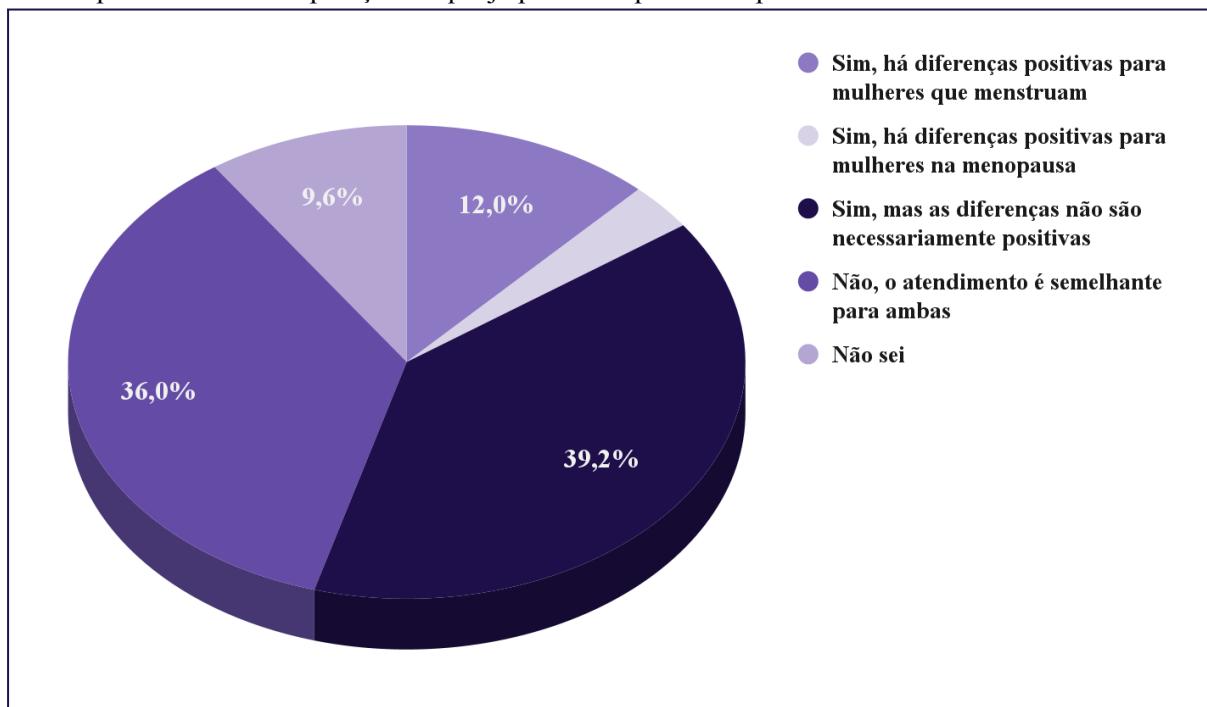
dentre outras. Também, é possível dizer que alterações hormonais e de humor podem ser características presentes, bem como o estilo de vida da mulher (Martins, 2023).

Nesse sentido, a manutenção da vida da mulher por meio dos cuidados com a menstruação, considerando que a maioria do público respondente se encontra com o ciclo menstrual regulado, deve receber atenção da saúde pública. Para tal, o Governo Federal desenvolveu o Programa Dignidade Menstrual a fim de promover a saúde da pessoa que menstrua, visto que uma em cada quatro meninas faltam à escola em decorrência das questões da menstruação. Além disso, cerca de quatro milhões de meninas sofrem com privação de higiene, fenômeno associado à pobreza menstrual. O Programa dá atenção à falta de informação sobre o tema, que se alia ao preconceito e a criação de tabus. Atua também por meio das Farmácias Populares, onde absorventes gratuitos são disponibilizados em todo o Brasil, inclusive no Ceará, tendo como critério principal a pessoa estar inscrita no Cadastro Único no Governo Federal (Brasil, 2024).

A ocorrência da menstruação em mulheres em idade fértil e as informações acerca de mulheres em menopausa, conforme os dados acima, despertou o interesse em visualizar se existem diferenças de atendimento nos serviços de saúde pública para com esses grupos. Para melhor compreender essa afirmativa, Leite *et al.* (2014) traz uma relação desse aspecto da saúde à informação, no qual a informação para saúde associa-se ao ato de informar o usuário sobre seu estado, possibilitando a apropriação da informação por ele. Isto posto, ela atua na conexão entre a percepção do sujeito ao conhecimento pré-existente em sua vida, o atualizando ao proporcionar uma reconstrução de sua visão de mundo. É nesse sentido que Viola, Romeiro e Vetter (2018) recorrem ao direito à informação em saúde ao afirmar que o cidadão deve ser informado sobre todos os aspectos que envolvem sua saúde.

Para tal, o Gráfico-6 demonstra a percepção das respondentes acerca da menstruação, evidenciando sua opinião quanto a diferenças positivas ou negativas. Considera-se que é importante entender a visão dessas mulheres para o cenário da saúde de modo geral. A grande parte das respondentes considerou que existem diferenças na qualidade, atenção e abordagem do atendimento oferecido tanto as mulheres em idade reprodutiva quanto as que estão passando ou se encontram na menopausa, relatando que essas diferenças não são necessariamente positivas (39,2%). Segundo esse pensamento, o segundo maior grupo afirmou que o atendimento se dá de forma semelhante para ambas (36%). Contudo, cerca de 12% relataram haver diferenças positivas para mulheres que menstruam e apenas 9% afirmaram o contrário, isto é, que há diferenças positivas para mulheres na menopausa.

Gráfico 6 - Diferenças na qualidade, atenção ou abordagem do atendimento oferecido a mulheres em idade reprodutiva em comparação às que já passaram pela menopausa



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Vale ressaltar que o climatério é uma fase de transição do período reprodutivo ao não-reprodutivo, isto é, a mulher passa a explorar uma etapa ainda não vivenciada sobre seu corpo. Essa fase é caracterizada pela faixa-etária de 40 a 65 anos, dividindo-se em pré-menopausa, perimenopausa e pós-menopausa. Todas envolvem uma série de sintomas, tais como a diminuição de fertilidade, irregularidade na menstruação e alterações endócrinas, dentre outros (Valença; Germano, 2010). Decerto, é a diversidade de sensações e sentimentos que estão atreladas a menstruação é, muitas vezes, uma experiência única. Contudo, discursos semelhantes podem ser associados mediante o relato das mulheres, proporcionando uma identificação de vivência. Com o intuito de melhor compreender a opinião dessas mulheres acerca do tema, uma questão optativa foi adicionada. A partir disso, 51 respostas foram obtidas, em que as mulheres justificaram sua escolha dentre as opções acima.

Acerca do exposto, os comentários apresentam uma variedade de perspectivas diferentes, mas que se complementam e que são pertinentes à temática. De modo geral, as respondentes relataram uma opinião voltada para a falta de orientação e preparo dos profissionais no atendimento, a priorização de metas e programas de saúde, bem como diferenças no acesso a exames e consultas. Além disso, elas pontuaram uma recepção distante por parte dos profissionais, chegando a ser desrespeitosa em determinados casos. Com o intuito de melhor identificar tais questões, sobretudo com relação às semelhanças e diferenças

encontradas a partir dos relatos, foi elaborada uma nuvem de palavras com relação a esse recorte. Sendo assim, a Figura 8:

Figura 8 - Nuvem de palavras das percepções de mulheres em idade fértil e na menopausa sobre os serviços oferecidos



Fonte: elaborado pela autora (2025)

Nesses casos, pode-se utilizar o pensamento de Leite *et al.* (2014) no que concerne ao direito à informação em saúde. Ele se dá ao caso da informação para saúde, pois esta é tida como uma das condições para a diminuição de vulnerabilidades e, portanto, permitir o desenvolvimento de possibilidades entre corpo e saúde. É necessário haver um equilíbrio entre os participantes desse processo, isto é, aqueles que estão trabalhando nas instituições e o próprio usuário. Assim, deve-se considerar que este último também possui uma história pregressa com necessidades que não estão apenas relacionadas à saúde-doença, mas também nas informações que cercam esses processos.

Nesse sentido, a situação desse público é tida aqui como principal, sobretudo porque, para Griffin (2002), quando uma mulher não comprehende os processos que atravessam seu

corpo, seu direito à saúde e à informação são afetados. Reitera-se que este não é um mérito somente informacional, visto que o contexto atual também permite o ocultamento de desigualdades. O que a autora reforça é que, mesmo com cenário tecnológico, não se pode acreditar em um alcance total para todos, uma vez que tanto as ferramentas tecnológicas quanto a informação de qualidade não chegam a determinados públicos e isto é sintomático.

Quanto a opinião das mulheres que estão na menopausa, a Respondente 4 afirma que “Não é feita uma orientação clara sobre o processo da menopausa”, e sua percepção é complementada pela Respondente 23, que evidencia sua experiência pessoal: “Percebo que não sou orientada em questões como: hormônios, suplementação, mudanças...”. Nesse sentido, a Respondente 115 reitera que “Muitos profissionais de saúde não possuem as competências necessárias para atender mulheres no climatério”, enquanto a Respondente 56 confirma que “Notoriamente as mulheres com maior faixa etária, possuem um tratamento um pouco ‘frio’, com poucas informações e paciência, da parte dos profissionais.”

Ocorre que o climatério é uma fase também caracterizada pela diminuição gradual dos hormônios sexuais femininos através dos ovários, colocando as mulheres sob uma série de sinais e sintomas associadas a Síndrome do Climatério, dentre outras patologias decorrentes, tais como osteoporose e doenças cardiovasculares. Existe uma intensa modificação do corpo que também provém de fatores socioculturais, das condições de vida da mulher e seu grau de privação estrogênica, visto que esta baixa hormonal precede os sintomas mais frequentes. Dentre eles, estão: problemas relacionados à saúde mental, instabilidade vasomotora, atrofia geniturinária, etc (Valença; Germano, 2010). Tais informações se tornam relevantes a entender em virtude da percepção das mulheres respondentes em saber que a menopausa se caracteriza como um período conflituoso, contudo, não sabem exatamente o que ela causa ao corpo feminino.

Desse modo, a maioria das respondentes também mencionou que os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as demandas específicas que mulheres na menopausa apresentam. Algumas mulheres destacaram a priorização de metas e os programas de saúde do SUS, criticando a forma que o sistema prioriza a questão métrica e determinados exames em vez de oferecer um atendimento integral. Essas percepções podem ser mais bem visualizadas por meio das Respondentes 5, 28, 44, 75 e 88, as quais se evidencia abaixo, respectivamente:

Muitas vezes o serviço prioriza a necessidades específicas que atendam as metas estabelecidas em programas de saúde. Ex: coleta de citopatológico em mulheres na idade reprodutiva e consulta e exames para mulheres mais velhas que entram em

programas de Diabetes e hipertensão, por exemplo, para atingir a meta e garantir o incentivo financeiro (Respondente 5).

Muitas vezes a mulher na era reprodutivo tem mais assistência, embora, achem que tudo se resume em passar remédios. Não se trabalha a saúde integrativa, independentemente da idade, é tudo por pedaços. Não se vê o corpo como um todo! (Respondente 25).

Existe pouca disponibilidade para ambas realizarem exames que o corpo de uma mulher demanda, estando em idade reprodutiva ou não (Respondente 44).

A minha experiência com a disponibilidade de exames e profissionais especializados para a área ginecológica não foram muito boas, pois no posto local que vou, há falta de profissionais para essa área e para conseguir uma consulta ginecológica é muito difícil, tem uma fila de espera muito grande (Respondente 75).

A oferta de consultas e exames pelo SUS é bastante concorrida, pois há sempre muitas pessoas para poucas vagas e profissionais disponíveis para atendimento. Certos exames são difíceis de marcar e conseguir; mas dependendo da faixa etária, algumas pessoas conseguem ser priorizadas na fila de espera, um exemplo disso é a mamografia. Dificilmente, uma mulher jovem vai conseguir fazer mamografia pelo SUS, seja como exame de rotina ou porque o médico solicitou, pois esse exame é geralmente liberado para mulheres mais velhas (Respondente 88).

Conforme Valença e Germano (2010), tanto o aumento da expectativa de vida quanto seu impacto na saúde das mulheres reforçam a adoção de medidas que atendam à qualidade de vida antes, durante e após o climatério. Torna-se indispensável que a população feminina tenha acesso à informação significativa sobre a saúde para compreender as mudanças provenientes dessa fase, não associando somente a enfermidade, mas sim como uma etapa em seu ciclo de vida. Para tal, a educação em saúde, sobretudo nessa fase, é uma estratégia viável a fim de envolver os profissionais de saúde sobre uma nova visão sobre o climatério, bem como as próprias usuárias do sistema.

Assim, colocar a mulher na perspectiva do sujeito cognoscente também a insere no lugar de uma pessoa que busca a informação a partir de suas necessidades, seja de forma consciente ou não em primeiro momento. É justamente essa necessidade que intenciona uma possível mediação entre a informação que chega aos sujeitos, retornando a ideia de que ela não é igual para todos, o que demonstra a complexidade desse processo. Dessa maneira, quando a informação é mediada por um profissional de saúde, ela se adequa ao receptor de modo que a diferença entre o que é dito e o que é recebido passe por uma ressignificação (Leite *et al.*, 2014).

Ressalta-se que esse direito se estende a todas as mulheres e, no quesito dessa discussão, especificamente por retratar uma questão que envolve a diferença de faixa-etária, não se dispõe ao etarismo e deve alcançar o máximo de ambos os públicos. Apesar de jovens mulheres terem observado essa diferença no tratamento ao público, tais como mulheres de

mais idade também apontaram, é preciso relembrar que a mulher jovem de hoje é mulher idosa de amanhã, necessitando de atendimentos adequados para todas as fases de sua vida.

As diferenças entre o acesso a exames e consultas também foram reafirmadas, visto que uma parte das mulheres relatou que estes processos se dão de maneira mais difícil para mulher na menopausa, enquanto as que estão em idade reprodutiva, sobretudo as gestantes, têm prioridade, como é o caso da fala da Respondente 7:

Acredito que existe uma atenção e cuidado maior direcionado a pessoas que gestam, especificamente as mulheres, não pela maior disponibilidade de materiais direcionado a esse público ou pela qualidade de atendimento dos órgãos de saúde, mas por um pensamento de zelo já enraizado em nossa sociedade direcionado a mulheres que possam engravidar. Pelo que percebo, elas, durante o tempo de gestação principalmente, são dignas desse tratamento, mas após ele, quando se tornam mães ou mulheres na menopausa, não recebem o mesmo tipo de empatia.

No início do século XX, a saúde pública brasileira passou uma transformação no que diz respeito ao binômio mãe-filho, pois até o período citado o cuidado da mulher estava relacionado diretamente à redução da mortalidade infantil. O olhar centrado apenas na criança colocava a mulher como um meio para a causa reprodutiva, o que veio a mudar na segunda metade desse período, em que os trâmites de saúde ampliaram a visão sob o corpo feminino, seu caráter reprodutor e o papel da mulher na sociedade (Monteiro; Villela, 2005). Tais questões, que também foram debatidas mediante os movimentos feministas dessa época, revisitaram discussões que são relativas à natureza feminina e às relações de gênero.

Assim, a percepção que as respondentes tiveram acerca de mulheres que estão grávidas não está equivocada por vir de uma longa tradição histórica e social no qual os cuidados voltados à mulher focaram, principalmente, no seu estado de gestação. Isto posto, não se pode negar a necessidade de manter tal atenção, visto que apesar da mortalidade infantil e fetal ter apresentado uma redução no Brasil, conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2024), ainda é uma preocupação para o País. Contudo, o enfoque denota que outras áreas da vida feminina ainda caminham gradualmente quando comparadas a gravidez e que isto é percebido pelo público-alvo.

As opiniões também se dividem entre as respondentes que acreditam que o atendimento a mulheres na menopausa é mais profundo e as que afirmam o contrário, conforme exposto no pensamento das Respondentes 11, 19 e 122, respectivamente:

Creio que são pedidos muitos mais exames para mulheres na menopausa, que precisam acompanhar alguns níveis de hormônios, por exemplo. Tendo como exemplo uma consulta minha e da minha mãe (que está na menopausa), ela demora

bem mais em uma consulta da ginecologista do que eu, que só recebo um acompanhamento bem básico (Respondente 11).

Acredito que o serviço público tem como prioridade a população mais velha, por isso para eles são mais ofertados exames, remédios etc. (Respondente 19).

São exames diferentes, enquanto para nós mulheres que menstruam tem apenas o exame de toque e a prevenção normal, e das mulheres com menopausa a prevenção exige um certo grau de aprofundamento e investigação por conta do risco de câncer ou outra doença que acometa por conta da idade (Respondente 122).

As respondentes revelaram que há uma desigualdade no atendimento entre mulheres em idade reprodutiva e na menopausa, embora essa diferença não seja necessariamente ruim. Contudo, ambos os grupos reafirmaram dificuldades quanto a falta de preparo dos profissionais, a priorização de um atendimento rápido e que não é profundo, bem como o acesso a exames e consultas. Esses relatos destacam tanto a necessidade de melhoria do atendimento propriamente dito quanto coloca em voga que muitas mulheres ainda não obtêm um serviço de qualidade, exemplificado pela Respondente 117:

Sou uma mulher que não menstruo mais por conta da minha condição de saúde (endometriose profunda) e mesmo diante desse cenário um médico tentou conduzir a consulta para que eu mudasse de ideia quanto a ter filhos. Fui firme na minha resposta negativa e ele insistiu, mas quando viu que eu permanecia com a mesma opinião ele disse que meu tratamento seria seguir do mesmo modo, ou seja, apenas não menstruar mais. Porém, conversando com amigas que também possuem a mesma doença, mas que fazem tratamento em clínicas particulares, percebi que a conduta é completamente diferente. Inclusive no que se refere a exames e medicamentos.

Seu relato demonstra que ainda existe certa resistência dentro de determinados locais de atendimento no que concerne à vontade da mulher, sobretudo porque a opinião médica é essencial para a continuidade do tratamento da paciente. A partir do momento em que há divergência nesse sentido, limites podem ser ultrapassados e a saúde da mulher atendida pode acabar sendo prejudicada. No caso do SUS, esse tópico é ainda mais sensível quando colocado sob determinados dados, a exemplo do número de mulheres que realizaram histerectomia através da saúde pública, o que reforça o questionamento sobre certas resistências.

De acordo com Barbosa e Rossi (2022), o procedimento que finda a capacidade reprodutiva por meio da retirada do útero da mulher é denominado Histerectomia e é a segunda cirurgia ginecológica mais realizada em mulheres na idade fértil no Brasil, atrás apenas da cesariana. Muitos são os motivos pelos quais esse processo é feito, tendo apenas um fator em comum: a saúde da mulher que precisa realizá-lo. Cerca de 20 a 30% das

mulheres serão submetidas a essa cirurgia até completarem 60 anos em decorrência de doenças benignas, como o mioma uterino, ou malignas, tais como adenomiose, endometriose, dentre outros casos. A chegada ao procedimento é, em si, algo que envolve tempo e uma rede de apoio em virtude da série de causas e consequências que a paciente está enfrentando naquele momento e passará após realizá-lo.

Segundo o Parecer n.º 14/2019 do Conselho Federal de Medicina, a histerectomia não deve ser realizada a pedido sem haver uma indicação médica absoluta. O documento aborda que a tomada de decisão para esse procedimento, que é um último recurso, está ligada à procura de alívio dos sintomas físicos e mentais. Além disso, outro lado da discussão revela que, muitas vezes, o cônjuge - no caso, o homem - normalmente tem uma visão negativa desse aspecto e sobre as próprias mulheres que passaram pela cirurgia. No entanto, é inegável que a paciente tem o direito de opinar, independentemente de suas motivações, embora tais casos envolvem dilemas inconciliáveis, sejam culturais, religiosos ou de ascendência moral.

Ainda, o documento cita outros procedimentos que envolvem a escolha da mulher em outros campos da medicina, as denominadas “cirurgias a pedido”, como nas plásticas e na cesariana. Discorre que o respeito à liberdade individual deve ser atendido, bem como o direito de o médico exercer sua autonomia na prática clínica. Em consonância a discussão, Silva, Santos e Vargens (2010) afirmam que a retirada do útero traz anseios e questionamentos, tanto baseados em crenças quanto valores morais, que podem induzir a reformulações de ideias quanto ao conceito de feminino, a representação social, o gênero e a autoimagem. Por se tratar de uma cirurgia irreversível, há uma mudança total na integridade corporal da pessoa e, por isso, também carrega simbolismo. Dessa forma, é um assunto que não deve ser banalizado, pois as cirurgias ginecológicas remetem a aspectos subjetivos associados também à feminilidade.

Sendo assim, é possível recuperar a reflexão de Griffin (2002) sobre a formação do pensamento quanto ao corpo e papel da mulher com relação a sua saúde, que está indissociável das esferas sociais. Quanto aos seus direitos reprodutivos, a reivindicação caminha lado a lado na compreensão de que o controle da fecundidade pela mulher também é essencial para a equidade de direitos. Pode-se dizer que a informação para saúde dessa persona social está associada a um conjunto de práticas consolidadas na medicina e que, estão, gradualmente, em mudança, como poderá ser visto na análise do conteúdo das respostas abaixo.

Embora muitas respondentes tenham chegado a mencionar a desigualdade, deve-se

apontar também para um grupo significativo de mulheres que não perceberam diferenças no atendimento de ambas. Essas opiniões podem indicar que, em alguns contextos, o SUS trata as mulheres de forma similar, seja pela situação em que determinada instituição se encontra, seja pela falta de especialização no tratamento ou de recursos. Todavia, apesar dessa interpretação, é importante considerar que a ausência de diferenças no olhar das respondentes não reflete necessariamente um atendimento de qualidade, mas também pode indicar uma falta de atenção às necessidades específicas sobre cada uma desses grupos.

Leite *et al.* (2014) reflete que os sujeitos, quando não conseguem a informação que lhes é devida por direito, não se tornam capazes de reivindicar especificamente o que precisam. Não haverá condições favoráveis ou argumentos que embasam suas necessidades, dificultando também sua autonomia e, consequentemente, o exercício da sua cidadania. Para o autor, a falta de acesso a informações sobre a própria saúde é um dos fatores que influenciam na derrocada de um serviço de qualidade, tornando-se uma dificuldade. Esse problema não é somente gerencial, pois também está na falta de humanização de profissionais que lidam com o usuário, causando uma despersonalização do paciente.

Dito isso, não se pode negar que o sujeito informacional também passa por um processo parecido pela falta de informações, prejudicando sua percepção sobre sua saúde. Se o sujeito está sentindo ou buscando algo que lhe é renegado, a informação que necessita será perdida, o colocando em uma situação em que não haverá apropriação desse recurso nem desenvolvimento de um comportamento adaptativo. Dessa maneira, é uma situação no qual os usuários são cegados de suas intenções e, apesar de saberem e sentirem de forma certeira, ainda assim são guiados a um processo mais distante do que o necessário na busca pela informação e, por conseguinte, dos serviços adequados.

Nesse sentido, as respostas analisadas retumbam similarmente, sobretudo com relação à maioria: sim, existem diferenças na qualidade, atenção ou abordagem do atendimento oferecido às mulheres em idade reprodutiva em comparação às que já passaram pela menopausa, mas elas nem sempre são positivas. As respondentes revelaram aspectos de sua vivência com o SUS de modo variado, mas que ainda caminham em uma estrada comum quando transmitiram seus infortúnios e sugestões. Além disso, trouxeram para discussão seus olhares a respeito de fases diferentes da vida de uma pessoa que menstrua, sejam aspectos negativos ou positivos, estando ou não associados a questões históricas como também a percepções moldadas ao longo da construção histórico-social do gênero.

A PNAISM (2004) revela um fato: as mulheres frequentemente estão nos equipamentos de saúde acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas e com

deficiência, vizinhos, amigos. Elas não são apenas cuidadoras de seus entes, mas da comunidade. Portanto, por muito tempo houve uma reivindicação dos direitos desse grupo como sujeitos de direito com necessidades que excedem o puro cuidado alheio.

Nesse aspecto, a PNAISM é categórica ao afirmar que a busca por avaliar as condições das mulheres de modo a proporcionar saúde em todos os ciclos de sua vida dependiam de ações que visualizassem a condição social, econômica, cultural e afetiva. Sobre isso, Souto e Moreira (2021) refletem sobre o quanto maior é o contexto em que a organização feminina cresceu como movimento social, sobretudo através da participação pública, e como o conceito de gênero fez parte desse processo.

A abordagem histórica é importante para compreender as relações de poder e as divergências entre o masculino e feminino, bem como a exploração de conceitos de público e privado e como cada um desses alicerces foram construídos em torno da saúde da mulher e para manutenção de seus corpos. Além disso, as diferenças biológicas também cimentaram um processo que construiu desigualdades de gênero, principalmente quando, ao longo da jornada humana, desenvolveu-se um discurso acerca da maternidade e da natureza feminina, pautando obrigações e doenças ao corpo da mulher (Souto; Moreira, 2021). Pode-se dizer que este seja o caso da atribuição feminina ao cuidado, bem como a colocação da mulher fora do padrão de determinada época associada a histeria, um exemplo de enfermidade movida pela percepção do gênero.

Nessa perspectiva, foi questionado as respondentes se elas já haviam, em algum momento da vida, passado por uma cirurgia ou momento delicado na saúde. A intenção desta pergunta se deu justamente para ter uma base inicial de discussão acerca do cuidado feminino, o que pautou a pergunta seguinte e, por fim, aos comentários deixados pelas mulheres sobre o tema.

Sobre a situação delicada que as mulheres passaram, infere-se que a maioria das mulheres não passou por uma situação delicada na saúde ou chegaram a fazer algum procedimento cirúrgico (90,2%), enquanto o segundo maior grupo revelou que sim, já o fez, mas que não teve nenhum auxílio (7,8%). Pode-se dizer que apesar da estimativa principal não ter passado por tal situação, subentende-se que, caso elas cheguem a passar, a realidade possa ser parecida com o que o segundo grupo expôs, visto que somente 2% afirmaram ter sido cuidadas pela família.

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD (Renaux, 2018), as mulheres continuam a cuidar mais das pessoas e a terem mais afazeres domésticos do que os homens. São cerca de 20 horas trabalhadas, quase o dobro do que os

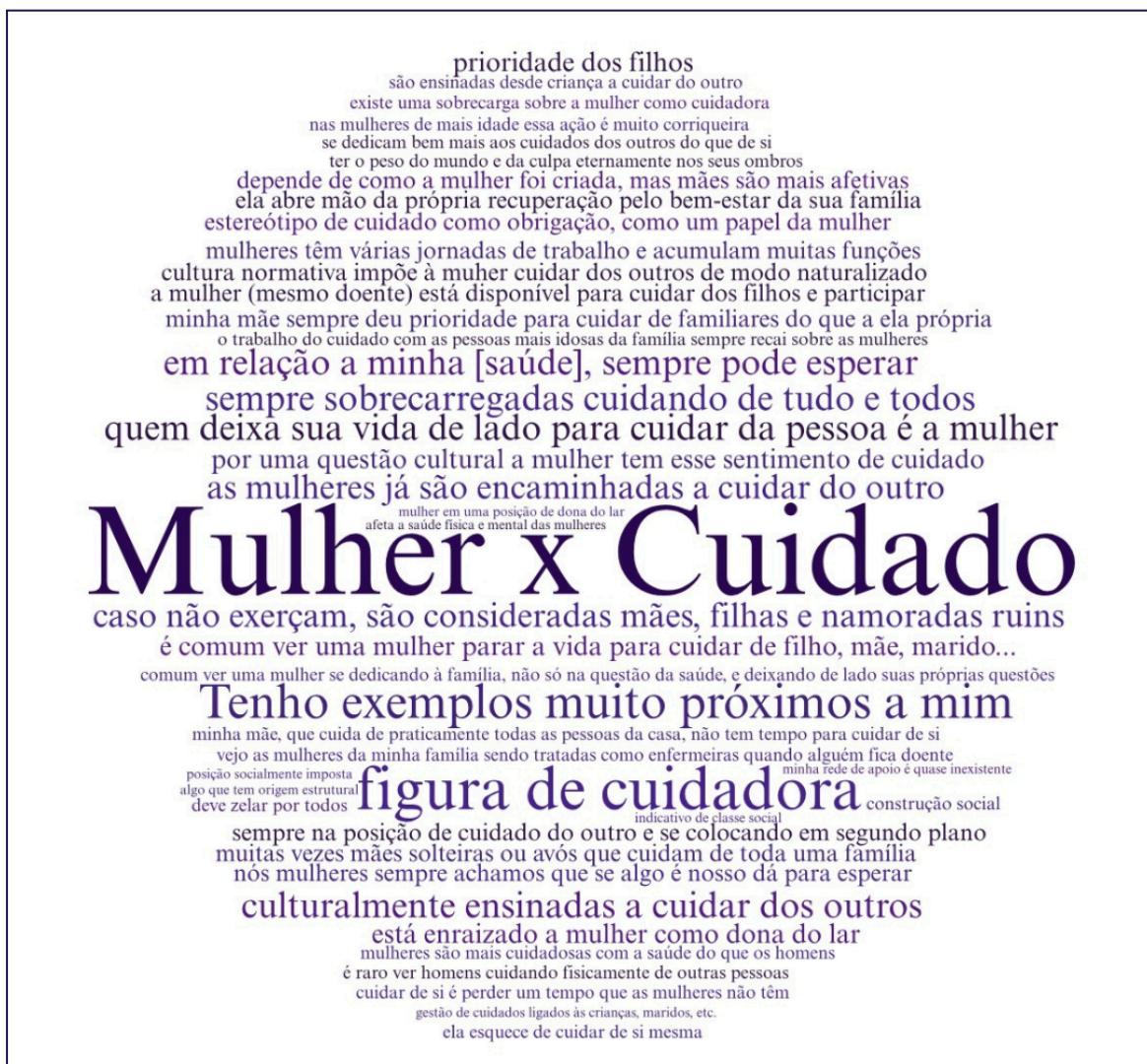
homens realizam, com um total de 10,8 horas dedicadas aos cuidados domésticos e as pessoas. A pesquisa ainda demonstra que, independentemente dos níveis de instrução e de escolaridade, as mulheres acabam tendo mais trabalho do que os homens. Visto que a realidade social da mulher segue o curso dos dados acima, pensar sua saúde com relação ao seu papel de cuidado se torna essencial. Ao conferir que a saúde aborda uma prática holística, observa-se que o fato de as mulheres passarem a doar seu tempo aos outros vem de algo muito mais antigo do que a percepção atual de equidade entre os gêneros. Com base nessa realidade, chegou-se à pergunta sobre este fato e as respostas das mulheres.

Questionadas também acerca da frequência dessa dinâmica, a maioria das respondentes apontou que as mulheres frequentemente dedicam seu tempo ao cuidado de seus filhos, cônjuges e familiares (79,4%). Em seguida, cerca de 16,7% afirmaram que isso ocorre eventualmente e, por fim, 4% afirmou que isso acontece raramente. Para melhor compreender as motivações das respondentes, foi colocada uma pergunta aberta optativa acerca do assunto. Foram coletadas 59 respostas, oito a mais do que a pergunta aberta anterior, revelando também a vontade das participantes em expressar sua opinião sobre o tema. Para melhor representar o recorte dessas respostas, uma nuvem de palavras foi elaborada (Figura X).

Conforme a Figura 9, é possível dizer que a relação entre a mulher e a prática de cuidado tem raízes culturais fortes, na perspectiva das respondentes, que fazem parte do cotidiano de suas famílias. Partindo do pressuposto de Bufrem e Nascimento (2012) de que a dicotomia do gênero se perpetua nas variações históricas quanto aos papéis psicológicos, culturais, referentes aos modos de vida, de relacionamento e exercícios de poder, torna-se necessário também observar seu impacto na fala dessas respondentes. Além disso, é inegável que isso também não se alastre para a saúde, pois, conforme a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2024), reconhece-se que categorização de sexo masculino e feminino influenciam na obtenção de saúde, no bem-estar físico, mental e social.

Dito isso, abaixo, a imagem mostra os comentários das respondentes, variando entre experiências de vida mais detalhadas e desabafos quanto ao que foi observado e/ou vivenciado por elas.

Figura 9 - Nuvem de palavras com relação à mulher e o cuidado



Fonte: elaborado pela autora (2025)

Desse modo, um aspecto em comum pode ser absorvido do quadro acima: as respondentes, em sua maioria, reconheceram que há um peso do cuidado sobre a mulher no que concerne a diversas ações. Isso também demonstra que, apesar de diferentes faixas-etárias e vivências, essas mulheres já perceberam, em diferentes momentos da vida, o quanto esse papel a ser desempenhado tem influência sobre quem elas são. Do mesmo modo, isso influencia como elas observam o funcionamento da dinâmica da figura feminina na convivência de suas famílias, o que pode ser evidenciado pelas seguintes falas:

Mulheres são ensinadas desde a infância a cuidar dos outros, a terem bonecas que imitam bebês, serem vistas como zelosas e atenciosas, o que ocorre principalmente quando elas são mães ou estão na posição de matriarca, elas precisam (de forma negativa) exercer esse papel que lhes é imposto, caso não exerçam, são consideradas mães ruins, filhas ruins, namoradas ruins... (Respondente 69)

Considero que há uma imagem acerca da figura feminina e um estereótipo de cuidado como obrigação, como um papel da mulher, principalmente vinculado ao espaço familiar (Respondentes 92).

As falas das respondentes acima, bem como as que serão citadas abaixo, contemplam aspectos pontuais: observação das mulheres de suas famílias, o papel da cultura nos cuidados dos filhos e marido, a imposição social, a sobrecarga de trabalho, a figura da mãe, a função da mulher no cuidado das pessoas idosas da família, o cuidado físico do outro, as jornadas de trabalho, o fator sentimental e afetivo, a classe social, dentre outros. Muitos são os motivos pelos quais a mulher é relacionada ao cuidado, fatores estes que estão para além da escolha individual, pois chega a se tornar um fenômeno perceptível pela população, mesmo que suas bases discursivas e práticas não sejam tão conhecidas.

Sobre isso, é importante ressaltar que a existência do instinto maternal se tornou parte de um discurso social e médico durante muito tempo, embora tenha encontrado um contraste na nova norma de padrões sociais da modernidade. Assim, a própria função de cuidar deixou de ser somente da porta de casa para dentro, tendo em vista o viés familiar e comunitário que essa ação era exercida pelas mulheres e passou a ter um apelo sócio-ocupacional (Freire, 2008; Guedes; Daros, 2009). Isto é, o papel da mulher, associado a discurso da natureza feminina, teve uma combinação com o sistema econômico e político.

Essa concepção da natureza feminina é baseada sobretudo na capacidade reprodutiva, o que gerou equívocos quanto ao tratamento social da mulher e a abordagem médica. Segundo Vilella e Monteiro (2005), tais visões evoluíram ao passo em que mudanças políticas e sociais ocorreram, tendo impacto também na área da saúde. Desse modo, compreender o significado de “ser mulher” está aquém de um postulado biológico quando os recortes de gênero, raça e classe entram em contato com a saúde. Por isso, se torna essencial segmentar diretrizes que não sejam neutras, estáveis e homogêneas, mas sim consistentes quanto às dinâmicas sociais.

A respeito dessa problemática, as falas das respondentes reforçam que “A mulher desde criança é ensinada a cuidar do outro - efeito de uma sociedade machista” (Respondente 4); “Por cultura, nós, mulheres, somos criadas para cuidar dos outros, do marido, da casa, dos filhos e nos negligenciar” (Respondente 7); “Sempre sobre carregadas cuidando de tudo e todos” (Respondente 10); “Raramente vemos homens cuidando fisicamente de outras pessoas” (Respondente 19); e “Normalmente quando um filho, pai, marido, mãe, ou qualquer

outro parente fica doente, quem deixa a sua vida de lado para cuidar da pessoa é a mulher” (Respondente 20).

As falas refletem que muitas mulheres respondentes, visto que representam um recorte de opinião que se repetiu na maioria das respondentes. Isto posto, três pontos podem ser levantados mediante sua repercussão: o fator cultural, social e da saúde. Com ênfase no aspecto cultural de maneira a resgatá-lo como um fator de influência na saúde, é inegável que os sujeitos estão dispostos a práticas em comum em determinadas sociedades. Acerca disso, Feitosa (2016, p. 102) retrata a cultura justamente como um processo pelo qual o ser humano “cria o algo onde antes imperava o nada. Esse algo é toda complexidade de criações simbólicas, de sentidos e significados que damos às coisas e ao mundo”.

Tendo esse conceito em vista, principalmente quanto às atribuições simbólicas e significados, a frequente associação entre a cultura patriarcal e as normas sociais enfatiza o discernimento das mulheres respondentes acerca do papel que a sociedade espera que elas tenham. Há uma obrigação social, com base na interpretação das respostas, e uma negligência do autocuidado, visto que elas pontuam como priorizam a saúde dos filhos, maridos, pais e familiares em decorrência do próprio bem-estar. Esta sobreposição de papéis e, decerto, a sobrecarga invisível, as colocam em uma posição de múltiplas funções (trabalho comercial, doméstico, maternidade etc.).

Isto pode também fornecer um valor a ação feminina, colocando-a em um patamar relevante no esteio familiar. Conforme a Respondente 64, “A mulher nasce cuidadora” e a Respondente 74 afirma “Depende de como a mulher foi criada, mas mães são mais afetivas”. O estabelecimento da ideia de que a mulher é destinada ao cuidado conforme sua natureza é algo que também está na percepção das próprias respondentes, o que não anula o fato delas vivenciarem essa situação. Por isso, destaca-se o seguinte comentário sobre essa condição: “Nós mulheres sempre achamos que se algo é nosso dá pra esperar, que somos fortes e que temos que cuidar do outro, que o outro precisa mais, muitas vezes senão por vontade é por obrigação. O fato é que ficamos para depois sempre” (Respondente 121).

Recuperando a discussão do excesso de responsabilidades que a maternidade e o trabalho trazem, Fonseca (2005) afirma que as mulheres têm sofrido com os processos de subvalorização de suas ações em todas suas esferas que perpetuam historicamente. Nessa perspectiva, as falas abaixo das respondentes compartilharam experiências pessoais que algumas vivenciaram ou observaram dentro do próprio núcleo familiar, associando-se à fala da autora sobre o entrelace de atividades. Dentre elas, citamos os casos que envolvem a maternidade e o auxílio familiar:

Eu sou mãe e dedico mais tempo com a saúde do meu filho do que da minha. Em relação à minha, sempre pode esperar, já com ele, a busca por algum tratamento que precise é imediata (Respondente 44).

Observo isso muito em relação a minha mãe, que normalmente cuida de praticamente todas as pessoas da casa e acaba ficando sem tempo para cuidar de si, para ter um lazer ou até mesmo fazer exames. Ela cuida do meu tio síndrome de down e da minha avó que teve AVC, sem contar comigo e minha irmã que ainda estamos na escola, o que fica difícil de auxiliar no cuidado da família. Várias vezes ela teve problema com saídas, por eu e minha irmã está estudando, e meus tios deixarem praticamente todo esse serviço só para ela (Respondentes 75).

A descrição dos relatos também vai ao encontro de particularidades de saúde que vem ganhando mais atenção nas últimas décadas, a exemplo da saúde das mães com filhos com deficiência. Conforme Gomes (2023), o menor acesso à educação e a outros direitos faz parte da realidade dessas crianças, o que pode causar uma sobrecarga em seus cuidadores como consequência da falta de assistência necessária. Acerca disso, há um relato em específico que traz um retrato dessa perspectiva:

*Muitas mulheres gostariam de se cuidar mais e ter um tempo livre para si, para cuidar de sua saúde física e mental, mas infelizmente isso não é possível ou sequer uma opção. Além do fato de nós mulheres sermos bastante cobradas e carregar o peso da responsabilidade que naturalmente a sociedade deposita no papel da mulher, temos que lidar diariamente com situações e pessoas desnecessárias em nossa vida pessoal e profissional. Eu gostaria muito de ter um dia inteiro livre para descansar, mas a realidade é que isso é impossível porque eu tenho um filho com deficiência e que exige cuidados especiais que não dá para terceirizar ou confiar que outra pessoa cuide com o mesmo zelo e amor que eu. **Tenho que trabalhar, ser mãe, esposa, filha, irmã, amiga, estudante/curiosa/pesquisadora e no final do dia, não importa o quanto exausta eu esteja, eu tenho que cumprir com as minhas responsabilidades.** Portanto, cuidar de si mesma de forma satisfatória, fazer exames de rotina e check-up, fazer exercícios regularmente, conseguir iniciar uma pesquisa ou escrita de um artigo dentro de um prazo planejado, fazer terapia, são coisas que eu sei que preciso fazer, porém, não sobra tempo para mim, ou seja, eu sei o que tenho que fazer, gostaria muito, mas não consigo dar conta de tudo. E assim os dias passam e nós mulheres nos dedicamos a cumprir as nossas obrigações de casa e do trabalho que são dedicadas a outras pessoas e não para nós mesmas. Tem que ir ao médico e fazer uma consulta? A gente leva e acompanha filho, marido etc., mas a mulher ir numa consulta para si mesma, vai ser a última prioridade, essa é a realidade de muitas, e é a minha também. Só sabe quem passa por essa situação. Não é simplesmente descuido ou falta de amor-próprio, é muitas vezes não ter escolha e nem ter com quem contar, não ter apoio e nem suporte, não ter a compreensão do outro, e até disso, frequentemente a mulher também tem que aguentar ouvir críticas e julgamento. Se a pessoa se cuida, é vaidosa, egoísta e vazia, se não se cuida ou está acima do peso, é gorda porque quer, é desleixada e tem baixa autoestima. Até a terapia que a gente precisa fazer para não ficar doida, dificilmente conseguimos, e isso seria o mais importante para quem cuida dos outros e não tem tempo suficiente para si. Infelizmente, ser mulher é sobre isso, ter o peso do mundo e da culpa eternamente nos seus ombros e aprender a lidar com isso e tirar o melhor de cada situação (Respondente 88, grifo próprio).*

A Respondente expõe sua experiência pessoal como forma de exemplificar a realidade de uma mãe de uma criança com deficiência. Seu relato diz respeito tanto de sua visão maternal, como também do esquecimento de sua identidade feminina, em que ela explicita sobre o cuidado e bem-estar dos outros em detrimento do seu. É importante trazer a essa discussão o pensamento de Couto (2007), que reflete sobre o trabalho não pago, isto é, o trabalho doméstico. Sobre isso, uma das respondentes fala sobre a questão de classe com relação à saúde, o que também é um indicativo a ser observado:

Acho que a cultura de "se cuidar" e observar a saúde também é muito indicativo de classe social, geralmente pessoas da classe trabalhadora se preocupam menos com isso e é muito mais fácil para uma mãe, esposa observar a saúde do outro que a própria, em níveis sociais mais abastados, acredito que o pensamento sobre saúde (e o acesso a alimentos melhores e tempo para prevenir doenças crônicas) ajude a que o foco seja tirado do outro e passe para o autocuidado também (Respondentes 90).

Ambas falam sobre algo implícito em seus comentários: o trabalho dividido em mais de um turno e função que, muitas vezes, é invisibilizado e isto representa um recorte social. Ainda para Couto (2007), o cuidado com a família também representa os recortes sociais de determinada época, do mesmo modo que reflete os preconceitos de classe e de gênero vigentes de forma inseparável. Portanto, pensar sobre a sobrecarga do trabalho de segundas e triplas jornadas, assim como no tratamento de sua saúde, é considerar a divisão de classe, o que é demonstrado no Brasil quando se percebe que as mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social e não recebem Bolsa Família têm mais chances de ter câncer de mama conforme a Agência Gov. (2024).

Diante disso, o quadro apresentou um retrato consistente da realidade de uma parte das mulheres que responderam à pergunta sobre o cuidado, o que evidencia um problema estrutural e que está sob a percepção das respondentes de modo equivalente. A análise de seus comentários sugeriu que uma mudança cultural, social e política deve ser atrelada ao campo da saúde. Ainda no caso do cuidado, as mulheres continuam em um percentual maior com relação aos homens e, pelas falas das respondentes, pode-se dizer que elas têm a percepção de seu maior papel nos afazeres de trabalho, independentemente do ambiente.

Esse reconhecimento pode estar associado a vários meios, sobretudo através da informação. Quanto à saúde, é relevante pontuar que ela não está ligada diretamente a fatores biológicos, mas também aos cuidados em concórdia com o corpo e a mente. Dessa forma, se ela é assim conceituada, sua relação com a informação também pode ser feita mediante como esse recurso chega ao sujeito. Quando uma pessoa se dá conta da informação sobre seu corpo,

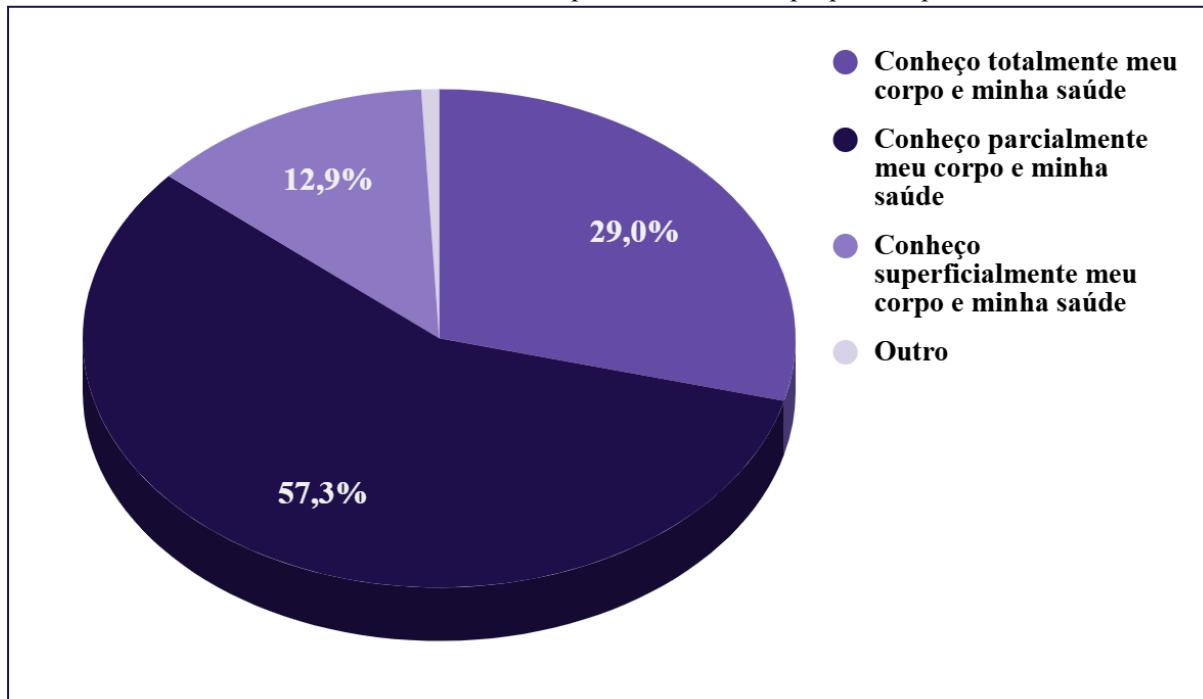
isso abre espaço para observar as especificidades de cada um e, consequentemente, de cada grupo. Isto posto, no que concerne aos de risco e exposição a determinadas doenças com relação a PNAISM (Brasil, 2004), tanto as mulheres quanto os homens estão propensos a elas, contudo, em função da organização social e relações de gênero, ambos também estão expostos a distintos padrões de sofrimento, adoecimento e morte.

Assim, é possível trazer em perspectiva o pensamento de Souza (2008) acerca do enfrentamento de problemas de saúde pública por meio de políticas, tendo em vista uma base informativa confiável e que possibilite decisões embasadas nos processos determinantes da saúde-doença e seus fatores incorporados. Em complemento, Moraes e Santos (1998) reiteram que a ampliação da informação na contemporaneidade é um recurso crucial para a melhoria da qualidade de vida, enfatizando a necessidade de utilizá-la de forma adequada como gerenciamento da saúde.

Os autores supracitados pontuam sobre um enfoque crítico e estruturado no que diz respeito ao uso da informação em saúde e, nesse caso, trazendo na informação para a saúde. Tal fato ressalta a relevância da informação para as pessoas que utilizam os serviços de saúde pública, mas também é um reflexo da necessidade de os usuários tomarem decisões conforme seu nível de apropriação dessa informação. Ao compreender os processos de seu próprio corpo, estendendo-se também para os serviços oferecidos, há uma ampliação do uso crítico e consciente desse objeto. Oportuniza, assim, a participação cidadã de modo a promover a qualidade de vida e a relação entre os serviços de saúde e seus usuários. Sob essa perspectiva, o gráfico-7 foi desenvolvido.

Ele retrata a percepção das mulheres quanto ao conhecimento do próprio corpo. Pode-se dizer que a maioria afirmou ter um conhecimento parcial sobre o tema (57,3%), enquanto 29% confirmaram ter uma compreensão total sobre si. Somente 12,9, no entanto, disse apresentar um entendimento superficial. Os dados se demonstraram equilibrados, no qual denota a construção de um perfil de mulheres jovens que estão buscando conhecer sobre o funcionamento de seu corpo e sua saúde. Quanto aos métodos utilizados para esse fim, muitos estão associados às TICs, sobretudo as redes sociais, conforme o Gráfico-7.

Gráfico 7 - Autoconhecimento das mulheres respondentes sobre o próprio corpo



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Inicialmente, considera-se o raciocínio de Leite *et al.* (2014, p. 663) no que diz respeito à informação para saúde, pois “sem a informação, que lhe é devida por direito, o usuário não consegue reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos; não tem condições e nem argumentos para questionar, dificultando, dessa forma, o exercício de sua autonomia e de sua cidadania”, pois se trata de um elemento constituinte do acesso aos direitos de saúde. Isto é, perguntar acerca do entendimento das respondentes sobre o próprio corpo é um exercício para compreender suas percepções sobre informação, saúde e autoconhecimento.

Assim, para investigar os meios pelos quais elas chegaram a esse fim, foi criada a indagação que gerou o gráfico seguinte. Ressalta-se, antes desse próximo passo, o pensamento de que:

As informações, especificamente os dados – sejam aqueles relacionados aos diagnósticos, prognósticos, resultados dos exames, explicações sobre prescrições, medicamentos, interações medicamentosas, entre outros –, são analisados como “coisa” informada, propiciando, assim, o conhecimento acerca de seus direitos, enquanto usuário do serviço de saúde, como potencial promotor da integralidade do cuidado que lhe é prestado. Sendo a informação em saúde transformada em conhecimento, a mesma pode levar à apropriação da informação pelo paciente, emponderando-o e trazendo possibilidades para que ele exerça, efetivamente, seu direito à saúde (Leite *et al.*, 2014, p. 664).

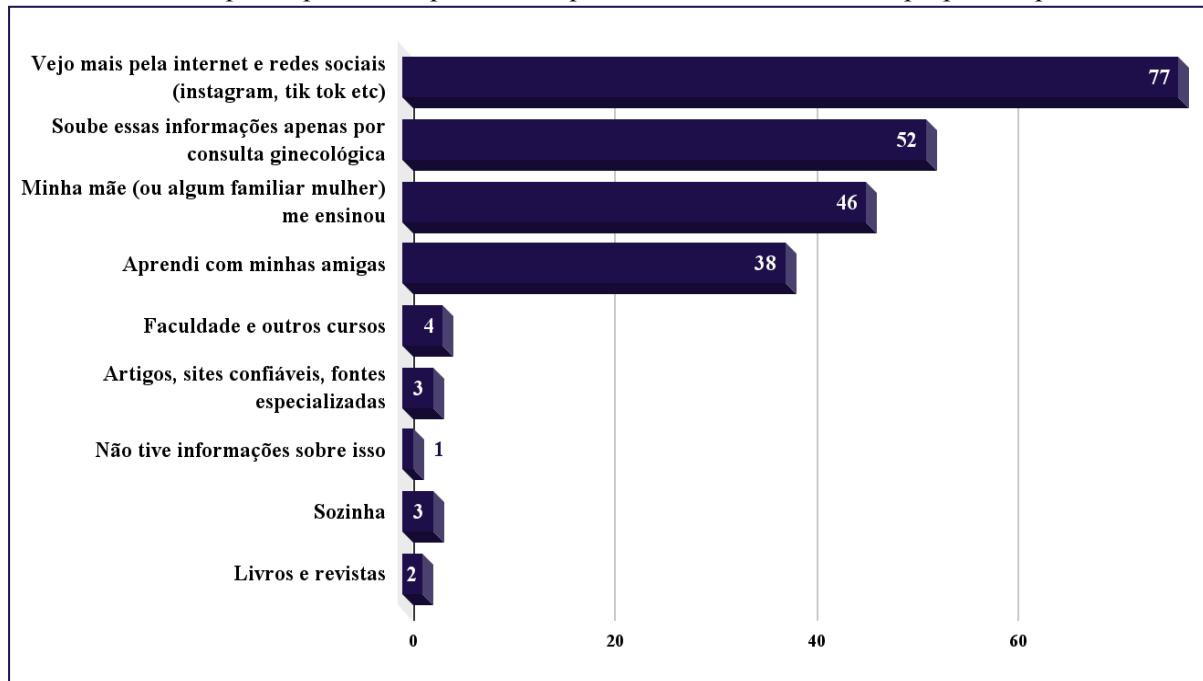
O autor destaca que a importância das informações para saúde, exemplificada por diagnósticos, prognósticos, exames e orientações sobre tratamentos como caminhos a serem atravessados pelos pacientes a fim de chegar ao conhecimento. Este processo permite uma

apropriação da informação ativa, no qual os sujeitos reconhecem seus direitos e, a partir disso, se empoderam. Esse acesso deve vir proposto pela integralidade do cuidado e exercício da cidadania e saúde, construindo a autonomia do usuário. Desse modo, o pensamento de Moura e Silva (2004) reforça essa percepção, pois se discute aqui o impacto desses serviços no usuário.

A informação que chega adequadamente aos usuários o leva a ter opiniões, tomar decisões e perceber sua existência com relação ao mundo. As interferências no processo informacional ocorrem, de todo modo, inegavelmente. Assim, elas permeiam a sociedade e, de forma inevitável, a área da saúde. Dessa forma, se faz necessário a disponibilização ao acesso à informação, atuando para o fornecimento de subsídios adequados à sociedade. A informação deve ser direcionada a direcionalidade e racionalidade, de modo veemente, a humanização (Moraes, Santos, 1998; Moura, Silva, 2004; Viola, Rombeiro, Vetter, 2018). Desse modo, um aspecto que pode ser ressaltado é de que maneira essas mulheres conseguem tais informações sobre si para obterem o conhecimento de seu corpo.

Isso é refletido de diversas maneiras, seja no âmbito das ferramentas tecnológicas ou até por meio das relações sociais e familiares. Com o intuito de mapear esse processo na experiência das respondentes, o Gráfico - 8, na página seguinte, representa os meios pelos quais essas mulheres aprenderam sobre o próprio corpo. Nesse sentido, é relevante considerar os elementos mencionados acima pelos autores: a importância de uma informação bem direcionada e humanizada, indo para além do acesso propriamente dito.

As opções dadas pelo questionário consideraram ferramentas digitais, buscadores, redes sociais, bem como materiais físicos/analógicos, tais como revistas e livros. Conforme o exposto abaixo, foi possível identificar que as mulheres têm uma afinidade maior com relação ao digital, o que se dá também pela realidade tecnológica atual, influenciando sua necessidade de informação. Para Costa (2016), essa necessidade está inserida no aspecto cognitivo do sujeito, determinando a razão pela qual o sujeito tem sua necessidade e como ele se envolve nesse processo de busca. Assim, apesar das inúmeras razões pelas quais uma pessoa procura uma informação estar envolta de aspectos subjetivos, elas são necessárias para o desenvolvimento do ciclo de vida do conhecimento.

Gráfico 8 - Meios pelos quais as respondentes aprenderam sobre a saúde do próprio corpo

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Considerando que o quantitativo total das respondentes foi de 125, o seguinte critério para a verificação se deu conforme o número de vezes que todas selecionaram as opções disponíveis. Todas puderam selecionar mais de um item, o que proporcionou a seguinte avaliação: a maioria das mulheres utiliza a internet e as redes sociais para buscar informações sobre o próprio corpo (77). Em seguida, o grupo com a segunda maior incidência é através de consulta ginecológica (52) e por meio de diálogos com algum familiar do gênero feminino (46). Após, em quarto lugar, está o aprendizado via amizades com mulheres (38).

Os últimos meios com menor incidência, no Gráfico-8, abrangem desde o conhecimento formal na faculdade até a busca em sites e fontes especializadas, livros ou revistas. Algumas mulheres apontaram ter aprendido sozinhas, o que se entende implicitamente que houve certo distanciamento interpretativo da pergunta, representando um percentual pequeno em comparação aos outros itens. Subentende-se que este grupo aprendeu por algum meio não especificado e por ímpeto próprio, provavelmente sem o auxílio de terceiros.

Sobre a busca por informações, é preciso trazer para discussão o que González de Gómez aponta. Para a autora, existe uma força estrutural e estruturante das ferramentas de comunicação e informação que atuam ao nível coletivo e individual por meio do compartilhamento de significados. Isto é, há um poder na troca e disseminação de ações e significados intersubjetivos que se encontram em determinado espaço-tempo. Desse modo, o

poder da informação atua na manutenção desses mecanismos sociais e configuram uma base concreta acerca dos dispositivos que a detém. Tais ferramentas, que se utilizam de um suporte seguro, podem ou não compactuar para a saúde dos grupos, sobretudo quando já foi observado um maior uso de redes sociais por mulheres no Brasil (Meio&Mensagem, 2022).

Desse modo, as necessidades de informação na saúde se apresentam de maneira multifacetada, variando entre critérios básicos, medidas profiláticas, até questões que envolvem tratamento de doenças. Assim, tanto esses aspectos quanto outros determinantes que influenciam o sujeito na busca informacional são um desafio (Santos Júnior, Veronez Júnior, Polo Nini, 2023). Isto é, para a informação chegar a seu usuário, a necessidade deste sujeito deve imperar de modo a preencher a lacuna informacional existente e isso também é mediado pela forma como esse recurso será acessado, seja via digital ou analógica.

No caso da saúde da mulher, elas podem auxiliar no autoconhecimento sobre seu corpo e proporcionar um alerta acerca dos cuidados necessários. Dito isso, pode-se visualizar melhor os dados analisados, sobretudo porque a internet referenciada como um suporte majoritário entre as respondentes, tendo uma maior influência na vida das respondentes. Moraes e Santos (1998) complementam que esses mecanismos se tornam cada vez mais complexos ao longo do tempo e, por isso, um maior número de informações não irá significar necessariamente que elas estão proveitosa, ou seja, que elas de fato atenderão as necessidades de seus usuários. Os autores compreendem que a qualidade não é uma garantia nesse processo, principalmente porque a materialidade das práticas sociais e aparatos institucionais atuam sobre o processo informacional.

Assim, ao findar esta discussão com o entendimento de que a construção do perfil da mulher é essencial para a investigação de suas necessidades de informação, a próxima subseção trará a relação entre ambos os temas acerca dos serviços prestados na saúde pública.

6.2 Necessidades de Informação com relação aos serviços prestados

Esta subseção trata do reconhecimento e utilização dos serviços públicos de saúde relacionados à oferta de informação para as mulheres. Para tal, foram levantadas questões que envolveram a frequência do uso de serviços de saúde pública, as dificuldades no acesso à informação, o que fazem quando possuem dúvidas com relação aos procedimentos, bem como o serviço que elas gostariam que houvesse mais atenção.

Parte-se do pressuposto que Matenga e Guaraldo (2022) afirmam sobre a atuação das organizações públicas nesse quesito. Elas desempenham suas atividades nas esferas nacional,

estadual, federal, municipal ou distrital, a depender da gestão em que está inserida. Para os autores, a relação entre os interesses coletivos e públicos repercutem no desenvolvimento de tais entidades. Desse modo, a função dessas organizações também está atrelada às políticas públicas com o intuito de responder os anseios da sociedade, tratando-se de um acordo multilateral.

Nesse sentido, uma organização é um sistema de recursos com objetivos explícitos por meio de expedientes que atuam entre si. Elas são caracterizadas em virtude de sua complexidade e sua diversidade estrutural, apresentando uma divisão de trabalho e processos de transformação para o cumprimento de seus objetivos, seja na prestação de serviços ou criação de produtos. No caso das organizações públicas, a Gestão da Informação (GI) é feita por meio do fluxo interno de informações, subordinadas ao Estado por meio de leis e regulamentos de políticas públicas (Maximiano, 2000; Matenga, Guaraldo, 2022).

Tendo isso em vista, é importante trazer a realidade do serviço brasileiro de saúde pública que, conforme Santos (2019), ainda é conhecido pela vagarosidade e dificuldade de acesso, sobretudo ao perceber a desigualdade social. Nesse cenário, ressalta-se que a própria definição de saúde pública também é questionada teoricamente, sendo utilizado também o termo “saúde coletiva”, que tem um tom social mais enfático (Souza, 2014), demonstrando uma discussão vigente na área no seu espectro social.

Essa visualização vai ao encontro das ideias que regem uma parte desse estudo, a de que a gestão desses serviços tem relação com a maneira pela qual as informações internas são gerenciadas e em como a percepção do público a quem eles são prestados pode trazer um retorno para o fluxo informacional. Assim, esta subseção recorre à investigação de como as usuárias dos serviços investigados lidam com tais serviços que estão sob o escrutínio público, segmentados por diretrizes institucionais em esferas diferentes.

Desse modo, a informação aqui é tratada como um recurso que pode auxiliar o processo de reconhecimento dos sujeitos sob os aspectos de sua saúde em instituições, corroborando com a melhoria das ações voltadas aos usuários por parte de um melhor gerenciamento de informações internas. Isto se dá, pois, conforme Silva (2019), sua gestão no campo da saúde está associada também a exames diagnósticos, consultas médicas, receituários, informações financeiras, dentre outros tipos de uso. A partir disso, a informação foi tratada mediante seu aspecto gerencial e por meio de um viés cognitivo, sobretudo com relação ao papel dos sujeitos na contribuição de um melhor uso desse recurso.

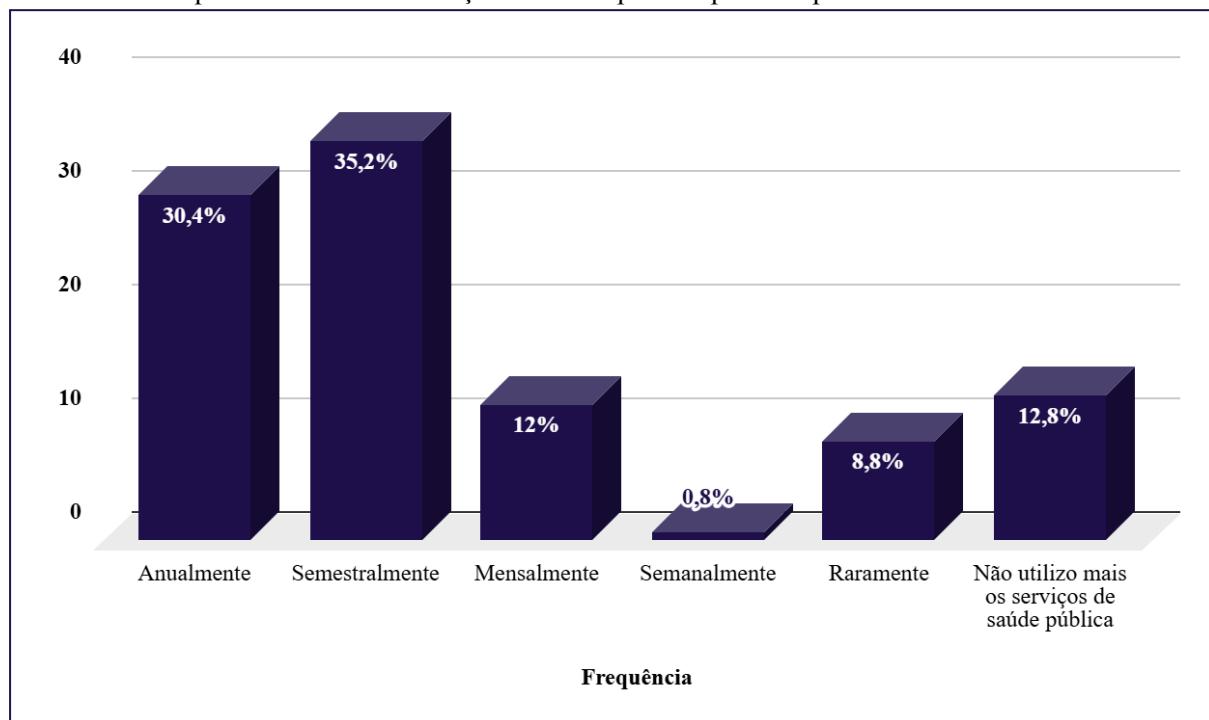
Assim, seguindo esse pensamento, buscou-se analisar um aspecto essencial nesse percurso, em que Gráfico - 9 representa esta discussão, no qual é avaliada a frequência que as

respondentes utilizam tais serviços, desde a presença mais assídua até aquela em períodos mais espaçados, considerando também a resposta de pessoas que afirmaram não usarem mais os serviços de saúde pública, embora já o tenham feito no passado. Assim, foi observado em primeiro momento que a maioria das respondentes utiliza semestralmente tais serviços (35,2%), seguida por pessoas que os frequentam apenas anualmente (30,4%).

Dentre outros aspectos consideráveis, pode-se dizer que o percentual de mulheres que estão mensalmente nas instituições de saúde pública é equivalente às que já não utilizam mais esses serviços, em torno de 12%. Em continuidade, somente 8,8% apontaram que raramente os utilizam, enquanto 0,8% afirmaram estar semanalmente nesses locais, a ser visto abaixo.

Este gráfico detém uma informação importante para retratar outro aspecto a ser trabalhado neste estudo: a vivência das respondentes nesses ambientes diante dos serviços oferecidos. Para isso, saber a frequência de seu uso pode auxiliar a compreender tanto o tempo em que cada procedimento foi realizado, sejam consultas ou exames, por exemplo, e o fluxo dessas mulheres nas instituições de saúde pública. A partir disso, se torna possível abrir espaço para compreender as dificuldades encontradas por elas nesses serviços.

Gráfico 9 - Frequência do uso de serviços de saúde pública pelas respondentes



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Ainda, faz-se referência ao pensamento de Palmeira *et al.* (2022), que evidenciou um crescimento na demanda de serviços de saúde ao passo em que não houve uma manutenção

das desigualdades que marcam a população de menor renda, conforme inquéritos populacionais entre 2008 e 2023, sobretudo nas regiões norte e nordeste. Isto demonstra que o aumento quantitativo de serviços não gerou um excedente positivo no que concerne ao acesso desse público à saúde. Além disso, é possível fazer uma comparação dessa situação com o uso de informações, pois nesse caso em específico foi percebido que não é necessário somente um quantitativo considerável, mas também um foco qualitativo e internacionalizado dos serviços, atributos que também se estendem a GI.

Quando não se faz um recorte de gênero, questões acerca das mulheres em vulnerabilidade social podem ser invisibilizadas nesse contexto, tendo suas necessidades cegadas pelo poder público. Sobre isso, relembra-se os dados apresentados na subseção anterior, em que as mulheres são consideradas as maiores usuárias do SUS, principalmente as pretas e pardas no que concerne à atenção básica à saúde. Não pensar sobre os sujeitos que compõem esse universo é extraviar uma informação útil e, como consequência, perder a oportunidade de tratar da saúde deste usuário.

É nesse contexto que se traz a informação como recurso regente deste estudo, considerando que ela é múltipla em sua episteme. Logo, sua transmissão explícita é uma parte da construção do conhecimento, assim como as relações sociais, direta e indiretamente. De todo modo, a informação materializada é utilizada em diversos registros do conhecimento, necessitando de processamento técnico adequado (Costa, Krucken, 2000; Marins, 2014). Esta reflexão é feita para comungar com a percepção de que os serviços ofertados fazem parte de um processo de GI nas organizações e sua manutenção influencia na maneira como eles são prestados ao público.

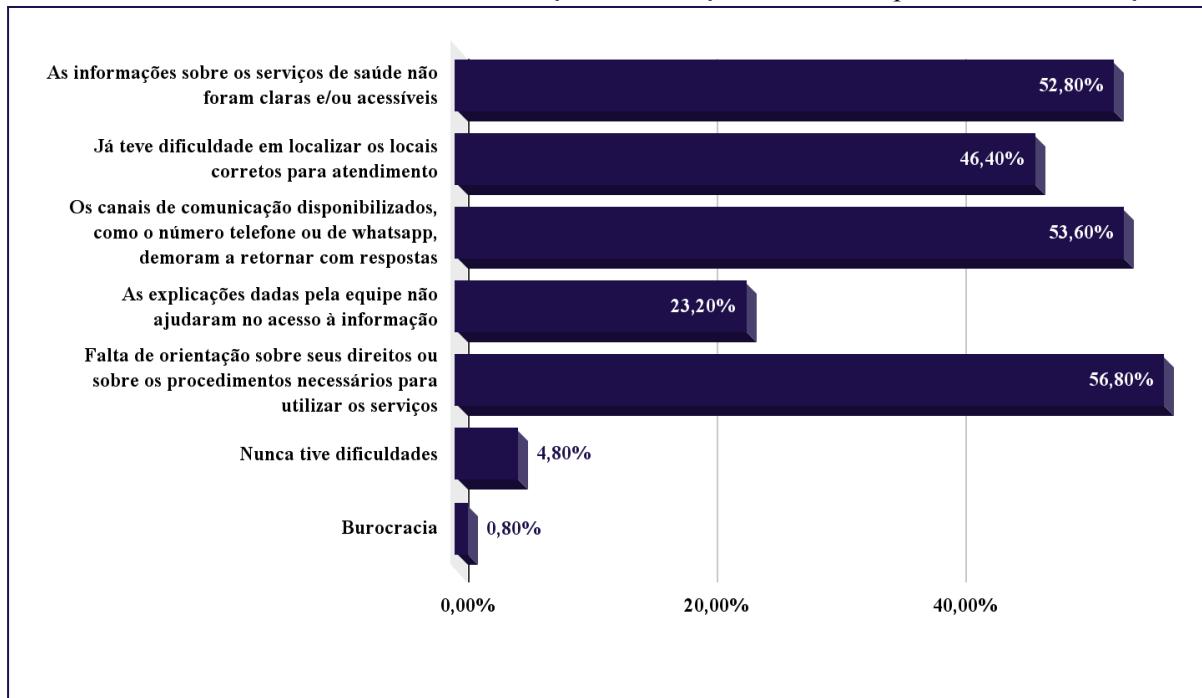
Nas instituições de saúde, o fluxo informacional ocorre intensamente, tendo informações em situação de processamento constante, fator que torna necessário a adesão de determinados aspectos da gestão, sobretudo a documental e, ao nível do conhecimento explícito, a GI. É preciso que esse fluxo seja analisado, gerenciado, organizado e disseminado a fim de melhorar os casos vivenciados nas organizações e proporcionar um desempenho otimizado de suas funções (Santos; Biaggi; Damiani, 2019).

Desse modo, observar a condição da informação em uma organização e as ferramentas adotadas para melhor oferecer um serviço aos usuários é essencial. Para tal, tem-se o pensamento de Faim (2021) como base para afirmar que embora haja um grande volume de produções científicas no campo da saúde, pouco se aborda sobre administração hospitalar, sobretudo no que diz respeito aos seus impactos e avaliações, isto é, também pelo ponto de vista do público.

Em vista disso, o Gráfico - 10 foi formulado a partir da seleção de respostas das mulheres, em que todas puderam escolher mais de um item sobre as dificuldades vivenciadas no uso dos serviços de saúde pública. Para isso, foram apresentadas as seguintes situações: informações que não foram claras e/ou acessíveis, dificuldade em descobrir os locais de atendimento, canais de comunicação de retorno demorado ou nenhum retorno, falta de orientação geral etc. Além disso, foi aberto um espaço para as respondentes compartilharem outras situações.

Nessa situação, 56,8% das mulheres afirmou não ter sido orientada quanto aos seus direitos ou sobre os procedimentos necessários para utilizar os serviços adequadamente. Em seguida, um percentual de 53,6% pontuou que os canais de comunicação disponibilizados demoram a retornar com respostas, sejam por número de telefone ou WhatsApp Logo após, cerca de 52,8% das respondentes reiterou ter tido problemas com relação a informações que não foram claras ou acessíveis, seguido pelas mulheres que já tiveram dificuldades em localizar os locais corretos para o atendimento (46,4%).

Gráfico 10 - Dificuldades no acesso à informação dos serviços de saúde disponíveis nas instituições



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Em menor incidência, cerca 23,2% disseram que as explicações dadas pela equipe não ajudaram no acesso à informação de fato. Somente 4,8% confirmou não ter dificuldades no uso dos serviços, enquanto 0,8% citaram a burocracia como uma problemática. Infere-se que as dificuldades mais presentes estão relacionadas ao modo como a informação é repassada ao

usuário e até mesmo se elas estão de fato chegando a ele, principalmente no que diz respeito aos procedimentos necessários.

Nessa perspectiva, essa falha pode ser consequência de diversos fatores e, conforme Barbosa (2024), está bastante associada à divergência entre o que é ofertado pelos serviços de assistência e o que é demandado pelos usuários. Isso traz questionamentos sobre a regularização das práticas assistenciais em meio a necessidade da população, visto que há uma insatisfação presente sobre o tema. Portanto, reafirmar a importância da GI nesse contexto situacional é evidente, principalmente pelo grande volume de informações que estão sendo subutilizadas a fim de somente otimizar serviços, mas fazer com que esse recurso seja aproveitado também pelo público (Santos; Damiani; Denipoti, 2020).

A visão da GI sobre esse contexto atua como uma ferramenta que permite o translado da informação interna e a que é transmitida aos usuários. Ao se observar a maior dificuldade apontada pelas respondentes, a qual é justamente esse entrave informacional, é inevitável trazer o tópico da humanização dos profissionais da área, dada a maneira como tais funcionários as estão compartilhando, uma vez que foi apontado um repasse insatisfatório das respondentes. Ainda mais quando, para Davenport (1998), são os seres humanos que adotam relevância aos dados, sendo a partir de sua interpretação e contextualização que a informação é obtida.

Nesse sentido, a GI proporciona uma visão mais específica desses aspectos. Em função disso, a quantidade de informações que precisam de gerenciamento é um de seus principais objetivos, estruturando-se de modo a promover uma relação mútua entre os subsistemas que formam uma organização, utilizando-se de estratégias e das tecnologias de informação. Dessa forma, é por meio disso que ela se faz presente desde a produção da informação até sua utilização (Braga, 2000; Santos, Biaggi, Damiani, 2019).

Outras características podem ser incorporadas a GI e, considerando as dificuldades das respondentes em localizar os locais corretos de atendimento, no difícil acesso e retorno aos canais de comunicação, evidencia-se: a identificação das necessidades de informação, bem como sua organização, distribuição e uso, conforme Nonato e Aganette (2022). Nas instituições, a depender da cultura organizacional e elementos próprios do ambiente informational, ela também pode ser incorporada pelas tecnologias disponíveis e sistemas de informação.

Tais prerrogativas são essenciais na GI ao nível institucional. No entanto, a posse da informação não guia necessariamente a transmissão satisfatória desse recurso. Como apontado pelas respondentes, mesmo entrando em contato com a equipe de profissionais, isso

não auxiliou no acesso à informação. Isso demonstra um fato essencial da Ciência da Informação, no qual a existência deste objeto em relação ao usuário não significa que haverá uma apropriação, o que também se dá como uma queixa das respondentes frente aos serviços de saúde.

Barbosa (2024) apresenta algumas dessas reivindicações, tais como: a pouca ou nenhuma informatização das unidades de saúde e grandes filas de espera expressando uma lentidão no atendimento. Para o autor, uma solução poderia ser encontrada entre o uso das TDIC e uso adequado da GI, demonstrando na perspectiva informacional, uma forma de contemplar melhorias no SUS.

Assim, para melhor gerenciar essas informações, Valentim (2002) afirma ser necessário integrar ações que tratam desde a coleta, seleção, análise e compartilhamento de dados, tendo como prioridade esse processo na instituição. Dessa maneira, exige também um planejamento das ações de GI e, em sequência, relacionada à Gestão do Conhecimento (GC).

De modo mais específico, no caso das organizações de saúde, que estão associadas a qualidade de vida, a gestão precisa estar atenta ao repertório informacional de modo a ser entendida como parte estrutural e funcional da prestação de serviços. Isso se dá para além da disponibilização de tratamento, mas também em um atendimento efetivo (Santos; Biaggi; Damiani, 2019). Sobre isso, a questão dos canais de comunicação e a dificuldade de retorno às responsabilidades se torna um exemplo representativo, principalmente pela alta proporção de dificuldade em que essa prática está associada.

Dessa maneira, a CI apresenta uma infraestrutura intelectual e técnica para transformar a informação em ações práticas de gestão, pois facilita o uso de conhecimentos interdisciplinares. Na área da saúde, esta atuação deve fornecer a equidade da oferta de serviços à população. Conforme Moraes e Santos (1998), os termos utilizados nesse espectro se cruzam também na vida cotidiana, onde a saúde e a informação também se conectam.

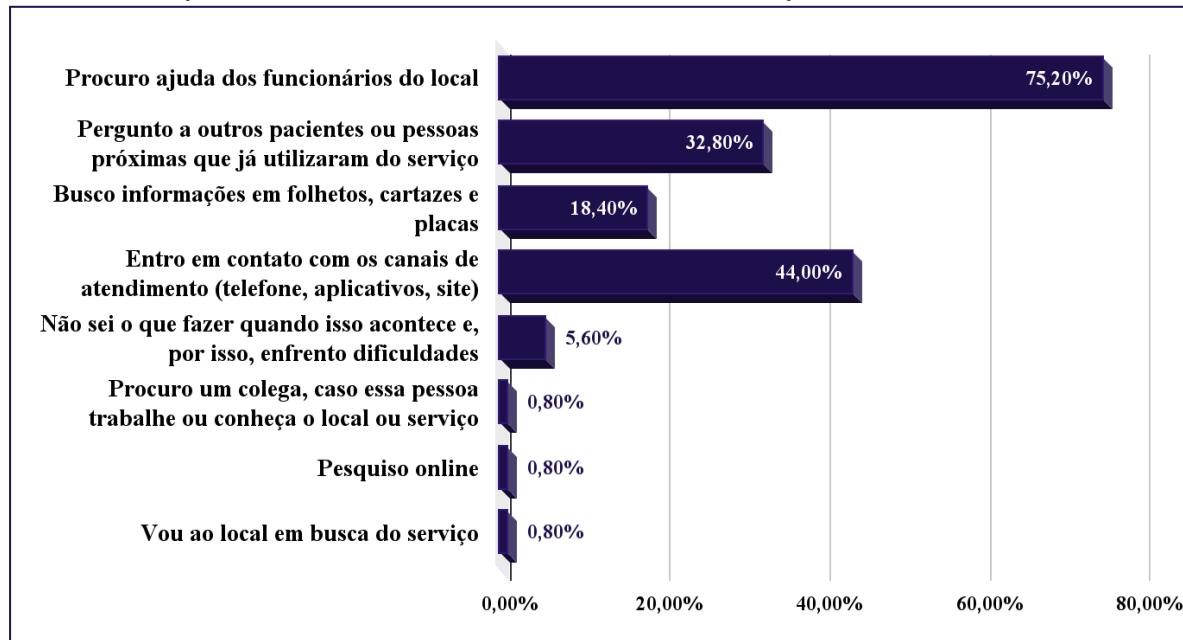
A partir dessa discussão, o enfrentamento das dificuldades apresentadas por parte dos usuários configura outra etapa do processo de busca da informação. Isto é, o próximo passo do usuário frente ao obstáculo posto entre sua compreensão e a informação. Nesse sentido, o Gráfico - 11 foi elaborado através do questionamento feito às respondentes sobre o que elas fazem ao se depararem com tais situações.

Cerca de 75,20% das respondentes afirmaram procurar ajuda dos profissionais locais, o que demonstra que a maioria delas utiliza da confiabilidade da instituição para obter informações sobre os procedimentos. Em segundo lugar, 44% das mulheres revelaram que também costumam buscar os canais de atendimento desses locais, denotando que, apesar do

que foi exposto anteriormente no Gráfico - 10, em que mais de 50% das respondentes reconheceram as dificuldades no retorno desse atendimento, tais canais ainda são opções de uso frequente. Subentende-se que o maior uso das mídias digitais pelas mulheres, conforme apresentado anteriormente, se alia a estes dados, a se visto melhor abaixo:

No Gráfico - 11, em continuidade às ações das respondentes diante das intercorrências no acesso a informações, aproximadamente 32,8% buscam outros pacientes ou pessoas próximas que já utilizaram os serviços. Ainda, cerca de 18,4% afirmaram buscar a informação em cartazes, folhetos e placas, enquanto 5,6% confessaram não saber o que fazer nessa situação e, por isso, enfrentam dificuldades. Outras opções mencionaram que buscam um colega que trabalhe na instituição ou conheça o serviço (0,8%), recorrem à pesquisa *online* (0,8%) e vão à própria instituição pessoalmente (0,8%),

Gráfico 11 - Ações das usuárias ao sentirem dúvida sobre os serviços ofertados



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Pode-se dizer que ambas as opções que mais se destacaram nesse tópico envolvem a procura por funcionários do local e os canais de atendimento *online*. Essa questão da busca do usuário, proveniente de uma necessidade de informação gerada por um ímpeto subjetivo ou por um fator externo, faz relação com o Modelo de necessidade, busca e uso da informação, proposto por Choo (1999), no que será feita uma breve conceituação para então relacioná-lo ao caso das respondentes.

O processo em que a informação está inserida ocorre no cognitivo do usuário. Em seu modelo, composto por três pirâmides (necessidade, busca e uso), ligadas entre si quanto a

criação de significado, construção do conhecimento e tomada de decisões. Isto é, em primeiro momento, o usuário recebe os sinais do ambiente por meio representações interpretações ou lacunas cognitivas/dimensão de problemas, elementos que formatam a sua necessidade de informação. Logo, após a decisão do sujeito em evitar, perdendo a chance de não encontrar o que precisa, ou ir atrás de resolver algum desses fatores, há a percepção desse Estado Anômalo do Conhecimento - termo retirado de Belkin (1980). Em seguida, o usuário oportuniza uma maneira de encontrar a resposta para sua indagação, buscando uma fonte acessível e de qualidade. Assim, ao escolhê-la, ele parte para o entendimento e uso da informação (Choo, 2006).

Utilizado para compreender o comportamento informacional dos sujeitos informacionais, pode-se inferir que a necessidade das respondentes teve como ímpeto as dificuldades apontadas frente aos seus direitos em saúde e acesso a serviços nas instituições. Para melhor lidar com tais intercorrências, foi percebido que a maioria delas busca pelo auxílio dos funcionários do local como de atender essa lacuna de conhecimento e os canais de comunicação disponibilizados *online*, o que se associa ao uso das ferramentas tecnológicas atuais. Esse processo tem o intuito de atribuir sentido aos dados disponíveis e, assim, dinamizá-los em informação para, então, construir o conhecimento dessas mulheres com relação à situação na qual elas se encontraram.

Nessa perspectiva, Campos e Paiva (2021) reforçam que o usuário é um personagem diretamente relacionado a GIC (Gestão da Informação e do Conhecimento), considerado o protagonista dos processos organizacionais nos ambientes de informação para o desenvolvimento de atividades. Estes ambientes recebem os usuários como atores que desempenham um papel essencial de interação e transferência de mensagens que envolvem o fluxo de informação.

Desse modo, as necessidades de informação constituem um elemento indispensável para a GI, sobretudo nos sistemas e serviços de informação, com base também no que o usuário pensa a fim de realizar um processo eficaz. Ocorre que tudo gira, de certa forma, ao redor desses sujeitos, afinal, seu protagonismo influencia na realidade e interfere na sua apropriação da informação (Wilson, 2002; Campos, Paiva, 2021). Em vista disso, quando as mulheres respondentes compartilham suas ações nessa busca por informação, elas também reiteram o modelo de Choo em seu passo a passo, projetando o senso cognitivo na jornada que a levará ao uso daquilo que está, de certa forma, faltando, o que a coloca na procura do preenchimento dessa lacuna.

Portanto, a certificação das necessidades precede a criação de um serviço com o intuito de antever possíveis problemáticas intrínsecas à prática que não os considera. Nesse sentido, Santos, Damiani e Denipoti (2020) e Tarapanoff (2006) refletem que, embora a informação seja um recurso crucial para o funcionamento das organizações, elas também são compostas por tecnologias, sistemas, registros do conhecimento, e não diferente disso, também são pensadas e gerenciadas por e para pessoas.

Isto é, uma vez que a oferta de serviços provém de uma demanda agregada ao valor do usuário para esse processo, pois a informação é um objeto que este personagem também busca. Assim, seu uso se dá de maneira recíproca, mas para que isso aconteça é preciso que ela chegue a tais sujeitos, garantindo uma aproximação equivalente. Desse modo, poderia colocar a oferta de serviços em uma direção direta, sem curvas ao longo do trajeto do ciclo de vida da informação até seu usuário.

Sabe-se que, quando a informação é bem empregada, ela dá suporte às demais atividades de uma organização, aumentando sua eficiência e melhorando as condições de trabalho existentes, além de fortalecer as tomadas de decisão. É nessa direção que as organizações devem caminhar no exercício de seu papel, direcionando-se para as necessidades de seus usuários, internos e/ou externos. Em uma instituição pública, que até certo ponto encontra-se distante do pensamento mercadológico, a observação do fluxo informacional deve seguir os regimentos adequados, desde o estudo dos usuários até a disseminação da informação. De todos os modos seu acesso deve ser público de forma objetiva, evitando inconsistências. (Matenga, Guaraldo, 2022; Nunes, Werlang, 2023).

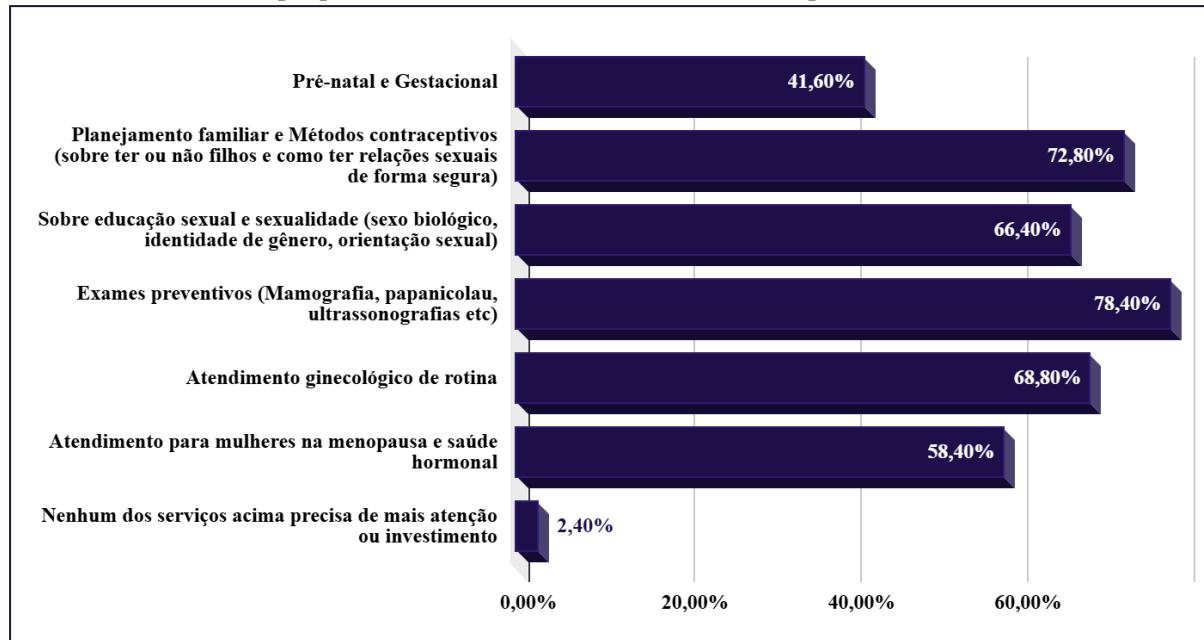
O ciclo informacional se fez presente no modelo de Choo, bem como permitiu visualizar as respostas das mulheres quanto suas ações, proporcionando uma visão no que diz respeito da CI. Tarapanoff (2006) afirma que este processo de busca e necessidade de algo atravessa, inicialmente, a identificação de quem gera o tipo de informação, bem como as fontes a serem selecionadas. Tudo isso aumenta o conhecimento individual e coletivo na obtenção de informação de uma instituição.

Isto posto, entender quem demanda algo, quem necessita de um serviço ou informação específica, se traduz em algo já dito quanto aos recortes sociais primordiais para compreender a saúde no Brasil. Autores como Moraes e Santos (1998), Griffin (2002) Moraes e Santos (1998) e Souza (2008) reforçam integrar informações, sobretudo com relação aos sistemas de saúde, para a melhoria dos serviços oferecidos, sobretudo no que diz respeito a humanização:

As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares (Brasil, 2004, p.64).

Nessa mesma perspectiva, objetiva-se também ampliar a aprimorar os indicadores e metas a fim chegar a estratégias que reduzam a fragmentação de dados. Assim, proporcionar uma integração das políticas de equidade por meio da interseccionalidade (Brasil, 2004). Para a saúde da mulher, que teve a integralização de uma política em 2004, a PNAISM, muitos são os eixos de saúde que podem melhorar. Acerca disso, foi perguntado aos respondentes do questionário quais desses serviços deveriam receber uma atenção maior, na sua percepção. A partir disso, o Gráfico - 12 foi formatado, a ser visto abaixo:

Gráfico 12 - Serviços que poderiam ser melhorados na visão das respondentes



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Com o intuito de trazer a visão das respondentes com relação às especialidades e serviços ofertados para saúde pública feminina, obtiveram-se os seguintes parâmetros exames preventivos (78,40%), planejamento familiar e métodos contraceptivos (72,8%), atendimento ginecológico de rotina (68,8%), educação sexual e sexualidade (66,4%), atendimento para

mulheres na menopausa e saúde hormonal (58,4%) e, por fim, pré-natal e Gestacional (41,6%). Quanto as respondentes que acreditam não ser necessário investimento em um tipo específico de serviços/especialidade, chegou-se ao percentual de 2,40%.

A priori, é preciso considerar que os serviços e as especialidades em saúde feminina são regidos pela PNAISM, que proporcionou um avanço significativo na integralização da saúde, mas que ainda percorre um caminho gradual para alcançar o fundamento teórico do regimento. Dito isso, a práxis informacional não se difere completamente dessa situação frente ao SUS, visto que, para Cavalcante e Pinheiro (2011), os discursos sobre informação e tecnologia ainda se restringem a poucos grupos e não a grupos minoritários socialmente.

No setor público, essa divergência se estende à gerência da informação e uso de recursos tecnológicos em detrimento do conteúdo. Ainda, está entre uma de suas funções orientar e capacitar a atenção integral à saúde da mulher a fim de promover o bem-estar da população feminina, o controle de patologias e a garantia do direito à saúde. Nessa perspectiva, a PNAISM apresenta os seguintes objetivos:

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;
- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina;
- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina (Brasil, 2004, p. 69-70).

Segundo o Boletim Epidemiológico nº Especial pela Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (Brasil, 2023), as mulheres estão morrendo mais por doenças de causas evitáveis que por câncer de mama ou colo de útero. Ainda, razões que envolvem a identidade étnico-racial das mulheres continuam a variar os dados do norte ao sul do país. Para Leão e Marinho (2002), em um país de dimensões continentais como o Brasil, os fenômenos de saúde refletem a concentração de riquezas e as desigualdades, que influenciam os padrões e tendências epidemiológicas no território nacional. Assim, no Brasil, quanto às neoplasias, há um reflexo da distribuição geográfica. Desse modo, a informação continua sendo uma das maiores aliadas na prevenção dessas doenças, algo que as respondentes já observaram no seu

cotidiano, sobretudo por apresentarem a necessidade de maior investimento em exames preventivos.

É por essa razão que a informação para saúde, termo utilizado neste estudo, é caracterizado como um campo promissor na melhoria da saúde da população. Ela oportuniza o desenvolvimento de novos conhecimentos, bem como auxilia em pesquisas deste campo, para uma maior contribuição para uma sociedade justa e, resultante disso, saudável (Tabosa, 2024). Nesse sentido, a discussão sobre esses dois aspectos passa a ter o elemento da gestão de modo mais incisivo, como foi abordado nesta subseção, e que será exemplificado na subseção abaixo, em continuidade da análise.

6.3 Gestão da Informação na melhoria dos serviços

A continuidade deste estudo se dá, nesta terceira subseção, para compreender a vivência das mulheres com os atendimentos de saúde pública e suas percepções de como esses serviços podem melhorar. Desse modo, as práticas de gestão poderão ser associadas a essa visão, sobretudo porque se parte da prerrogativa de que as dificuldades apresentadas têm um cerne informacional implícito. Assim, foram consideradas pelo questionário os seguintes temas: especificidades de gênero, experiências no uso das tecnologias digitais, situações vivenciadas quanto ao aspecto informacional e, por fim, sugestões de melhoria dos serviços.

As razões pelas quais a subseção foi pensada envolvem tanto o que foi adquirido nos tópicos acerca do perfil da mulher quanto a discussão feita com base em suas necessidades de informação. Há a intenção de relacionar o peso do gênero na oferta de tais serviços, bem como o contrapeso da informação, balanceando o percurso dos sujeitos na busca, necessidade e uso deste recurso. Do mesmo modo, permite-se também refletir, através da visão das respondentes, suas questões relativas à situação da saúde pública.

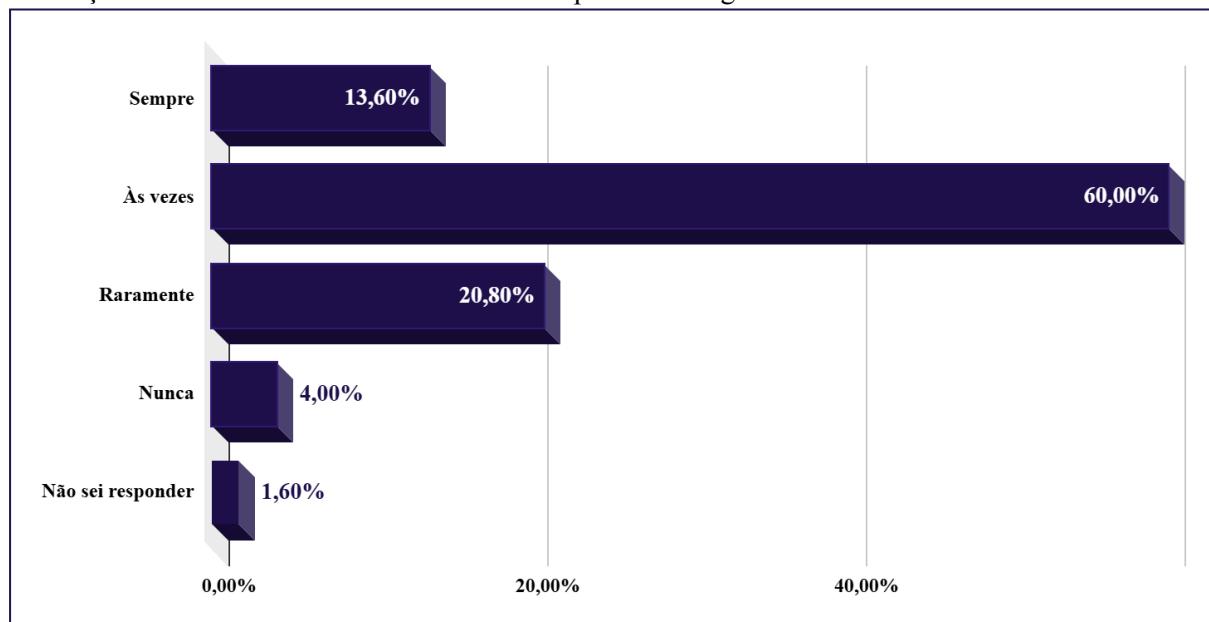
Nesse sentido, traz-se a perspectiva de Olinto (2006), para reafirmar que tais diferenças de gênero impactam diretamente na sociedade de informação, principalmente quando as mudanças tecnológicas se tornam parte essencial da vida mundana. Infere-se, portanto, que as divergências quanto ao gênero estão dispostas em outra dinâmica social, mas que repercutem na vida das mulheres de modo a promover, ainda, iniquidades históricas quanto ao acesso dos seus direitos.

Esta condição, observando-as como sujeitos informacionais, associada à busca pela informação no ambiente da saúde, afeta seu direito e sua consciência sobre os processos que atravessam seu corpo, conforme Griffin (2002). Dito isso, a falta de informação faz parte de

um processo de exclusão social que, embora esteja mascarado pelo acesso democrático, reflete um processo que não é somente de caráter informacional ao não sanar uma necessidade existente. O mérito da desigualdade, no caso da informação, também se dá pelo não atendimento de uma demanda em que havia uma resposta a ser retornada, mas que não chegou ao seu usuário propriamente dito.

Imbuído deste parâmetro, as mulheres, no papel de sujeitos informacionais, precisam atuar de forma ativa. No entanto, isso se torna possível a partir do momento em que suas necessidades forem consideradas e uma delas está relacionada a sua especificidade de gênero. Questiona-se se os profissionais da saúde ou do setor administrativo, ao atender uma pessoa do gênero feminino, considera a realidade social em que ela está inserida, bem como suas queixas, atentando-se para o que ela tem a dizer sobre si mesma e seu corpo. O resultado disso levou a construção do Gráfico - 13, demonstrando a frequência de vezes em que as respondentes acreditam que foram consideradas dessa maneira no atendimento.

Gráfico 13 - Vezes que o atendimento dos profissionais de saúde e administrativo geral das instituições de saúde considerou necessidades específicas de gênero



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Conforme o esquema, cerca 60% das respondentes afirmaram que os profissionais da área da saúde e do administrativo de tais instituições levaram em consideração sua especificidade de gênero às vezes. Enquanto 20,8% raramente tinham esse aspecto atendido, em torno de 13,6% das respondentes confirmaram que suas especificidades sempre foram consideradas. Ainda, 4% nunca tiveram tal atendimento e 1,6% não soube responder.

Destaca-se que a frequência desse atendimento mais especializado pode refletir um serviço voltado à mulher com maior atenção. Não obstante, apesar deste estudo não considerar um serviço especializado (obstetrícia, ginecologia etc.), mas sim um serviço que reflete a preparação da organização e dos profissionais para com a mulher, isto apresenta uma realidade positiva. Apesar do segundo maior percentual revelar que raramente há essa consideração, o que demonstra uma variação entre os serviços, pode-se dizer que existe uma diferença considerável entre ambas as porcentagens.

De modo geral, as respondentes acreditam que suas especificidades de gênero estão sendo observadas durante seu atendimento. Esta mediação feita pelos profissionais, conforme Santos Júnior, Veronez Júnior e Polonini (2023), oportuniza o exercício da cidadania através da obtenção e apropriação do conhecimento. Por conta disso, é inegável que o fluxo informacional, se feito de forma otimizada internamente, percorra entre os muros da organização e se adeque a assistência ao usuário. Isto proporciona poder informacional aos sujeitos que, no momento em que se tornam senhores de sua escolha através do processo cognitivo, tomam consciência de si nessa dinâmica.

Sobre esse protagonismo, é importante ressaltar que Gomes (2018) o conceitua mediante a tomada de decisão sobre algo, isto é, a luta contra algo, a percepção sobre o embate em virtude da construção de um mundo comum. Para a autora, o protagonista é um sujeito social que não age somente por si, mas atua também em relação ao outro, diretamente ou de forma simbólica. Seu espectro social é tão forte que se alinha ao viés cidadão e, quando este é enquadrado no sócio informacional, ele se torna parte do ciclo de vida da informação e da produção de conhecimento na sociedade.

No caso da saúde e na consideração das especificidades de gênero, a percepção de que os sujeitos estão à mercê das relações sociais é indissociável do processo informacional, independentemente de seu modo de operação, pois reflete uma dinâmica já existente fora do ambiente organizacional. Tabosa (2024) reitera haver uma interdependência entre as fontes de informação, o comportamento dos usuários e o uso dessa informação para a saúde. As problemáticas existentes quanto a falta de clareza e de informações incorretas podem gerar consequências à saúde dos envolvidos. Nesse sentido, o autor sugere a criação de pesquisas que estejam inclinadas a compreender as necessidades de informação e o comportamento informacional do público leigo a fim de facilitar seu acesso.

Para que isso ocorra, observa-se que não apenas o estorno dessa informação deva ser analisado, mas também a maneira como ela é gerenciada internamente de modo a levar o olhar dos sujeitos para esse processo. Em virtude disso, considerar a informação sob o

pensamento de Gomes (2018) traz uma visualização mais contundente sobre tal discussão, visto que a autora a entende como algo resultante e que, ao mesmo tempo, também é promotora, da ação de compartilhamento, situando-se desde a produção até a sua apropriação pelos usuários. É um encontro do outro com o outro, isto é, da pessoa que iniciou esse processo até a pessoa que o findará.

Esta relação, que se dá de diversas formas, deve ser contextualizada na realidade social do Brasil com o intuito de pormenorizar esse acesso e a compreensão do processo informacional dentro do campo da saúde. Com base nisso, é importante que as atividades de informação para saúde ganhem força na sociedade, como propõem Moura e Silva (2004), através do treinamento de profissionais, distribuição de materiais educativos, dentre outros exemplos. Tais ações, contudo, são iniciadas, mas sofrem com descontinuações ao longo do tempo, um fato que não somente prejudica o discurso de promoção à saúde, como também pouco concretiza e executa ações nas unidades de saúde.

Nesse sentido, Passos (1999) considera que essa é uma questão que pode ser visualizada já na criação dos sistemas informatizados de saúde. Aqui, reforça-se que o progresso tecnológico faz parte desse processo, visto que a GI considera outros aspectos, além disso. Contudo, é inegável que modelos não-probabilísticos são insuficientes para acompanhar a complexidade das relações sociais, algo que precisa da interseccionalidade para melhor atender suas demandas.

A questão da tecnologia, já vista por meio dos canais de atendimento *online*, bem como por outras dinâmicas, repercutiu no questionário como um ponto de discussão, afinal, conforme Molina e Santos (2019), o esclarecimento das informações é essencial para que elas se tornem utilizáveis. Do contrário, elas não serão utilizadas de forma estratégica. Pensando nisso, chegaram-se as respostas coletadas, em que as opções dadas foram “Sim”, “Não” e “Não tenho certeza” quanto a qualidade do uso das tecnologias e mídias digitais nos serviços.

A interpretação dos dados refletiu uma percepção negativa das respostas sobre o uso das tecnologias e mídias digitais para melhoria dos serviços de saúde (50,4%). Ainda, outro aspecto a ser ressaltado é que cerca de 15,2% das respondentes afirmaram que tais ferramentas estão sendo bem utilizadas, embora o dobro de respondentes - segundo maior grupo percentual - tenham relatado não ter certeza (34,4%).

Um ponto importante para deliberar acerca desses dados é o de que nem sempre a quantidade de informações disponíveis reflete o acesso a elas. Estende-se esse pensamento aos canais de comunicação, sobretudo aqueles caracterizados pelas ferramentas tecnológicas. Passos (1999) comprehende a importância de disponibilizar informações úteis somente em

determinados momentos e na quantidade adequada ao contexto situacional, evitando redundância e dispersão no processo que segue. Não se deve realizar, contudo, uma restrição, mas sim redirecionamento. A disseminação desse objeto não deve ser obstaculizada dentro e fora das organizações pelos meios de difusão corretos.

A informação tem a prerrogativa do aspecto cognitivo e, ao considerar o corpo como uma representação concreta do ser humano na sociedade, tanto ela quanto os fenômenos que influenciam a saúde desse corpo atuam de modo singular na vida de uma pessoa. Contudo, quando estes movimentos se fazem de modo coletivo, o elemento social se torna indissociável.

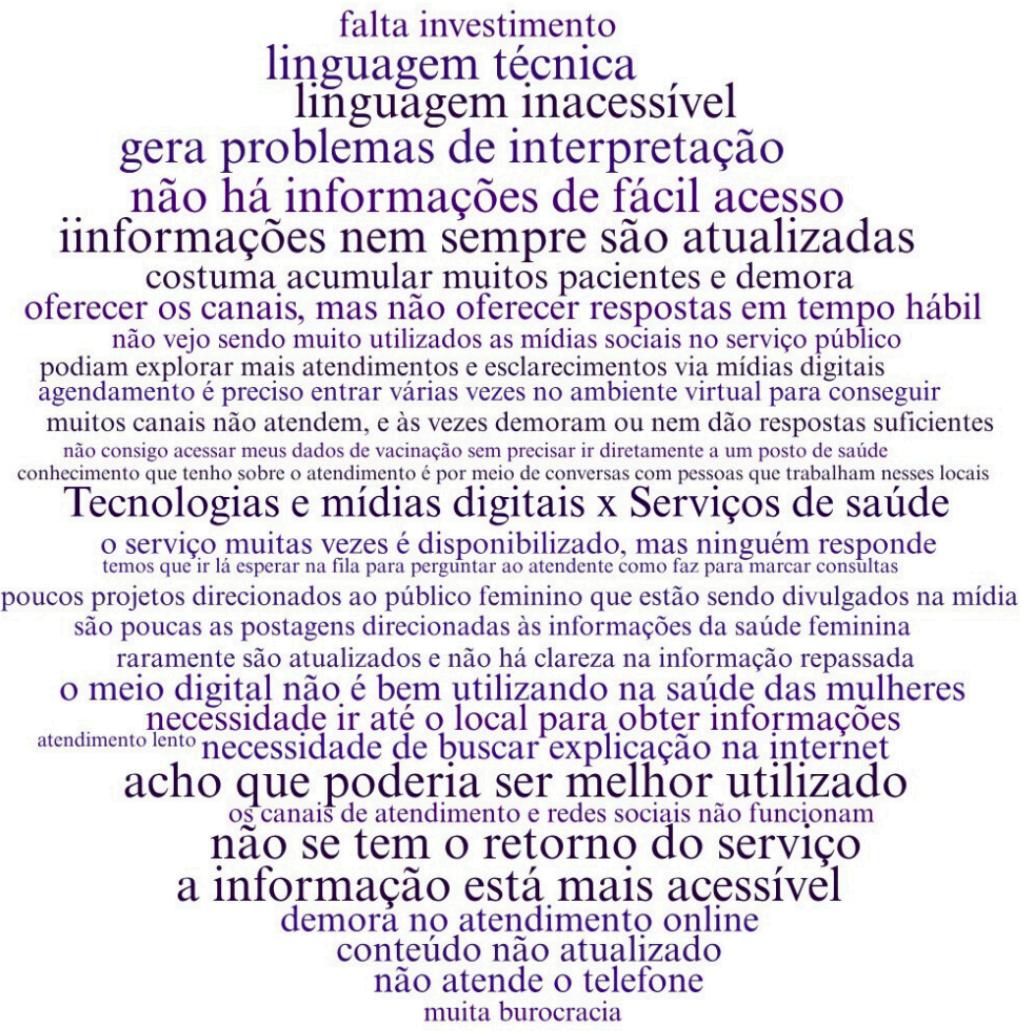
A tecnologia fez parte dessa jornada humana e, na contemporaneidade, associada ao uso do digital, ela também é um fenômeno que reflete a ação da sociedade em influenciar os sujeitos, sobretudo no que diz respeito à forma como eles visualizam a si isto é, diretamente relacionada também a figura do corpo. Gualda (2009) reflete que é nesse cenário que diferentes elementos são discutidos, seja sobre estética ou sexualidade, dentre outros temas, na vida da mulher.

Assim, pensar a informação no caminho do gênero é abrir o olhar para estradas que se cruzam inevitavelmente. Nesse sentido, ponderar sobre os sujeitos, a informação e a tecnologia permitem uma percepção holística sobre o que um serviço objetiva promover e o que de fato está acontecendo na visão dessas pessoas. Nesse sentido, pontua-se que a maioria das respondentes afirmou conhecer parcialmente seu corpo e sua saúde, tendo como principal meio de informação a internet e as redes sociais. Esse dado foi ao encontro da discussão de quantidade e qualidade de informação, que também se estende no seu uso nas organizações de saúde, mas que, *a priori*, revela que mais informação não significará necessariamente que elas chegarão aos seus usuários. Desse modo, é inegável o papel das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), que proporcionaram uma nova ambientação entre os usuários de saúde e as instituições.

A maioria das respondentes frequenta semestralmente tais instituições, suas vivências compartilhadas apresentaram casos problemáticos com relação ao uso da informação, sendo a falta de orientação sobre direitos e procedimentos uma das principais situações. Desse modo, subentende-se que a posse da informação não significa necessariamente sua apropriação pelo usuário, como pode ser visualizado. Além disso, por mais que as ferramentas tecnológicas estejam sendo utilizadas para mediar esse processo, a grande parte delas costuma pedir ajuda aos funcionários do local onde estão sendo ou serão atendidas.

Para tal, o espaço deixado para as respondentes justificarem suas respostas da pergunta anterior, tratando-se de um item optativo, pode ser melhor visualizadas na Figura 10 a seguir, em que os recortes desses relatos foram distribuídos em uma nuvem de palavras:

Figura 10 - Nuvem de palavras sobre o uso das tecnologias e mídias digitais na saúde



Fonte: elaborado pela autora (2025)

É preciso considerar que os cuidados que envolvem a informação e a saúde da mulher podem ser influenciados pelas construções de conhecimento provenientes do poder hegemônico. Isto significa que organizar tais informações pressupõem decisões políticas que reforçam ou não prerrogativas perpétuas pelas relações de poder. Esse cenário faz com que a informação seja traduzida também como um espaço estratégico para disputa de poder e produção de saber, o que implica em pensar as necessidades de avanços epistemológicos com base na GI. As decisões tomadas por aquelas que produzem e gerem a informação são

diretamente influenciadas por demandas da sociedade, o que pode trazer resultados positivos ou consequências danosas aos serviços, a depender da visão da “realidade” dos sujeitos (Moraes; Santos, 1998).

Esta dicotomia de quantidade e qualidade se estende à discussão do atendimento pessoal e o digital. Apesar do avanço tecnológico ser uma realidade mundial, o uso da tecnologia de modo a facilitar a vida do ser humano, muitas vezes, passa por determinados obstáculos. Acerca disso, na oferta de serviços essa realidade não seria completamente diferente, o que pode ser mais bem compreendido pelos seguintes comentários:

Muitas vezes esses canais de comunicação não estão funcionando, ou falam linguagens inacessíveis para a grande parte da população (linguagem técnica) e geram dúvidas de interpretação (Respondente 5).

Geralmente eles não disponibilizam WhatsApp ou redes sociais, apenas o telefone (que muitas vezes não funcionam) (Respondente 11).

Atendimento lento, isso quando respondem, e tem também cartilhas que tem conteúdo desatualizado, o que complica o entendimento e é preciso buscar na internet explicações sobre o assunto (Respondente 22).

Como a saúde é um campo que reflete a atuação dos gestores públicos, sobretudo a saúde coletiva, ela deve abranger serviços justos e de qualidade para o cidadão. Em outras palavras, tanto para homens e mulheres - cis ou transgêneros - as diferenças precisam ser vistas e exaltadas em virtude da determinação de fatores de risco. Seja no âmbito do trabalho ou somente em vista da experiência do adoecimento, tais dados precisam ser contextualizados e compreendidos como informações que contribuem para a identificação de morbidades e na utilização dos serviços de saúde. No Brasil, a categorização de sexo é utilizada, contudo, ela não abrange o coletivo nem prevê as diferenças vigentes (Aquino; Menezes; Amoedo, 1992). Apesar da fala dos autores ser datada do início dos anos 1990, é importante ressaltar que a jornada histórica no campo da saúde sobre a obtenção de políticas e ações que de fato atinjam esse público, diferenciando ainda avança lentamente.

Para Moraes e Santos (1998), essa problemática é antiga. A homogeneização da população centraliza os dados e fragmenta as interpretações, refletindo uma lógica que norteia as funções do governo e seu processo decisório. Assim, as informações instrumentalizam o Estado brasileiro de modo a equalizar sua função, mas também funciona como uma prática fragmentadora da realidade. As bases de dados são, portanto, se tornam parte de uma interação cristalizada.

Em virtude disso, Viola, Romeiro e Vetter (2018) confirma essa realidade atualmente anos após Aquino, Menezes e Amoedo (1992) e Moraes e Santos (1998) retratarem tal problemática. É possível afirmar que os sistemas de informação do País tendem a homogeneizar a população, o que repercute na formulação de políticas públicas que, muitas vezes, colocam o lugar onde serão aplicadas em um patamar equiparado, não considerando os aspectos socioeconômicos, por exemplo. Há uma negligência quanto a esse processo, sobretudo que se faz o recorte de gênero, que não está diretamente associado aos conceitos que o sexo abrange, por exemplo. Isso se materializa nas ações voltadas à saúde e ao uso da tecnologia, sobretudo quando as respondentes abaixo relatam sobre sua utilização:

Apesar de existirem redes sociais para a prefeitura ou o governo do estado ligados à saúde pública, são poucas as postagens ou contas direcionadas às informações ligadas estritamente à saúde feminina, com postagens consistentes e voltadas a assuntos específicos do público feminino, em relação ao seu bem-estar, saúde e qualidade de vida, prevenção de doenças, nos postos de saúde se vê mais cartazes e alguns possuem QR code, mas que não tem acesso à celular ou internet ou não sabe pesquisar, se informar, ficará difícil acessar informações de saúde para as mulheres (Respondente 85)

É uma ótima iniciativa abrir canais de comunicação alternativos como WhatsApp para que as pessoas possam entrar em contato e solicitar informações, mas infelizmente, a demora na resposta é grande, as informações repassadas nem sempre são claras ou assertivas, e quando as respostas são rápidas, é um bot. Se fosse um bot bem feito, com opções e respostas que contemplassem as necessidades de informação e executassem as tarefas solicitadas, seria muito bom, mas infelizmente não é assim. O Instagram é uma excelente opção de divulgação dos serviços e produtos, e assim muitas vezes as pessoas descobrem certos serviços que não sabiam que existiam. Porém, muitas vezes é usado para fazer um marketing de fachada e autopromoção, pois quando a gente chega no local, nada daquilo que foi promovido nas redes funciona na realidade (Respondente 88).

O meio digital não é bem utilizado na saúde das mulheres, existem poucos projetos direcionados para o público feminino que estejam sendo divulgados na mídia, logo, é um recurso que não está sendo bem explorado quando se fala de saúde da mulher (Respondentes 95).

As falas das respondentes explicitam noções baseadas em experiências marcantes nos serviços. Elas abordam questões que envolvem a falta de humanização dos profissionais que as atendem, bem como do uso precário dos canais de comunicação por parte das organizações de saúde. Este mau aproveitamento da tecnologia faz com que elas tenham de entrar em contato pessoalmente com os funcionários da instituição, como abordado pelas respondentes 19, 27, 28, 90, 91, 92, 96, 101, 117, 120, 121, 122, 123 e 124. A grande quantidade de mulheres que citaram seu descontentamento com relação ao uso das tecnologias aponta que,

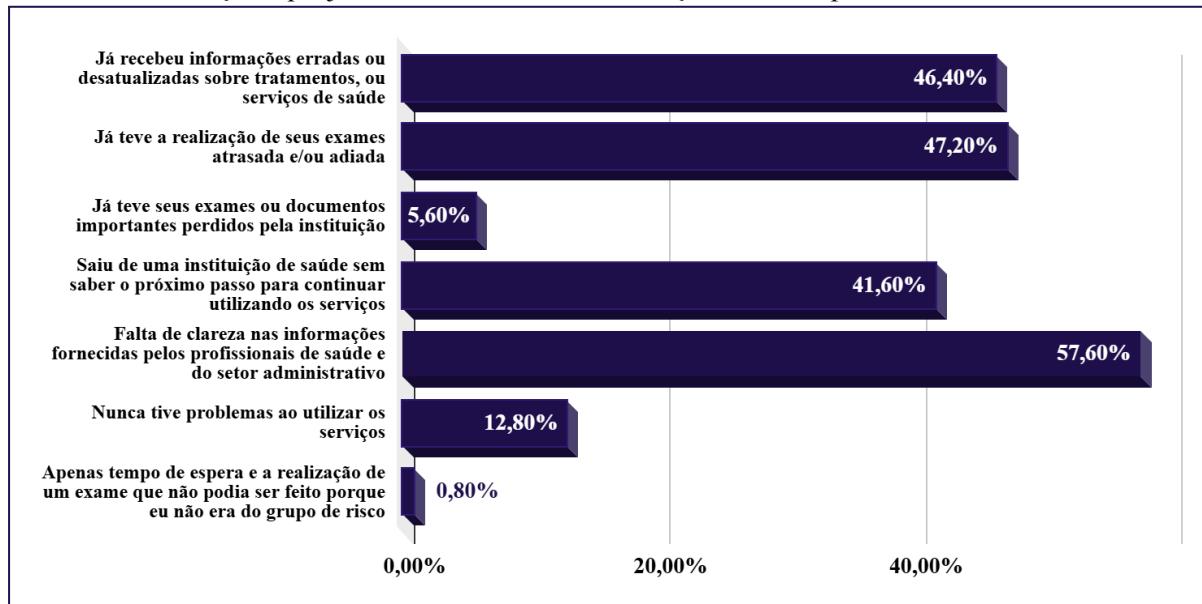
muitas vezes, há uma situação extrema entre o mau uso dessas ferramentas e o desuso total de qualquer uma delas, exigindo muitas vezes um deslocamento até a instituição para retirada de dúvidas simples. Negri (2019) faz o seguinte apontamento sobre a realidade brasileira com relação a tecnologia e saúde, um desafio adicional:

especialmente no caso dos países em desenvolvimento, é a infraestrutura para a coleta e o armazenamento de informações. O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, é o maior sistema público de saúde do mundo, e, por isso, uma fonte gigantesca de informações sobre saúde. No entanto, a implementação de prontuários eletrônicos esbarra em coisas simples, como a disponibilidade de infraestrutura básica na ponta: computadores, sistemas e acesso à banda larga.

Isto é, a evolução tecnológica está presente, mas ela esbarra em uma questão antiga dos serviços de saúde pública no País: a falta de recursos básicos para recebê-la. Portanto, abranger ferramentas inovadoras é necessário, mas é uma discussão que deve ser alinhada ao fato de que as organizações necessitam do básico em recursos e treinamento para gerir, *a priori*, a oferta de serviços. Considerando o paralelo feito até aqui acerca da quantidade e qualidade da informação, não se pode resignar o efeito da tecnologia a um milagre social quando a saúde coletiva está em escassez estrutural. Para melhor investigar esse aspecto, foi elaborada uma questão que tratasse de alguns casos sobre o uso de serviços de saúde pública quanto ao uso de informações, registradas ou não em suportes analógicos, ou digitais. Sua representação se evidenciou no Gráfico - 14 com base nos casos que já vivenciaram.

De modo significativo, cerca de 57,6% das respondentes afirmaram já ter vivenciado uma situação de falta de clareza nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde ou do setor administrativo. O segundo maior percentual ficou para o adiamento ou atraso de exames (47,2%), seguido do recebimento de informações erradas ou desatualizadas sobre tratamentos de saúde (46,4%). Após, outro relato apontado pelas mulheres foi o de já ter saído de alguma instituição de saúde sem saber o próximo passo para dar continuidade a algum processo. Por fim, cerca de 12,8% afirmaram nunca ter tido algum problema com relação aos itens colocados, enquanto 5,6% confirmaram que já teve exames e/ou documentos perdidos pelas instituições de saúde. Apenas 0,8% mencionaram o tempo de espera e a realização de exames.

Gráfico 14 - Situações que já ocorreram no uso dos serviços de saúde pública



Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Relembra-se que o SUS é financiado por ativos da União, isto é, dos estados e municípios, o que possibilita um atendimento voltado às necessidades de saúde pública a toda população. A oferta de serviços desse sistema gera e coleta dados e informações que são essencialmente relevantes para a criação de políticas públicas e monitoramento de programas de saúde. No entanto, a sobrecarga de atendimentos, a falta de apoio humano e de recursos estruturais, bem como o excesso de formalização, acabam criando obstáculos para os serviços oferecidos aos usuários, repercutindo negativamente também no seu direito à informação para saúde (Leite *et al.*, 2014; Viola, Romeiro, Vetter, 2018).

Ainda, não se pode deixar que tais condições socioeconômicas precarizadas, assim como informações adulteradas, dentre outros aspectos, dificultem o acesso à informação e aos serviços de saúde de qualidade. Especificamente no caso das mulheres, isto pode atuar diretamente no desrespeito e supressão de seus direitos (Viola, Romeiro, Vetter, 2018). Isso não significa que a qualidade deva abranger somente o quesito do gênero, mas que se deve sinalizar que este elemento é essencial para compreender o que está sendo demandado e o que se oferta pela instituição de saúde. Mais especificamente, a quem este direito à saúde se refere, sobretudo quando se considera para além da morbidade e se observa a questão da violência de gênero, por exemplo.

Ocorre que há uma tendência dos sistemas de saúde, como já pontuado anteriormente, em homogeneizar dados, o que relativiza e equipara as diferenças que devem ser observadas pela lupa da interseccionalidade. Em outras palavras, sabe-se que as necessidades de homens

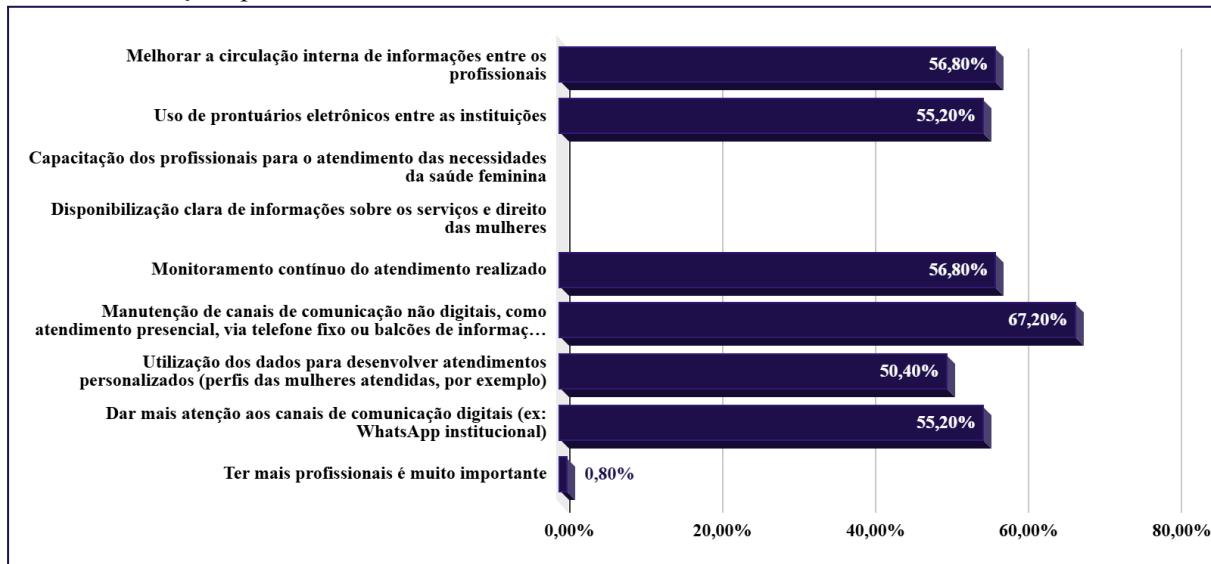
e mulheres são diferentes e a coleta de dados proveniente delas não deve ser padronizada de modo a serem camufladas. Deve-se pormenorizar o gênero como uma categoria de análise útil na área.

A complexidade dos mecanismos tecnológicos e o aumento da quantidade de informações, conforme Moraes e Santos (1998), não garante a qualidade de sua veiculação. É preciso levar a informação da materialidade das práticas sociais e aparatos institucionais, pois, o quantitativo que se excede e não é interpretado corretamente pode ser danoso ao crescimento de instrumentos de saúde do País. Assim, ao associar a ideia de corpo feminino e a subjetividade das questões que ele traz, considerar aspectos por meio da cultura, linguagem, hábitos e costumes enfatiza um modo considerável de visualizar a diversidade (Bóris; Cesídio, 2007).

Louro (2000) traz a inscrição por gênero é um feito pela determinação de uma cultura e suas manifestações, estendendo-se também às sexualidades e identidades, que fazem parte das relações sociais, sendo estas moldadas pelas redes de poder de uma sociedade em seu espaço-tempo. Assim, pontuar sobre isso proporciona o entendimento de que o corpo, e o gênero associado a ele, é o resultado da soma de diversas indicações, acordos sociais e materiais de uma época.

Nesse aspecto, a criação de possibilidades para reconhecimento da informação para saúde da mulher, na CI, reverbera nos processos gerenciais pelos quais ela é organizada. Constante no movimento informacional, ela está inserida na vida do usuário. Desse modo, optar em aprender o que esse personagem tem a oferecer promove outro olhar sobre a gestão. A partir disso, questionaram-se as respondentes sobre quais ações poderiam melhorar tais serviços. As opções foram representadas no Gráfico - 15.

Em continuidade a discussão feita no gráfico anterior, é possível destacar que, assim como as mulheres afirmaram que a tecnologia não é bem utilizada, a opção que foi mais selecionada para melhoria está na manutenção de canais de comunicação não digitais, como atendimento presencial, via telefone fixo ou balcões de informações, para atender mulheres que não utilizam ferramentas como WhatsApp e e-mail (67,2%). Em seguida, as respondentes consideraram o aprimoramento de dois serviços em específico: melhorar a circulação interna de informações entre os profissionais e monitoramento contínuo do atendimento realizado, ambos com 56,8%.

Gráfico 15 - Ações para melhorar o atendimento das mulheres

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Outros dois pontos que se equipararam para serem aperfeiçoados estão relacionados ao uso de prontuários eletrônicos nas instituições e a atenção aos canais de comunicação digitais (ex: WhatsApp institucional) (55,2%). Por fim, outro aspecto ressaltado foi a utilização dos dados para desenvolver atendimentos personalizados (perfis das mulheres atendidas, por exemplo), com cerca de 50,4%, enquanto apenas 0,8% afirmaram que as instituições necessitavam de mais profissionais.

Pode-se dizer que a condição da tecnologia no atendimento de informação do SUS é algo que precisa ser considerado mais veementemente conforme as respondentes, visto que além de ambas relatarem não serem retornadas, elas precisam ir pessoalmente ao local. Assim, pontua-se que a humanização se torna parte vital deste processo, pois o usuário já está sendo relegado ao descaso nas plataformas digitais, o que coloca o atendimento presencial como uma opção inevitável.

Considerando os aspectos destacados até aqui, um espaço de contribuição foi aberto para as respondentes sobre o que elas acreditam que poderiam melhorar especificamente nesses serviços. O resultado disso se deu através da formulação do Figura 11 abaixo, contendo o recorte dos comentários das respondentes.

Figura 11 - Nuvem de palavras com melhorias e pontos destacados



Fonte: elaborado pela autora (2025)

Um dos pontos destacados está no aumento da comunicação e a facilidade para entender o funcionamento do sistema de saúde, o que facilitaria a atenção da mulher sobre a própria saúde. Outro elemento a ser destacado aborda são os problemas enfrentados no cotidiano do uso do SUS: longas filas, funcionários que refletem o atendimento precário, falta de acesso a exames, vacinas, consultas e, em determinadas situações, casos de corrupção. Além disso, um aspecto levantado por umas das respondentes está na consideração da vontade da paciente se ela quer ou não ser atendida - por exemplo, na realização de exames como o Papanicolaou - em profissionais estudantes do gênero masculino, a ser visto:

Acredito que a corrupção dentro do sus acabe com tudo o que há de bom nele (no papel), no dia a dia são filas longas, funcionários mal-educados e pacientes sem acessos à exames, vacinas, consultas, geralmente para conseguir isso pelo sus tem que conhecer alguém de dentro e furar a fila (Respondente 7).

No posto de saúde que frequento, há muitos estudantes em período de estágio, então sempre que tenho um exame ginecológico de rotina, na maioria das vezes são esses

estudantes que fazem o atendimento e exames como o papanicolau. Um ponto que quero destacar, é a importância nesta situação de questionar a paciente se ela se sente confortável sendo atendida por este estudante, quando do gênero feminino, pois isso não ocorre (Respondente 8).

A desinformação de mulheres sobre a Síndrome de Ovários Policísticos (SOP) e Endometriose, e sobre ter um apoio profissional físico/mental com tratamentos adequados para essas condições (Respondente 16).

Mais especificamente quanto a outros tratamentos, elas também levantaram questões sobre a desinformação das mulheres sobre a Síndrome de Ovários Policísticos (SOP) e a Endometriose, bem como a necessidade de ter apoio físico e emocional em ambos os casos. Isso se estende também aos saberes sobre os cuidados relativos à sexualidade e métodos contraceptivos. As respondentes retrataram que ainda é perceptível o quanto as mulheres continuam a lutar contra os tabus com relação ao próprio corpo e a vida sexual, e isso reflete no atendimento dos serviços de saúde pública. Além disso, outro ponto destacado por elas sugere uma maior atenção aos efeitos psicológicos do período pré-menstrual, como o Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM). O depoimento da Respondente 117 reflete essa realidade, conforme a citação abaixo:

Ter uma escuta ativa, respeitando a individualidade de cada mulher, é uma dos pontos que julgo faltar muitas vezes nos atendimentos. Alguns médicos acabam negligenciando os relatos trazidos pelas pacientes, sendo que ouvi-las poderia agilizar certos diagnósticos. Exemplo: Desde a minha primeira menstruação, sempre relatei que minhas cólicas eram tão fortes que eu chegava a vomitar de dor, e isso foi sempre ignorado por diversos médicos que passei. Muitos falavam que era assim mesmo, depois que eu ficasse adulta a dor iria melhorar. Até chegar ao meu diagnóstico, aos 28 anos, minha doença (endometriose) já havia progredido exponencialmente ao ponto de chegar a atingir outros órgãos. Portanto, creio que se tivessem considerado meu relato e investigado teríamos chegado ao diagnóstico precocemente e eu teria sofrido menos e tido menos lesões. Outra situação que me senti completamente desrespeitada foi quando fui atendida por um médico que tentava mudar minha decisão sobre não querer ter filhos. Ali, além de não me ouvir, ele ainda tentou me persuadir sem levar em conta a minha opinião, até porque ele não procurou saber absolutamente nada sobre o contexto da minha vida e, principalmente, sem respeitar minhas escolhas. Acredito que na saúde pública existem diversas coisas a serem melhoradas, principalmente no que tange a estrutura do SUS, certas condutas e protocolos, mas enfatizo aqui que os profissionais que trabalham com a saúde da mulher precisam escutá-las melhor. A mulher precisa ser ouvida e, principalmente, sua dor precisa ser considerada e respeitada! (Respondente 117).

A questão atendimento humanizado também foi trazida diversas vezes nos comentários das mulheres, ressaltando que alguns ginecologistas não estão interessados em resolver a questão de saúde de suas pacientes, sobretudo na orientação do tratamento. A falta de informações, que precede a uma busca por ajuda na internet, como afirmou a respondente

101, faz com que o serviço não seja útil a paciente. Isto é, para ela, falta informação disponível que seja realmente disseminada.

Discute-se, em decorrência disso, problemas estruturais já tratados pelos autores aqui apresentados, tais como: falta de profissionais, incoerência entre as informações divulgadas pelos canais de comunicação online e presencial, superlotação, infraestrutura deficitária, burocracia, realocação de pessoas em diferentes instituições para realizar exames, capacitação dos profissionais, mais programas de saúde para mulher e atualização dos canais de comunicação, cuidado pós-atendimento.

Diante disso, as respondentes apontaram sugestões para a ampliação de atendimentos para não ser necessário realizar deslocamento entre instituições, melhorar a comunicação dos acompanhamentos, assistência médica as alunas de universidade pública conforme o estado de saúde da estudante, o recebimento de insumos para atenção básica e marcação de consultas de prevenção, bem como o acolhimento. Além disso, o direcionamento das informações, à criação de políticas públicas e novos serviços voltados à saúde da mulher. Alinhado a isso, ações educativas nos postos de saúde também foram abordadas pelas mulheres, o que poderia proporcionar uma maior conexão entre as mulheres do bairro e os profissionais de saúde.

Em continuidade, uma maior divulgação nas mídias sociais também se faz essencial. Não se pode deixar considerar também as diversas respostas acerca da humanização dos profissionais e o cuidado com as pessoas, tema levantado frequentemente entre as usuárias respondentes do estudo. Por fim, destaca-se a atenção para este público como um direito a ser atendido e, como fechamento desta seção, tem-se o pensamento de que a equidade nos estudos de gênero, tendo os serviços em saúde como parâmetro avaliativo, reforça a necessidade de um olhar diligente e interseccional quanto a aplicação de políticas públicas, mas também informacional no que se refere às ações a fim de chegarem ao máximo de pessoas possível, gerando, assim, a possibilidade de sanar suas necessidades de informação. Isto demonstra um pequeno passo quanto aos cuidados de saúde a nível nacional, mas remonta a um fator essencial nesse processo de oferta e demanda: o ser humano como foco.

Nesse sentido, a seção a seguir traz a conclusão deste tópico, mas não encerra a discussão global do trabalho. O que se encerra, neste fechamento, é a questão de pesquisa proposta e suas respectivas respostas analisadas até o momento. Por isso, finaliza-se aqui as análises e interpretação dos dados, mas inicia-se, na próxima seção, os pontos concludentes desse trajeto.

7 CONCLUSÃO

Os cuidados de saúde relativos às mulheres têm sido, ao longo do tempo, espelhos que refletem as relações sociais e de poder em determinados espaços e períodos, influenciando as práticas da área da saúde. Ao longo deste trabalho, foi possível notar que o corpo feminino, e aqui se faz um recorte quanto a cisgeneridade, esteve associado a doenças notadamente reforçadas pelo viés de gênero. Dentre estes aspectos, cita-se a histeria como um exemplo de conhecimento geral de morbidade atrelada majoritariamente à mulher.

Assim, a questão da saúde moldou-se também mediante aos tais elementos sociais, carregando em seu cerne o discurso implícito de saberes construídos em épocas anteriores, muitas vezes arraigadas em censos culturais e econômicos em detrimento do fator biológico. Este último, tratado como pressuposto principal de análise, trouxe para si postulados que, ao passar do tempo, foram refutados em razão de descobertas científicas. Essas prerrogativas, no Brasil, levaram à saúde da mulher na medicina formal a ser indissociável da maternidade, tratando-a em decorrência do binômio mãe-filho, cenário que se transformou ao longo do tempo em um tratamento singular, porém integral para ambos.

Este panorama é resgatado para compreender um tópico que se fez recorrente na análise e interpretação dos dados deste estudo: as mulheres pretas e pardas utilizam mais os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), possuem uma saúde pior do que a dos homens ao longo da vida, são as que mais cuidam de seus familiares/ cônjuge, além de dedicar mais horas de sua vida em duas ou mais jornadas de trabalho. Tais informações, destrinchadas na discussão, reforçam o discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), de 2004, sobre as mazelas que atingem esse público serem inseparáveis da carga social dessa vivência.

Na atualidade, a saúde pública nacional passou por diversas mudanças graduais na oferta de serviços voltados à mulher, adquirindo a interseccionalidade e a percepção da problemática social como um fator de risco sobre suas morbidades. Estas mulheres, usuárias do SUS, têm um papel importante na avaliação de tais serviços, sobretudo porque não somente a literatura científica reforça as questões estruturais da saúde no país, como também discute acerca da gestão interna dessas organizações. No tocante a gestão, buscou-se trazer outro olhar sobre a dinâmica de serviços públicos, a de que a informação tem um papel fundamental nesse processo.

Sendo a mulher um ser social e, no âmbito da Ciência da Informação (CI), um sujeito informacional, sua figura foi atrelada ao estudo de maneira a proporcionar um recorte de

gênero adequado para compreender tais problemáticas a partir de suas percepções. Com vistas a isso, o atendimento dos objetivos em analisar a percepção das mulheres sobre como os serviços públicos em saúde são ofertados se deu a fim de destacar seu ponto de vista para a Gestão da Informação (GI).

No cumprimento dos objetivos específicos, destacam-se: identificar o perfil das mulheres atendidas pelos serviços de saúde pública na cidade de Fortaleza - CE; apresentar a percepção dessas mulheres sobre suas necessidades de informação para saúde enquanto usuárias dos serviços de saúde pública de Fortaleza; evidenciar semelhanças e diferenças nas respostas relacionadas aos blocos preestabelecidos, bem como relacioná-las a gestão da informação para saúde da mulher.

A GI foi deliberada como um processo que envolve desde a produção até a disseminação da informação nas organizações de saúde. Desse modo, Fortaleza foi tida como o cenário deste trabalho, visto que a cidade não apresenta, até o momento, um percentual divulgado ao público sobre o uso dos serviços de saúde, sobretudo com relação às mulheres. A identificação do perfil da mulher evidenciou que a maioria das respondentes está entre os 18 e 35 anos, está em formação estudantil superior ou já se encontra formada, identificando-se como pardas em sua maioria, e como heterossexual.

Em consonância a isso, a maioria do público também está solteira e não possui filhos, apresentando uma renda de até um salário-mínimo. Estes dados revelam a identificação do perfil das mulheres respondentes da pesquisa, fato que atendeu ao primeiro objetivo específico da pesquisa e proporcionou a base de discussão dos próximos.

A grande parte dessas mulheres também não possuem Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), embora as que possuam tais doenças estejam na faixa-etária citada. Com relação à menstruação, a maioria afirmou ter um ciclo menstrual regular, apontando que o atendimento de saúde muitas vezes traz diferenças que não são necessariamente positivas para mulheres na idade reprodutiva em comparação com as que já estão no climatério. Isto se dá, na percepção delas, por diversos fatores: falta de profissionais, recursos, demora no atendimento, entre outros aspectos que podem influenciar o tratamento de uma mulher, refletindo inicialmente o que foi proposto no segundo objetivo específico.

Assim, a questão da informação neste tópico se fez presente já na percepção das respondentes em sentir que não tinham acesso e ferramentas o suficiente para lidar com as próprias questões de saúde e do funcionamento das instituições, o que é uma problemática social, mas se traduz também como uma questão informacional. Dentre esses pormenores, um dos tópicos que mais receberam atenção do público respondente esteve alojado no

cuidado. Na realidade brasileira, as mulheres dedicam horas a mais com relação ao cuidado de seus entes e isto é um fato percebido por elas, apresentando a compreensão de que, apesar de saberem tal realidade, essa dinâmica ainda é perpetuada.

Cientes dessa realidade, em virtude de experiências pessoais e no próprio núcleo familiar, chegou-se a interpretação de que o cuidado ainda é uma prática associada diretamente ao feminino. Nesse sentido, a perspectiva informacional reverbera de modo persistente, visto que as informações atravessam o corpo da mulher ao longo de toda sua vida. A definição do saudável e da doença, um construto biológico e social, reforçam preceitos acerca dos corpos dos sujeitos. Observando que o corpo é uma representação do ser humano, não obstante, dos papéis de gênero atribuídos a ele, a informação se traduz em um objeto que utiliza do cognitivo para dar sentido a esse processo em sociedade.

Assim, quando uma mulher não comprehende os processos associados ao seu corpo e, por conseguinte, não busca e se apropria da informação necessária para atender suas necessidades, ela tem seu direito à saúde afetado. E isto não se dá somente no espectro informacional, pois a figura do feminino sempre esteve relacionada, no mundo ocidental, ao gênero e a classes sociais, assim como a saúde. No que diz respeito aos serviços ofertados a esse público, considerar suas especificidades é essencial, principalmente quanto a interseccionalidade, isto é, a evidenciação das diferenças, reflete em um atendimento humanizado e otimizado.

Isto demonstra que as necessidades de informação do público feminino não estão sendo satisfeitas, visto que este recurso bem empregado facilita o suporte às demais atividades de uma organização, pois se constatou que os profissionais de saúde e do setor administrativo não costumam considerar as especificidades de gênero das respondentes. Assim, as respondentes relataram que a tecnologia não proporciona o auxílio esperado para melhor oferta de serviços.

A problemática da Gestão da Informação chega a ser visível em situações como a falta de clareza no que é fornecido pelos profissionais, se apresentando como uma das maiores dificuldades apontadas pelas respondentes. Este tópico está associado ao terceiro objetivo específico da pesquisa na correlação de semelhanças e apontamento de diferenças nas respostas.

Por meio dessa explanação, as mulheres pontuaram determinadas ações de melhoria de tais serviços, tais como: a manutenção dos canais de comunicação digitais e analógicos, a melhoria da circulação interna de informações e um maior monitoramento das pacientes pós-atendimento. Pode-se dizer que a humanização do atendimento também foi um tópico

abordado, bem como a viabilização de políticas públicas que chegassem a mulheres vulnerabilizadas. Diante disso, entendendo que a saúde é um campo que reflete a sociedade, a homogeneização de dados, informações e serviços voltados para públicos específicos não é um aspecto positivo para gestão.

Faz-se necessário um envolvimento multidisciplinar das organizações de saúde, considerando a informação como um recurso palpável para a oferta de serviços. No caso da mulher, a compreensão de que os fenômenos sociais fazem parte da busca pela saúde é uma forma de proporcionar, *a priori*, um atendimento empático. Para tal, um quantitativo excedente de informações não deve sobrecarregar a sistematização dos processos informacionais, mas sim ser qualificado em sua circulação interna. Para tal, os aspectos apontados pelas respondentes configuram ativos que podem auxiliar na gestão de informações dessas organizações de saúde.

Assim, parte-se da premissa de que a necessidade é o primeiro passo para o ciclo de vida da informação até sua aquisição e satisfação, passando pela sua organização e armazenamento, findando-se em seu uso e no comportamento adaptado do usuário. Dessa forma, com o objetivo geral desta pesquisa atingido, almeja-se que o estudo contribua para futuras pesquisas que envolvem a GI de modo a pensar no sujeito informacional, sobretudo na oferta de serviços.

Além disso, espera-se que a saúde da mulher se alinhe cada vez mais as prerrogativas da PNAISM, pois, sabendo da realidade brasileira, uma das alternativas mais seguras está na criação de políticas públicas que visem a interseccionalidade de gênero e o investimento em exames preventivos, tópico abordado pelas respondentes.

Ressalta-se que a pesquisa teve percalços no levantamento bibliográfico, enfrentando a escassez de materiais na CI acerca do tema, bem como determinadas dificuldades na adequação de dados institucionais sobre a saúde da mulher ao nível municipal. Ademais, sabe-se dos desafios que a mulher enfrenta ao longo de sua vida e a perspectiva informacional também faz parte desse processo de autoconhecimento e busca por melhores condições de saúde. Conclui-se que, ao passo em que ela é parte do meio, ela também se projeta como um fim para futuras soluções, proporcionando um serviço de saúde coletiva adequado e humanizado, tornando-se um reflexo para as práticas sociais.

Em virtude disso, pesquisas que buscam compreender as necessidades de informação, além do comportamento informacional, do público leigo podem ser fundamentais para facilitar o acesso à informação confiável. Para tal, o desenvolvimento de políticas públicas que retratem a realidade atual de modo atualizado, considerando os aspectos interseccionais

que circundam a saúde da mulher e suas necessidades de informação, são necessárias. Espera-se que o estudo proporcione uma centelha entre os demais trabalhos na CI que se dediquem a esta temática, associando a informação para saúde às questões de gênero, um tema que pode ser abordado por diversos olhares, abordagens e eixos discursivos.

REFERÊNCIAS

- ANCIB. Coordenações e Ementas de GT. **Ancib**, 2024. Disponível em: <https://ancib.org/coordenacoes-e-ementas-de-gt/>. Acesso em: 16 jun. 2024.
- AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n3, 1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HPnV6BDtXnP8S9FpRpRYfGf/?lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2024.
- ARAÚJO, C. A. Á. O que é ciência da informação? **Informação & Informação**, Londrina, v. 19, n. 1, p. 1-30, 2014. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/15958>. DOI 10.5433/1981-8920.2014v19n1p01 Acesso em: 26 ago. 2022.
- ARAÚJO, C. A. Á. O sujeito informacional no cruzamento da Ciência da Informação com as Ciências Sociais. XIV, ENANCIB, 2013, Florianópolis, SC. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO, 14., 2013, Florianópolis, SC. **Anais** [...] Florianópolis, SC/ENANCIB, 2013. Disponível em: <http://enancib.sites.ufsc.br/index.php/enancib2013/XIVenancib/paper/viewFile/142/263>. Acesso em: 1 nov. 2024.
- AUMENTO exponencial de casos de autismo no mundo. **Instituto Inclusão Brasil**, 14 abr. 2024. Disponível em: <https://institutoinclusaoabrasil.com.br/aumento-exponencial-de-casos-de-autismo-no-mundo/>. Acesso em 25: fev. 2025.
- BARBOSA, F. Sindifort informa que há outros problemas na saúde de Fortaleza além da questão da alimentação no IJF. **Brasil de Fato**, 16 dez. 2024. Disponível em: <https://www.brasildefatoce.com.br/2024/12/16/sindifort-informa-que-ha-outros-problemas-na-saude-de-fortaleza-alem-da-questao-da-alimentacao-no-ijf>. Acesso em: 12 fev. 2025.
- BARBOSA, J. S. R.; ROSSI, L. M. T. Estudo epidemiológico comparativo entre a histerectomia videolaparoscópica *versus* vaginal. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v.8, n.11, nov. 2022. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/7785/3041>. Acesso: em 25 fev. 2025.
- BARBOSA, M. C.; et al.. Contribuições da ciência da informação para melhorar o acesso ao sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Information Science**, Marília, v. 18, n., 2024. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/307916>. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BARBOSA, R. R. Gestão da informação e do conhecimento: origens, polêmicas e perspectivas. **Informação & Informação**, Londrina, v. 13, n. esp, p. 1–25, 2008. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1843>. Acesso em: 8 maio. 2024.
- BARBOSA, R. R. Gestão da informação e gestão do conhecimento: evolução e conexões. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, p. 168–186, 2020. Disponível

em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/22287>. Acesso em: 9 maio. 2024.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes. 1977. 225p.

BARRETO, A. de A. A questão da informação. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.8, n.4, 3-8, 1994. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/index.php?men=rev&cod=2050>. Acesso em: 28 ago. 2022.

BARROS, A. Em pesquisa inédita do IBGE, 2,9 milhões de adultos se declararam homossexuais ou bissexuais em 2019. **Agência IBGE Notícias**, 25 mar. 2025. Disponível em:

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33785-em-pesquisa-inedita-do-ibge-2-9-milhoes-de-adultos-se-declararam-homossexuais-ou-bissexuais-em-2019>. Acesso em: 25 fev. 2025.

BEAL, A. **Gestão estratégica da informação**: como transformar a informação e a tecnologia da informação em fatores de crescimento e de alto desempenho nas organizações. São Paulo: Atlas, 2004.

BELANDI, C.; GOMES, I. Censo 2022: pela primeira vez, desde 1991, a maior parte da população do Brasil se declara parda. **Agência IBGE Notícias**, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38719-censo-2022-pela-primeira-vez-desde-1991-a-maior-parte-da-populacao-do-brasil-se-declara-parda>. Acesso em: 26 fev. 2025.

BELKIN, N. J. Anomalous states of knowledge as a basis for information retrieval. **Canadian journal of information science**, v. 5, n. 1, 1980. Disponível em: <https://tefkos.comminfo.rutgers.edu/Courses/612/Articles/BelkinAnomolous.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2025.

BELLUZZO, R. C. B. Bases teóricas de gestão da informação: das origens aos desafios na sociedade contemporânea. **Palabra Clave (La Plata)**, Sabana, v. 7, n. 1, p. e027, 2017. Disponível em: <https://www.palabraclave.fahce.unlp.edu.ar/article/view/PCe027>. Acesso em: 11 maio 2024.

BENTES PINTO, V. CAVALCANTE, L. E. Pesquisa bibliográfica e documental: o fazer científico em construção. In: BENTES PINTO, Virginia; VIDOTTI, S.A.B.G.; CAVALCANTE, Lidia Eugenia E. **Aplicabilidades metodológicas em Ciência da Informação**. Fortaleza: Edições UFC. 2015.

BORGES, F. Q. Gestão da informação no sistema único de saúde. **Revista de Administração FACES Journal**, Belo Horizonte, v. 13 n. 2 p. 83-98, 2014. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/32672/gestao-da-informacao-no-sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BORIS, G. D. J. B.; CESIDIO, M. H. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 451-478, set. 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jun. 2024.

BRAGA, A. A gestão da informação. **Millenium**, Viseu, v.19. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/903>. Acesso em: 08 maio 2024.

BRANCO M. A. F. Sistemas de informação em saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-270, abr-jun, 1996. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v12n2/1512>. Acesso em: 24 ago. 2022.

BRASIL. C. I. Homens x mulheres: demanda por atendimento no SUS segue desequilibrada. **Agência Brasil**, 15 jul. 2022. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2022-07/homens-x-mulheres-demanda-por-atendimento-no-sus-segue-desequilibrada>. Acesso em: 12 fev. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Parecer Mº 24/2019**. Histerectomia a pedido. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2019/14>. Acesso em: 07 mar. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017**. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. [Código Penal]. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p.4, 27 jun. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p.1, 4 jun. 1998.

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Economia. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. 2020. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv101764.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Desafios e conquistas das mulheres na pós-graduação. **Gov.br**, 11 out. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/capes/pt-br/assuntos/noticias/desafios-e-conquistas-das-mulheres-na-pos-graduacao#:~:text=Elas%20representam%20uma%20maioria%20significativa,de%20p%C3%B3s%2B%C3%A7%C3%A3o%20stricto%20sensu>. Acesso em: 26 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde, **Boletim Epidemiológico**, mar., n. especial, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha do Programa Dignidade Menstrual**, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010.** Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jan. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 52, n. 29, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/e-dicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf. Acesso em: 18 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que significa ter saúde?. **Gov.br**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 16 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-Princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Casamento e Uniões Estáveis. **Gov.br**, 12 Ago. 2021. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/05/14/datafolha-metade-das-maes-brasileiras-sao-solo-e-69-das-mulheres-no-pais-tem-ao-menos-1-filho/>. Acesso 27: fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da mulher brasileira: uma perspectiva integrada entre vigilância e atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, número especial, mar. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/saude-da-mulher-brasileira-uma-perspectiva-integrada-entre-vigilancia-e-atencao-a-saude-numero-especial-mar.2023/view>. Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. Serviços e informações do Brasil. Saúde da mulher contempla cuidados específicos. **Gov.br**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/05/saude-da-mulher-contempla-cuidados-especificos>. Acesso em: 29 jul. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher precisa ser interseccional para assegurar direito à saúde. **Gov.br**, 19 mar. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-mulher-precisa-ser-interseccional-para-assegurar-direito-a-saude>. Acesso em: 07 mar. 2025.

BUCKLAND, M. K. What is a “document”??. **Journal of the American Society for Information Science**, Hoboken, v. 48, n. 9, 1997. Disponível em: <https://people.ischool.berkeley.edu/~buckland/whatdoc.html>. Acesso em: 29 maio 2024.

BUFREM, L. S.; NASCIMENTO, B. S. A Questão do Gênero na Literatura em Ciência da Informação. **Em Questão**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 199–214, 2013. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/EmQuestao/article/view/33285>. Acesso em: 25 nov. 2024.

- BUSH, V. As we may think. **Atlantic Monthly**, Boston, v.176, 1, p.101-108, 1945. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/372315/mod_resource/content/1/AsWeMayThink.pdf
 f. Acesso em: 11 maio. 2024.
- CAMPOS, I. M. S.; PAIVA, E. B. Usuário da informação como protagonista da gestão da informação e do conhecimento. **Revista Folha de Rosto**, Cariri, v. 7, n. 2, 2021. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/164502>. Acesso em: 09 maio de 2024.
- CAPURRO, R.; HJORLAND, B. O conceito de informação. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em:
<http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/33134>. Acesso em: 23 ago. 2022.
- CARMO, R. do C.; ARAÚJO, C. A. A. Sujeito informacional, conceito em emergência: uma revisão teórico-conceitual de periódicos Ibero-Americanos. **Informação & Sociedade**, Paraíba, v. 30, n. 1, 2020. DOI: 10.22478/ufpb.1809-4783.2020v30n1.43934. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/43934>. Acesso em: 11 dez. 2024.
- CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B de P. **Sistemas de Informação em Saúde para Municípios**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.
- CARVALHO, L. F.; ARAÚJO JÚNIOR, R. H. Gestão da Informação: estudo comparativo entre quatro modelos. **BIBLOS**, Lima, v. 28, n. 1, p. 71–84, 2014. Disponível em:
<https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/4159>. Acesso em: 8 maio. 2024.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- CASTELLS, M.; CARDOSO, G. **A sociedade em rede**: do conhecimento à ação política. Belém: Imprensa Nacional, 2005.
- CAVALCANTE, R. B.; MACEDO, M. M. K. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, Paraíba, v. 2, 2011. Disponível em: <https://brapci.inf.br/v/52423>. Acesso em: 03 jan. 2024.
- CEARÁ, Governo do Estado. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Secretaria de Saúde**, n.1, 25 nov. 2021. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins/>. Acesso em: 03 out. 2024.
- CEARÁ, Governo do Estado; IPECE, Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará. **Principais Causas de Mortalidade em Mulheres Cearenses**. Fortaleza: Ipece, 2023.
- CEARÁ. Governo do Estado do Ceará. Plano de Saúde Regional 2023-2027 da Região de Fortaleza. **Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional**, ago. 2023.
- CEARÁ. Governo do Estado. Estudo do Ipece mostra orientação sexual nos estados, regiões e no Brasil. **Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - Ipece**, 27 Jun. 2023. Disponível em:
<https://www.ipece.ce.gov.br/2023/06/27/estudo-do-ipece-mostra-orientacao-sexual-nos-estados-regioes-e-no-brasil/>. Acesso em: 25 fev. 2025.

CEARÁ. Ministério do Trabalho. Mulheres ampliam participação no mercado de trabalho cearense. **Governo do Estado do Ceará**, 1 fev. 2025. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2025/02/01/mulheres-ampliam-participacao-no-mercado-de-trabalho-cearense/>. Acesso em: 26 fev. 2025.

CHOO, C. W. **A organização do conhecimento:** como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. São Paulo: SENAC Editora, 2006.

CHOO, C. W. Closing the cognitive gaps: how people process information. In: MARCHAND, D.; DAVENPORT, T.; DICKSON, T. (Org.) **Mastering Information Management**. Harlow: FT Prentice-Hall / Pearson Education, 1999.

CIANCONI, R. Gestão da informação na sociedade do conhecimento. Brasília, DF: SENAI/DN, 1999.

CINTRA, A. M. et al. **Para entender as linguagens documentárias**. São Paulo: Polis: APB, 1994.

CISGÊNERO. **Cambridge Dictionary**. Disponível em: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english-portuguese/cisgender>. Acesso em: 04 jan. 2025.

COSTA, M. D.; KRUCKEN, L.; ABREU, A. F. Gestão da informação ou gestão do conhecimento? **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina**, Santa Catarina, v. 5, n. 5, 2000, p. 26-41. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/74405>. Acesso em: 09 maio 2024.

COSTA, M. F. O. **Estudos de usuários da informação:** ensino e aprendizagem no Brasil. Fortaleza: Edições UFC, 2016.

COUTO, M. C. A. **Existe um direito de ter filhos?** 2007. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pó-Graduação em Direito, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/8971>. Acesso em: 26 fev. 2025.

CRENSHAW, K. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **Cruzamento: Raça e gênero**. Brasília: Unifem, 2004. p. 7-16. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2295749&forceview=1>. Acesso em: 29 jan. 2025.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, M. B; AMARAL, S. A. A.; DANTAS, E. B. **Manual de estudo de usuários da informação**. São Paulo: Atlas, 2015. 448 p.

CUSTÓDIO, G. Registros de nascimentos no Ceará têm queda maior que a nacional entre 2021 e 2022, mostra IBGE. **Diário do Nordeste**, 27 mar. 2024. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/ceara/registros-de-nascimentos-no-ceara-tem-qu>

eda-maior-que-a-nacional-entre-2021-e-2022-mostra-ibge-1.3493912. Acesso em: 26 fev. 2025.

DATAFOLHA: metade das mães brasileiras são solo e 69% das mulheres no país têm ao menos 1 filho. **Brasil de Fato**, 14 maio 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/05/14/datafolha-metade-das-maes-brasileiras-sao-solo-e-69-das-mulheres-no-pais-tem-ao-menos-1-filho/>. Acesso em: 23 fev. 2025.

DAVENPORT, T. H. **Ecologia da informação:** porque só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação. São Paulo: Futura, 1998

DETLOR, B. Information management. **International Journal of Information Management**, [S. l], v. 30, n. 2, p. 103–108, abr. 2010. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0268401209001510>. Acesso em: 10 maio 2024.

DIAS, G. A.; PINTO, V. B. A Ciência da Informação no Contexto da Informação para a Saúde. **Informação & Tecnologia**, Londrina, v. 2, n. 1, p. 5–11, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/itec/article/view/27310>. Acesso em: 11 dez. 2024.

EVEDOVE, A. U. D.; DELLA ROZA, M. S.; CARVALHO, W. O.; LOCH, M. R. Mudança na situação conjugal e incidência de comportamentos de proteção à saúde em adultos com 40 anos ou mais: estudo VigiCardio (2011-2015). **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 433–443, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FNTnD8shyvQ7FHTwgJCZLzM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2025.

EXPECTATIVA de vida sobe para 76,4 anos no Brasil, após queda durante a pandemia. **Agência Gov**, 22 ago. 2024. Disponível em:

<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/expectativa-de-vida-sobe-para-76-4-anos-no-brasil-apos-queda-durante-a-pandemia#:~:text=e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas,Expectativa%20de%20vida%20sobe%20para%2076%2C4%20anos%20no%20Brasil,ap%C3%93B3s%20queda%20durante%20a%20pandemia&text=No%20pa%C3%ADs%2C%20a%20esperan%C3%A7a%20%2D%20ou,anos%20para%2079%2C7%20anos>. Acesso em: 28 out. 2024.

FAIM, R. R. **Adesão à Ebserh: uma avaliação da nova gestão dos hospitais universitários federais**. 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) — Universidade de Brasília, Brasília, 2021. Disponível em: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3862099>. Acesso em: 12 ago. 2024.

FARIAS, C. M. L.; GIOVANELLA, L.; OLIVEIRA, A. E.; SANTOS NETO, E. T. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43 n.5, pp. 190-204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S516>. Acesso em: 12 ago. 2024.

FEITOSA, L. T. Complexas mediações: transdisciplinaridade e incertezas nas recepções informacionais. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 1, n. 1, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/informacaoempauta/article/view/3064/2695>. Acesso em: 11 abril 2024.

FONSECA, R. M. G. S. DA.. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 450–459, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/C3YMvmDJGFXcyxn7LPV4Vjq/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 dez. 2024.

FORTALEZA. Governo do Estado. **Plano Regional de Saúde - Região de Fortaleza-CE**, 2023.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 4 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FREIRE, M. M. L. 'Ser mãe é uma ciência': mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 153–171, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/DHffQQg3dkqndWBNNRF9DM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 fev. 2024.

FREIRE-MAIA, N. **A ciência por dentro**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FREITAS, M. 18,3% da população cearense utiliza planos de saúde; pessoas brancas são maioria dos pagantes. **O Povo**, 09 set. 2020. Disponível em: <https://www.opovo.com.br/noticias/saude/2020/09/04/18-3--da-populacao-cearense-utiliza-planos-de-saude--pessoas-brancas-sao-maioria-dos-pagantes.html>. Acesso em: 12 fev. 2025.

FRICKE, M. Mulheres vivem mais do que homens, mas com saúde pior, revela estudo. **G1**, 2024. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/noticia/2024/06/05/mulheres-vivem-mais-do-que-homens-mas-com-saude-pior-revela-estudo.ghtml>. Acesso em: 11 jun. 2024.

GIFFIN, K. M. Mulher e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, 1991. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/1991.v7n2/133-134/#ModalArticles>. Acesso em: 02 out. 2024.

GIFFIN, K. M. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wkz7qsnXKdNXy34WCbhcrfQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2024.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987

GOMES, H. F. Protagonismo sócio-informacional em saúde coletiva. **Informação em Pauta**, Fortaleza, v. 3, n., 2018. Disponível em: <https://brapci.inf.br/v/106553>. Acesso em: 04 jan. 2025.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. As ciências sociais e as questões da informação. **Revista Morpheus - Estudos Interdisciplinares em Memória Social**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 14,

2015. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/morpheus/article/view/4832>. Acesso em: 29 ago. 2022.

GUALDA, D. M. R.; PRAÇA, N.S.; MERIGHI, M. A. B.; HOGA, L. A. K.; BERGAMASCO, R. B.; SALIM, N. R.; ORLANDI, F. S.; CALDEIRA, S. O corpo e a saúde da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1320–1325, dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qFfYffBLBMN58BfMFMKws5q/?lang=pt#>. Acesso em: 07 out. 2024.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 122–134, 2009. DOI: 10.5433/1679-4842.2009v12n1p122. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053>. Acesso em: 2 fev. 2025.

HORTON JUNIOR, F. W. **How to harness information resources:** a systems approach. Cleveland, Ohio: Association for Systems Management, 1974.
<https://seer.ufrgs.br/educacao-realidade/article/view/71721/40667>. Acesso em: 12 ago. 2024.
 Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. 269 p.

IBGE. Quantidade de homens e mulheres. **Gov.br**, 2022. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html#:~:text=Os%20resultados%20do%20Censo%20Demogr%C3%A1fico,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20residente%20no%20pa%C3%ADs>. Acesso em 28 out. 2024.

IBGE: mulheres negras e pardas são as principais usuárias da atenção básica à saúde. **Brasil de Fato**, 21 out. 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/10/21/ibge-mulheres-negras-e-pardas-sao-as-principais-usuarias-da-atencao-basica-a-saude/>. Acesso em: 27 fev. 2025.

JARDIM, J. M. A face oculta do Leviatã: gestão da informação e transparência administrativa. **Revista do Serviço Público - RSP**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 81-92. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/1486>. Acesso em: 08 maio 2024.

JOVENS apresentam comportamentos de risco para DCNT 21% maior que idosos, afirma estudo. Faculdade Federal de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 24 maio 2023. Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/jovens-apresentam-comportamentos-de-risco-para-dcnt-21-maior-que-idosos-afirma-estudo-2/>. Acesso em: 04 mar. 2025.

KÖCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica:** teoria da ciência e iniciação à pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2011.

KUHLTHAU, C. The Information Search Process: From Theory to Practice. **Journal of Education for Library and Information Science**, Toronto, vol. 31, no. 1, 1990, pp. 72–75. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/40323730>. Acesso em: 12 ago. 2024.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 6, p. 31-6, 2002. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1065764>. Acesso em: 02 out. 2024.

LEITE, R. A. F.; BRITO, E. S. de; SILVA, L. M. C. da; PALHA, P. F.; VENTURA, C. A. A. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, p. 661–672, out. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8T3GJCJ4MrfGdHYsWVHMY9B/?lang=pt&format=html#>. Acesso em 16 jun. 2024.

LOURO, G. L. (org). **O corpo educado pedagogias da sexualidade**. 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; CARVALHO, Q. H. D.; PELL, J. P.; DUNDAS, R.; LEYLAND, A. H.; BARRETO, M. L. Mulheres e avaliação das desigualdades na distribuição de fatores de risco de doenças crônicas, Vigitel 2016-2017. **Revista Brasileira De Epidemiologia**, São Paulo, v. 23, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2020.v23/e200058/#>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MARTINS, F. Saiba quais as principais doenças causadas por um ciclo menstrual irregular. **Gov.br**, 25 jan. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/saiba-quais-as-principais-doencas-causadas-por-um-ciclo-menstrual-irregular>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MARTINS, P. Nível de escolaridade das mulheres cearenses cresce 18,4% em 11 anos. **Governo do Estado do Ceará**, 3 abr. 2023. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2023/04/03/nivel-de-escolaridade-das-mulheres-cearenses-cresce-184-em-11-anos/>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MARTINS, S. C.; CIANCONI, R. B. Gestão da informação: estudo comparativo de modelos. In: ENANCIB - Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Ciência da Informação, XV, 2014 (Conferência). Artigo Científico. Belo Horizonte. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11959/brapci/186468>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MATENGA, J. A. M.; GUARALDO, T. S. B. Gestão da informação na perspectiva da satisfação do usuário em organizações públicas. **Revista Conhecimento em Ação**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2022. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/211912>. Acesso em: 09 maio de 2024.

MAXIMIANO, A. C. A. **Introdução a administração**. São Paulo: Editora Atlas S.A. 5. ed. 2000.

MEDEIROS, P. F. **Políticas da vida: entre saúde e mulher**. 2008. 113 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/635>. Acesso em: 09 maio de 2024.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:

MONTEIRO, S. A.; DUARTE, E. N. Bases teóricas da gestão da informação: da gênese às relações interdisciplinares. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 9, n. 2, p. 89–106, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/view/133677..> Acesso em: 9 maio. 2024.

MONTEIRO, S. VILLELA, W. **Gênero e Saúde:** Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Fundo de População das Nações Unidas, 2005.

MORAES, I. H. S.; SANTOS, S.R. F. R. Informação em saúde: os desafios continuam. **Ciência e Saúde Coletiva**, Manguinhos, v.3, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v3n1/1413-8123-csc-03-01-0037.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2024.

MORTALIDADE infantil e fetal por causas evitáveis no Brasil é a menor em 28 anos. **Gov.br**, 22 mar. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/mortalidade-infantil-e-fetal-por-causas-evitaveis-no-brasil-e-a-menor-em-28-anos>. Acesso em: 07 mar. 2025.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 9, v. 4, p. 1023-1032, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/znYDNMPphDsZJvNLn8YrcLP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 2 out. 2024.

MULHERES que vivem em áreas pobres e não recebem Bolsa Família têm 17% mais riscos de câncer de mama. **Agência Gov**, 07 fev. 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202402/mulheres-que-vivem-em-areas-pobres-e-nao-recebem-bolsa-familia-tem-17-mais-riscos-de-cancer-de-mama>. Acesso em: 03 mar. 2025.

MULHERES têm os piores indicadores de desemprego, subutilização e taxa de ocupação. **Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados, Serviços de Computação, de Informática e Novas Tecnologias da Informação do Estado do Ceará**, 7 mar. 2024. Disponível em: <https://sindpdce.org.br/2024/03/07/mulheres-tem-os-piores-indicadores-de-desemprego-subutilizacao-e-taxa-de-ocupacao/>. Acesso em: 26 fev. 2025.

NERY, C. Em 2023, 88,0% das pessoas com 10 anos ou mais utilizaram Internet. **Agência IBGE Notícias**, 16 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41026-em-2023-87-2-das-pessoas-com-10-anos-ou-mais-utilizaram-internet>. Acesso em: 26 fev. 2025.

NERY, C.; BRITTO, V. Em 2022, mulheres dedicaram 9,6 horas por semana a mais do que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas. **Agência IBGE Notícias**, 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/37621-em-2022-mulheres-dedicaram-9-6-horas-por-semana-a-mais-do-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 11 jun. 2024.

NO CEARÁ, IBGE divulga resultados do Censo para cor ou raça com apoio do Banco Palmas. **Agência IBGE Notícias**, 28 dez. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38749-no-ceara-ibge-divulga-resultados-do-censo-para-cor-ou-raca-com-apoio-do-banco-palmas#>

~:text=Os%20dados%20sobre%20o%20Cear%C3%A1,6%25)%20e%2011.256%20amarelas . Acesso em: 26 fev. 2025.

NONATO, R. DOS S.; AGANETTE, E. C.. Gestão da informação: rumo a uma proposta de definição atual e consensual para o termo. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 133–159, jan. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/X3WNQHDXTFSNXNspLV73DRw/?lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

NUNES, A. C. N. X; WERLANG, N. B. Fundamentos da gestão da informação: origem, conceitos e características. In: Encontro Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Ciência da Informação, 2023, Aracaju, Sergipe. **Trabalho completo.** (Anais) [...], Aracaju: ANCIB, 2023. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/257947>. Acesso em: 09 maio 2024.

OLINTO, G. Indicadores de gênero para a sociedade do Conhecimento. In: Encontro nacional de pesquisa em ciência da informação, 7., 2006, Marília. Anais eletrônicos... Marilia: Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da UNESP, 2006. 1 CD-ROM.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, Manguinhos, v. 43, n. 122, pp. 939-948, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VL3mkyvXRQbKMZKqVbb5mdd#>. Acesso em: 29 out. 2024.

OLIVEIRA, E. M. O. **A mulher, a sexualidade e o trabalho.** São Paulo: CUT, 1999.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa.** Petrópolis, Vozes, 2007

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 dez. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em 10 dez. 2024.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. Equidade de gênero em saúde. **OPAS**, 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>. Acesso em: 16 jun. 2024.

PALMEIRA, N. C. MORO, J. P. GETULINO, F. A. VIEIRA, Y. P. SOARES, A. O. SAES, M. O. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 31(3):e2022966, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2022.v31n3/e2022966/pt/#>. Acesso em: 07 dez. 2024.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Principles and Basic Concepts of Equity and Health.** Division of Health and Human Development, 1999.

PASSOS, C. A. Novos Modelos de Gestão e as Informações. In: LASTRES, Helena M. M.; ALBAGLI, Sarita. **Informação e globalização na era do conhecimento.** Rio de Janeiro: Campus, 1999, p. 58-83.

PÉREZ-GIFFONI; M. C.; SABELLI, M. **Los estudios de usuarios de información:** construcción de una línea de investigación y docencia en el Uruguay. Montevideo: Escuela Universitaria de Bibliotecología y Ciencias afines, 2010.

PEROTTI, E. Sobre informação e protagonismo cultural. In: GOMES, H.; NOVO, H. F. **Sobre informação e protagonismo cultural.** Salvador: EDUFBA, 2017.

PESQUISA mostra que as mulheres são maioria no ambiente digital. **Meio&Mensagem**, 11 maio 2022. Disponível em:
<https://www.meioemensagem.com.br/womentowatch/pesquisa-mostra-que-mulheres-sao-maioria-no-ambiente-digital>. Acesso em: 26 fev. 2025.

PESQUISA mostra que mais de 50% das mulheres não gostam de menstruar. **Febrasgo**, 14 dez. 2024. Disponível em:
<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/284-pesquisa-mostra-que-mais-de-50-das-mulheres-nao-gostam-de-menstruar>. Acesso em: 03 março 2025.

PESQUISA realizada pela SBU sobre saúde masculina segue repercutindo na imprensa. **Sociedade Brasileira de Urologia**, 15 ago. 2024. Disponível em:
<https://portaldaurologia.org.br/novidades/noticias/pesquisa-realizada-pela-sbu-sobre-saude-masculina-segue-repercutindo-na-imprensa>. Acesso em 09 maio 2024.

PINTO, M. M. G. A. Gestão da informação: para um mapeamento de abordagens e perspetivas. **Páginas A&B, Arquivos e Bibliotecas**, Portugal, v., n. esp, 2017. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/69536>. Acesso em: 09 maio de 2024.

PINTO, M. M. G. de A. **A Gestão da Informação nas Universidades Públicas Portuguesas:** reequacionamento e proposta de modelo (Tese de Doutoramento, Faculdade de Letras da Universidade do Porto), 2016. Disponível em:
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/90823>. Acesso em: 09 maio 2025.

PROFILAXIA. Priberam - Dicionário. Disponível em:
<https://dicionario.priberam.org/profilaxia>. Acesso em 28 out. 2024.

PUERICULTURA. Sociedade Brasileira de Pediatria, jan. 2023. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/cuidados-com-a-saude/consulta-de-puericultura/>. Acesso em: 28 out. 2024.

RENAUX, P. Mulheres continuam a cuidar mais de pessoas e afazeres domésticos que homens. **Agência IBGE Notícias**, 18 abr. 2018. Disponível em:
<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20912-mulheres-continuam-a-cuidar-mais-de-pessoas-e-afazeres-domesticos-que-homens>. Acesso em: 08 mar. 2025.

ROMERO, M. N.; DAMASIO, G. A.; TERRA, M. F.. Social control and women's right to health. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 14, p. e137101421826, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i14.21826. Disponível em:
<https://rsdjurnal.org/index.php/rsd/article/view/21826>. Acesso em: 12 dez. 2024.

SANTOS, B. R. P. **Gestão da informação no setor público de saúde: um estudo em unidades de saúde da família.** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/558177e0-40b2-45c5-a599-1f0ed61e4af2>. Acesso em: 12 dez. 2024.

SANTOS, B. R. P.; BIAGGI, C. DAMIANI, I. P. M. Perspectivas sobre a atuação da gestão da informação na área da saúde: uma análise da produção científica em âmbito nacional. **Revista Brasileira de Educação em Ciência da Informação**, São Paulo, v. 6, n. esp, 2019. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/114087>. Acesso em: 29 jul. 2024.

SANTOS, B. R. P.; DAMIANI, I. P. M.; DENIPOTI, C. Diretrizes para gestão da informação no setor público de saúde brasileiro. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, [S. l], v. 13, n. 1, 2020. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/159394>. Acesso em: 29 jul. 2024.

SANTOS, N. P. dos. **Vantagens e desvantagens do modelo organizacional proposto pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh.** São Cristóvão, SE, 2018. Monografia (graduação em Administração) – Departamento de Administração, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2018.

SANTOS JÚNIOR, E. A. VERONEZ JÚNIOR, W. R.. POLONINI, J. F. G. Necessidade informacional dos usuários de informação em saúde: perspectiva para a promoção da saúde e o bem-estar. **Revista EDICIC**, Lisboa, v. 3, n. 2, 2023. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/258907>. Acesso em 29 jul. 2024.

SARACEVIC, T. Ciência da informação: origem, evolução e relações. **Perspectivas em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/pci/article/view/22308>. Acesso em: 11 dez. 2024.

SAVIC, D. Evolution of information resource management. **Journal of Librarianship and Information Science**, London, v. 24, n. 3, p. 127-138, Sep.1992. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Dobrica-Savic/publication/270489060_Evolution_of_information_resource_management/links/5c9e3000a6fdcccd4604384ba/Evolution-of-information-resource-management.pdf. Acesso em: 11 maio 2024.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 29 ago. 2022.

SILVA, A. M. da. Mediações e mediadores em Ciência da Informação. **Prisma.com**, Porto, n. 9, p. 68-104, 2010. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/view/2057>. Acesso em: 29 ago. 2022.

SILVA, C. M. C. e; SANTOS, I. M.; VARGENS, O. M. C. A repercussão da histerectomia na vida de mulheres em idade reprodutiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, jan-mar; v. 14, n. 1, pp: 76-82, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Q9LDGns3FnymSFgThNp3Vjk/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 03 mar. 2025.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R.. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, Manguinhos, v. 45, n. 130, p. 832–846, jul. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt>. Acesso em: 10 dez. 2024.

SOUZA, L. E. P. F. de. Saúde pública ou saúde coletiva?. **Espaço para a Saúde**, Rebouças, v. 15, n. 4, p. 7–21, 2014. DOI 10.22421/15177130-2014v15n4p7. Disponível em: <https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaudade/article/view/545>. Acesso em: 30 maio. 2024.

SOUZA, M. F. M. Dos dados à política: a importância da informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasil, v.17, n.1, 2008. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000100001. Acesso em: 16 jun. 2024.

TABOSA, H. R. Ciência da informação e saúde: aproximações disciplinares. **Biblionline**, João Pessoa, v. 20, n. 3, 2024. Disponível em: <https://brapci.inf.br/v/324117>. Acesso em: 03 jan. 2024.

TAKAHASHI, T. **Sociedade da informação no Brasil**: livro verde. Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia, 2000.

TARAPANOFF, K. Informação, conhecimento e inteligência em corporações: relações e complementaridade. In: TARAPANOFF, K. (Org.) **Inteligência, informação e conhecimento [em corporações]**. Brasília: Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia: Ibict; UNESCO, 2006. 453 p.

TARGINO, M. G. Informação em saúde: potencialidades e limitações. **Informação & Informação**, Londrina, v. 14, n. 1, 2009. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/33791>. Acesso em: 11 dez. 2024.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 18, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/wkz7qsnXKdNXy34WCbhcrfQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2002.

VALENÇA, C. N. ; GERMANO, R. M. Concepções de mulheres sobre menopausa e climatério. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, vol. 11, núm. 1, 2010, pp. 161-171. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027969021.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2025.

VALENTIM, M. L. P. et al. Gestão da informação utilizando o método infomapping. **Perspectiva em Ciência da Informação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 184-198, jan./abr. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pci/a/xJRdJqkCTnT6DL9kpzH5Lvb/?lang=pt>. Acesso em: 11 maio 2024.

VALENTIM, M. L. P. Inteligência competitiva em organizações: dado, informação e conhecimento. **DataGramZero**, Rio de Janeiro, v.3., n.4, ago. 2002.

VIANNA, W. B.; FREITAS, M. C. V. Gestão da informação e ciência da informação: elementos para um debate necessário. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 48, n. 2, 2019. Disponível em: <https://brapci.inf.br/#/v/121290>. Acesso em: 09 maio de 2024.

VILELLA, W.; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILELLA, W.; MONTEIRO, S. (Org). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva — Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas — UNFPA, 2005.

VIOLA, C. M. M.; ROMEIRO, N. L.; VETTER, S. M. J. De que saúde estamos falando? Um estudo sobre regime de informação, estado e mulher. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, ANCIB, v.11, n.1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ancib.org/index.php/tpbci/article/view/504/494>. Acesso em: 11 jun. 2024.

WILSON, T. D. Information management. In: FEATHER, J.; STURGES, P. (Ed.). **International Encyclopedia of Information and Library Science**. Londres: Rout leg, 2002.

WILSON, T.D. Towards an information management curriculum. **Journal of Information Science**, [S. l], vol. 15, nº 4/5, p.203-209, 1989. Disponível em: <https://proftomwilson.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/07/infmagt89.pdf>. Acesso em: 10 maio 2024.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia da pesquisa**. Florianópolis: SEaD/UFSC, 2006, 144p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO E QUESTIONÁRIO



Sou Tayssa Nobre Lobo, sou estudante do curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará (PPGCI-UFC), sob orientação da Prof. Dra. Maria de Fátima Oliveira Costa. Minha pesquisa tem o objetivo de investigar a sua opinião sobre os serviços de saúde pública de Fortaleza, considerando que você já teve algum tipo de experiência no uso desses serviços. O cenário escolhido para a aplicação deste questionário foi a cidade de Fortaleza.

Este questionário é dividido em três partes: perfil da mulher, necessidades de informação com relação aos serviços oferecidos e gestão da informação na melhoria dos serviços. A pesquisa é rápida, leva só de 5 a 10 minutos e consiste em responder um questionário simples. Sua participação é voluntária, anônima e pode ser interrompida a qualquer momento. Qualquer dúvida, você pode nos contatar via o email presente neste termo de consentimento.

Contato da pesquisadora: tayssanobre@alu.ufc.br / (85) 98825-2108.

* Indica uma pergunta obrigatória

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao concordar com o termo abaixo, você poderá dar início ao questionário na próxima seção. Declaro que fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento posso solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Assim, concordo em participar do presente estudo.

- Sim
- Não

Vamos começar!

PERFIL DA MULHER

Esta primeira parte é dedicada a construção do perfil das mulheres que estão respondendo este questionário.

1. Faixa-etária *

- 18 - 25 anos
- 26 - 35 anos
- 36 - 45 anos
- 46 - 55 anos
- 56 - 60 anos
- Acima de 60 anos

2. Etnia *

- Branca
- Parda
- Preta
- Amarela
- Indígena
- Outro. Especifique:

3. Orientação sexual *

- Heterossexual (atração por pessoas do gênero oposto)
- Lésbica (atração por pessoas do mesmo gênero)
- Bissexual (atração pelos gêneros feminino e masculino)
- Pansexual (atração por pessoas, independentemente do gênero)
- Assexual (pouca ou nenhuma atração sexual)
- Outro. Especifique:

4. Situação conjugal *

- Solteira
- União estável
- Casada
- Divorciada
- Viúva
- Outro. Especifique:

5. Escolaridade *

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino Médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior completo
- Pós-graduação
- Outro. Especifique:

6. Ocupação *

- Desempregada
- Funcionária de empresa privada Funcionária pública
- Autônoma
- Estudante
- Trabalho informal
- Outro. Especifique:

7. Sua renda mensal *

- Até 1 salário mínimo
- Entre 1 e 2 salários mínimos
- Entre 2 e 3 salários mínimos
- Acima de 3 salários mínimos
- Outro. Especifique:

8. Você tem filhos? *

- Sim
- Não

9. Quantas pessoas residem no seu domicílio? * _____

10. Você tem alguma Doença Crônica Não Transmissível (São doenças adquiridas ao longo do tempo e que não são transmissíveis. Exemplo: diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares etc)? *

- Sim
- Não

11. Você ainda menstrua? *

- Sim, regularmente
- Sim, de forma desregulada
- Sim, mas estou entrando na menopausa
- Não menstruo mais

12. Com base na sua experiência em utilizar os serviços públicos de saúde, você percebe diferenças na qualidade, atenção ou abordagem do atendimento oferecido a mulheres em idade reprodutiva (que ainda menstruam) em comparação com mulheres que já passaram pela menopausa (que não menstruam mais)? Considerar aspectos como disponibilidade de exames, orientações médicas, tratamentos oferecidos e duração de atendimento. *

- Sim, há diferenças positivas para mulheres que menstruam
- Sim, há diferenças positivas para mulheres na menopausa
- Sim, mas as diferenças não são necessariamente positivas
- Não, o atendimento é semelhante para ambas
- Outro. Especifique:

Se possível, explique brevemente o motivo da sua resposta: _____

13. Você já fez alguma cirurgia ou passou por um momento delicado com sua saúde? *

- Sim, minha família cuidou de mim
- Sim, mas não tive auxílio da minha família
- Nunca fiz cirurgia ou passei por um momento delicado com minha saúde
- Outro. Especifique:

14. Ainda sobre a pergunta anterior, você acredita que, de modo geral, as mulheres costumam dedicar mais tempo cuidando da saúde de outras pessoas (como familiares ou amigos) do que cuidando da própria saúde? *

- Sim, frequentemente
- Sim, eventualmente
- Não, raramente
- Nenhuma das situações acima

Se possível, explique a resposta da pergunta acima: _____

15. Conforme a escala abaixo, quanto você sente que sabe informações sobre a sua própria saúde, incluindo autoconhecimento sobre seu corpo, ciclo menstrual, autoexame de toque nas mamas, dentre outros aspectos? *

- Conheço totalmente meu corpo e minha saúde
- Conheço parcialmente meu corpo e minha saúde
- Conheço superficialmente meu corpo e minha saúde
- Não sei muitas informações sobre meu corpo nem minha saúde
- Outro. Especifique:

16. Conforme sua resposta na pergunta anterior com relação ao conhecimento sobre seu corpo, por quais dessas opções você passou? *

- Aprendi com minhas amigas
- Minha mãe (ou alguma familiar mulher) me ensinou
- Soube dessas informações apenas após consulta ginecológica
- Vejo mais pela internet e redes sociais (instagram, tik tok etc)
- Outro. Especifique:

NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO COM RELAÇÃO AOS SERVIÇOS OFERTADOS

Seção que trata do reconhecimento e utilização dos serviços públicos de saúde pelas mulheres relacionadas a oferta de informação

17. Com que frequência você utiliza os serviços de saúde pública? *

- Semanalmente
- Mensalmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Não utilizo os serviços de saúde pública
- Outro:

18. Você já teve dificuldade no acesso à informação sobre os serviços de saúde disponíveis nas instituições? Marque as opções que já vivenciou. *

- As informações sobre os serviços de saúde não foram claras e/ou acessíveis
- Já teve dificuldade em localizar os locais corretos para atendimento
- Os canais de comunicação disponibilizados, como o número telefone ou de WhatsApp, demoram a retornar com respostas
- As explicações dadas pela equipe não ajudaram no acesso à informação
- Falta de orientação sobre seus direitos ou sobre os procedimentos necessários para utilizar os serviços
- Nunca tive dificuldades
- Outro. Especifique:

19. Quando você tem alguma dúvida sobre os procedimentos que vai ter que seguir (Por exemplo: marcar uma consulta ou um retorno, fazer ou receber um exame, ir a outro setor etc), o que você costuma fazer? *

- Procuro ajuda dos funcionários do local
- Pergunto a outros pacientes ou pessoas próximas que já utilizaram do serviço Busco informações em folhetos, cartazes e placas
- Entro em contato com os canais de atendimento (telefone, aplicativos, site) Não sei o que fazer quando isso acontece e, por isso, enfrento dificuldades
- Outro. Especifique:

20. Quais desses serviços de saúde para mulher você acredita que precisam de mais atenção ou investimento? *

- Pré-natal e Gestacional
- Planejamento familiar e Métodos contraceptivos (sobre ter ou não filhos e como ter relações sexuais de forma segura)
- Sobre educação sexual e sexualidade (sexo biológico, identidade de gênero, orientação sexual)
- Exames preventivos (Mamografia, papanicolau, ultrassonografias etc)
- Atendimento ginecológico de rotina
- Atendimento para mulheres na menopausa e saúde hormonal
- Nenhum dos serviços acima precisa de mais atenção ou investimento
- Outro. Especifique:

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NA MELHORIA DOS SERVIÇOS

Trata sobre a vivência das mulheres com os atendimentos de saúde pública e suas contribuições para as práticas de gestão da informação dentro das instituições

21. Os profissionais que atendem nas instituições de saúde, sejam do setor administrativo ou médicos(as)/enfermeiros(as), consideram suas necessidades específicas de gênero quando se trata da sua saúde? Isso inclui a compreensão de questões de saúde que afetam predominantemente mulheres, atenção às suas preocupações individuais e adequação de orientações aos seus relatos. *

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Nunca
- Outro. Especifique:

22. Na sua experiência como usuária da saúde pública, as tecnologias e mídias digitais (uso de whatsapp, instagram, sites) estão sendo bem utilizadas para melhoria desses serviços? *

- Sim
- Não
- Não tenho certeza

Se possível, nos explique brevemente o porquê da sua resposta na questão anterior. _____

23. Marque as situações que já ocorreram com você ao utilizar os serviços de saúde pública: *

- Já recebeu informações erradas ou desatualizadas sobre tratamentos, ou serviços de saúde
- Já teve a realização de seus exames atrasada e/ou adiada
- Já teve seus exames ou documentos importantes perdidos pela instituição Saiu de uma instituição de saúde sem saber o próximo passo para continuar utilizando os serviços
- Falta de clareza nas informações fornecidas pelos profissionais de saúde e do setor administrativo
- Nunca tive problemas ao utilizar os serviços
- Outro. Especifique:

24. Quais são os principais aspectos que você considera relevantes para melhorar o atendimento às mulheres? *

- Melhorar a circulação interna de informações entre os profissionais
- Uso de prontuários eletrônicos entre as instituições
- Capacitação dos profissionais para o atendimento das necessidades da saúde feminina
- Disponibilização clara de informações sobre os serviços e direito das mulheres Monitoramento contínuo do atendimento realizado
- Manutenção de canais de comunicação não digitais, como atendimento presencial, via telefone fixo ou balcões de informações, para atender mulheres que não utilizam ferramentas como WhatsApp e e-mail.
- Utilização dos dados para desenvolver atendimentos personalizados (perfis das mulheres atendidas, por exemplo)
- Dar mais atenção aos canais de comunicação digitais (ex: WhatsApp institucional)
- Outro. Especifique:

25. Conforme sua experiência como usuária dos serviços de saúde pública e diante das perguntas respondidas até aqui, existe algum ponto que você gostaria de destacar?

Agradecemos por suas respostas! Se quiser tirar dúvidas ou saber mais sobre essa pesquisa, estes são os meus contatos: tayssanobre@alu.ufc.br / (85) 98825-2108 Caso queira receber minha dissertação com a análise dos dados, você pode deixar seu contato aqui embaixo (pode ser seu email, whatsapp ou instagram): _____

APÊNDICE B - RESPOSTAS DISCURSIVAS DO QUESTIONÁRIO

Comentários a respeito da Questão 12 “Com base na sua experiência em utilizar os serviços públicos de saúde, você percebe diferenças na qualidade, atenção ou abordagem do atendimento oferecido a mulheres em idade reprodutiva (que ainda menstruam) em comparação com mulheres que já passaram pela menopausa (que não menstruam mais)? Considerar aspectos como disponibilidade de exames, orientações médicas, tratamentos oferecidos e duração de atendimento”.

RESPONDENTE	COMENTÁRIO
2	Geralmente percebo o mesmo atendimento para mim ou para minha mãe, pelos menos nas unidades em que frequentamos.
4	Não é feita uma orientação clara sobre o processo da menopausa.
5	Muitas vezes o serviço prioriza as necessidades específicas que atendam as metas estabelecidas em programas de saúde. Ex: coleta de citopatológico em mulheres na idade reprodutiva e consulta e exames para mulheres mais velhas que entram em programas de Diabetes e hipertensão, por exemplo, para atingir a meta é garantir o incentivo financeiro.
7	O Sus não apresenta assistência para mulheres que ainda menstruam, pois não distribuem absorventes, não distribuem remédios para cólicas, e nem assistem à população com exames ginecológicos e consultas de maneira fácil e correta, geralmente nos deparamos com longas filas de espera que apresentam vários furos, onde quem trabalha dentro do Sus fura a fila de espera para aqueles do seu agrado). Enquanto para com a paciente na menopausa o Sus apresenta uma melhor via de cuidado, geralmente envolvido no cuidado ao idoso, presta mais assistência em distribuição de remédios e consultas.
8	No posto de saúde que vou, vejo uma atenção a mais para mulheres grávidas. Mas quando a fase de vida (menstrual, menopausa...) não há essa diferenciação.
10	Há maior interesse em prescrever métodos contraceptivos.
11	Creio que são pedidos muitos mais exames para mulheres na menopausa, que precisam acompanhar alguns níveis de hormônios, por exemplo. Tendo como exemplo uma consulta minha e da minha mãe (que está na menopausa), ela demora bem mais em uma consulta a ginecologista do que eu, que só recebo um acompanhamento bem básico.
17	Já fiz consultas em serviços públicos de saúde e também já acompanhei minhas avós e não percebo diferenças relevantes.
19	Acredito que o serviço público tem como prioridade a população mais velha, por isso para eles são mais ofertados exames, remédios, etc.
20	Nunca reparei diferenças entre o atendimento para mulheres que menstruam e mulheres que não menstruam mais.
22	Acredito que tenha diferença no tratamento por conta da idade e a reprodução, então existe um olhar mais cuidadoso para quem está nesse período.

23	Percebo que não sou orientada em questões como: hormônios, suplementação, mudanças...
24	Até o momento, não percebi diferença.
27	Mulheres em idades reprodutiva, especialmente gestantes, conseguem consultas rapidamente, não sei se o mesmo ocorre com senhoras mais idosas.
28	Muitas vezes a mulher na era reprodutiva tem mais assistência, embora, ache que tudo se resume em passar remédios. Não se trabalha a saúde integrativa, independente da idade, é tudo por pedaços. Não se vê o corpo como um todo!
32	Muitos profissionais de saúde não possuem as competências necessárias para atender mulheres no climatério.
33	Não chegou a perceber nenhuma diferença.
38	Relatos de minha mãe: sente muito calor.
41	Não identifiquei nenhum atendimento diferenciado para mulheres que menstruam ou não.
42	Em minhas experiências, não chegou a ver diferença no atendimento.
44	Existe pouca disponibilidade para ambas realizarem exames que o corpo de uma mulher demanda, estando em idade reprodutiva ou não.
46	Pra mim não há diferenças no atendimento.
49	Negligência em ambos os casos, mas com as mulheres que já passaram pela menopausa me parece pior
50	Nunca reparei no atendimento a mulheres que passaram pela menopausa. Eu não menstruo devido ao uso de anticoncepcional.
55	Até hoje não presenciei diferença de atendimento para ambas as partes
56	Notoriamente as mulheres com maior faixa etária, possuem um tratamento um pouco "frio", com poucas informações e paciência, da parte dos profissionais.
61	Não menstruo mais devido uma cirurgia, então não percebi diferença no atendimento.
69	Acredito que existe uma atenção e cuidado maior direcionado a pessoas que gestam, especificamente as mulheres, não pela maior disponibilidade de materiais direcionado a esse público ou pela qualidade de atendimento dos órgãos de saúde, mas por um pensamento de zelo já enraizado em nossa sociedade direcionado a mulheres que possam engravidar. Pelo que percebo, elas, durante o tempo de gestação principalmente, são dignas desse tratamento, mas após ele, quando se tornam mães ou mulheres na menopausa, não recebem o mesmo tipo de empatia.
72	Alguns aspectos gerais referente ao atendimento como demora na triagem, agendamento de exames e consultas (mesmo com urgência).
75	A minha experiência com a disponibilidade de exames e profissionais especializados para a área ginecológica não foram muito boas, pois no posto local que vou, há falta de profissionais para essa área e para conseguir uma consulta ginecológica é muito difícil, tem uma fila de espera muito grande.

76	Depende da ética do local.
85	o atendimento pode ser diferenciado a mulheres jovens e/ou idosas dependendo dos postos de saúde, médicos, consultas, exames disponíveis na rede pública, há de se levar em conta, que as políticas de saúde pública feminina são pouco divulgadas ou conhecidas pela população, mesmo que a incidência do uso da saúde, seja feita mais pelas mulheres, pelo histórico de cuidados de saúde, maior que os dos homens.
88	A oferta de consultas e exames pelo SUS é bastante concorrida, pois há sempre muitas pessoas para poucas vagas e profissionais disponíveis para atendimento. Certos exames são difíceis de marcar e conseguir, mas dependendo da faixa etária, algumas pessoas conseguem ser priorizadas na fila de espera, um exemplo disso é a mamografia. Dificilmente, uma mulher jovem vai conseguir fazer mamografia pelo SUS, seja como exame de rotina ou porque o médico solicitou, pois esse exame é geralmente liberado para mulheres mais velhas.
89	Muitas vezes não são tratadas com respeito e dignidade, depende muito do estado de humor do profissional que está te atendendo.
91	A saúde pública no Brasil não funciona, coloque o nome na fila de espera e espere morrer.
93	Não faço o acompanhamento devido desta parte da minha saúde, então não tenho a vivência e observação.
96	As mulheres podem receber tratamentos diferentes dependendo dos seus problemas de saúde, mesmo tendo idades diferentes ou semelhantes, porque na rede pública os tratamentos podem variar de posto para posto, hospital para hospital, etc.
101	Dependendo do profissional, ambas podem ter um bom atendimento ou um mau atendimento, me comparando com minha mãe, tivemos bons e maus médicos dependendo do lugar.
106	Não prestei atenção ao ponto de reparar em grandes diferenças no atendimento.
108	A abordagem nem sempre é inclusiva e pode ser constrangedora em alguns casos, seja por tabu, estigmas ou falta de recursos.
110	As últimas vezes que procurei o serviço público de saúde, infelizmente tanto na triagem como no atendimento pude perceber em alguns pontos a falta de preparo em lidar com a questão relacionada tanto em explicar os cuidados que devemos tomar como também na administração da medicação uma vez que atenderam super de má vontade, como se quisessem se livrar logo... Claro que nem sempre eu assim, mais baseado nas últimas vezes que precisei, infelizmente não fui bem atendida
111	As mulheres na fase de pré e pós-menopausa não possuí muitas políticas positivas para auxiliar na entrada dessa fase feminina.
112	Não sei informar, pois não prestei atenção nisso.
114	Eu acredito que não tenha muito interesse voltado para mulheres na menopausa.
115	Falta uma maior orientação.

117	Sou uma mulher que não menstruo mais por conta da minha condição de saúde (endometriose profunda) e mesmo diante desse cenário um médico tentou conduzir a consulta para que eu mudasse de ideia quanto a ter filhos. Fui firme na minha resposta negativa e ele insistiu, mas quando viu que eu permanecia com a mesma opinião ele disse que meu tratamento seria seguir do mesmo modo, ou seja, apenas não menstruar mais. Porém, conversando com amigas que também possuem a mesma doença, mas que fazem tratamento em clínicas particulares, percebi que a conduta é completamente diferente Inclusive no que se refere a exames e medicamentos.
118	Porque nossa assistência é mais complexa, pois exige mais profissionais.
121	O atendimento público é péssimo para ambas.
122	São exames diferentes, enquanto para nós mulheres que menstruam tem apenas o exame de toque e a prevenção normal, e das mulheres com menopausa a prevenção exige um certo grau de aprofundamento e investigação por conta do risco de câncer ou outra doença que acometa por conta da idade.
123	Ruim, atendimento ruim.
124	Mulheres que menstruam possuem maiores "privilégios" na questão da saúde pública.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Comentário das respondentes acerca da questão 14 “Ainda sobre a pergunta anterior, você acredita que, de modo geral, as mulheres costumam dedicar mais tempo cuidando da saúde de outras pessoas (como familiares ou amigos) do que cuidando da própria saúde?”.

RESPONDENTE	COMENTÁRIO
2	Geralmente as mulheres sentem que cuidar de si é perder um tempo que elas não têm. Mas no geral observo que as mulheres são bem mais cuidadosas com a saúde do que os homens.
4	A mulher desde criança é ensinada a cuidar do outro - efeito de uma sociedade machista.
7	Por cultura, nós, mulheres, somos criadas para cuidar dos outros, do marido, da casa, dos filhos e nos negligenciar.
8	Por uma posição imposta socialmente, dentre meus familiares e pessoas que observo ao redor vejo frequentemente a mulher em uma posição de dona do lar, ela cuida e se preocupa com todos, mas poucos (até mesmo ela) são os que olham para ela.
10	Sempre sobrecarregadas cuidando de tudo e todos.
11	Já fiz 3 cirurgias de Setorectomia Mamária e em todas quem cuidou de mim foi a minha mãe quando precisei de acompanhante no hospital ou de cuidados em casa. Mas geralmente quem sempre me levou em consultas e me acompanhava a médica era meu pai. Na minha casa é bem equilibrado, mas sei que na maioria não é assim.

17	Na minha experiência pessoal, o trabalho do cuidado especialmente com as pessoas mais idosas da família sempre recaem sobre as mulheres.
19	Raramente vemos homens cuidando fisicamente de outras pessoas.
20	Normalmente quando um filho, pai, marido, mãe, ou qualquer outro parente fica doente, quem deixa a sua vida de lado para cuidar da pessoa é a mulher.
21	Muitas mulheres têm várias jornadas de trabalho e acabam acumulando muitas funções, não sei se por uma questão cultural a mulher tem esse sentimento de cuidado para com os seus.
22	Infelizmente, por estar enraizado que mulheres são donas do lar e devem zelar pela saúde de seus parentes, cônjuge ou filhos, ela esquece de cuidar de si mesma, é muito comum.
24	É comum ver uma mulher parar a vida para cuidar de filho, mãe, marido...
27	Normalmente a mulher (mesmo doente) está disponível para cuidar dos filhos e cônjuge, abrindo mão da sua recuperação para o bem-estar da sua família
28	Nas mulheres de mais idade essa ação é muito corriqueira. Hoje, já vejo, algumas exceções. O câncer de mama que tive e estou em tratamento me fez pensar mais em mim, porém antes já dizia: não vou me anular para dar vida a mais pra ninguém, nem a filho! O meu divórcio também aconteceu porque resolvi ser minha prioridade.
29	Minha mãe sempre deu prioridade para cuidar de familiares do que a ela própria.
33	Tenho exemplos muito próximos a mim.
35	Acredito que as mulheres pensam sim nos outros, mas buscam primeiro um cuidado para depois cuidar do outro
40	É muito mais comum ver uma mulher se dedicando a família, não só na questão da saúde, e deixando de lado suas próprias questões
41	As mulheres se dedicam bem mais aos cuidados dos outros do que de si.
42	A maioria dos exemplos que já vi próximos a mim é dessa forma, as mulheres se dedicam às suas famílias e muitas vezes deixam em segundo plano o cuidado com sua saúde.
43	De forma já implantada na sociedade de longo prazo as mulheres carregam sempre o peso de cuidar da família e do marido, a atenção é tanta para as pessoas amadas que ela acaba não tendo tempo pra si mesma.
44	Eu sou mãe e dedico mais tempo com a saúde do meu filho do que da minha. Em relação a minha, sempre pode esperar, já com ele, a busca por algum tratamento que precise é imediata.
46	As mulheres estão sempre na posição de cuidado do outro e se colocando em segundo plano.
49	Por experiência própria vejo as mulheres da minha família sendo tratadas como enfermeiras quando alguém fica doente.
50	Mulheres são condicionadas a cuidar dos familiares, cônjuges.

53	Eu mesma mando todos irem ao médico, mas não vou.
57	Sou filha mulher, as responsabilidades são todas passadas para mim, acabo me colocando em último plano. A minha rede de apoio é quase inexistente.
61	Quando temos filhos a saúde deles sempre é mais importante.
64	Mulher nasce cuidadora.
69	Mulheres são ensinadas desde a infância a cuidar dos outros, a terem bonecas que imitam bebês, serem vistas como zelosas e atenciosas, o que ocorre principalmente quando elas são mães ou estão na posição de matriarca, elas precisam (de forma negativa) exercer esse papel que lhes é imposto, caso não exerçam, são consideradas mães ruins, filhas ruins, namoradas ruins...
72	A maioria das mulheres ainda estão no lugar do cuidado (seja dos filhos ou da família como um todo), o que influencia na maneira que nos cuidamos física e mentalmente.
73	Frequentemente as mulheres são vistas como responsáveis por cuidar da saúde de sua família, deixando, muitas vezes, de cuidar de sua própria saúde.
75	Observo isso muito em relação a minha mãe, que normalmente cuida de praticamente todas as pessoas da casa e acaba ficando sem tempo para cuidar de si, para ter um lazer ou até mesmo fazer exames. Ela cuida do meu tio síndrome de down e da minha avó que teve AVC, sem contar com eu e minha irmã que ainda estamos na escola, o que fica difícil de auxiliar no cuidado da família. Várias vezes ela teve problema com saídas, por eu e minha irmã está estudando, e meus tios deixarem praticamente todo esse serviço só para ela.
76	Depende de como a mulher foi criada, mas mães são mais afetivas.
85	As mulheres são as grandes cuidadoras em suas famílias, fazendo mesmo uma gestão de cuidados ligados às crianças, maridos, etc. Isso significa que a cultura normativa da sociedade impõe à mulher cuidar dos outros como uma atividade naturalizada, que afeta bastante o tempo, e até mesmo a saúde mental das mulheres. Isso pode variar de grau de intensidade de família para família, mas raramente não se constata isso nos lares brasileiros, em sua maioria chefiados por mulheres, muitas vezes mães solteiras ou avós que cuidam de toda uma família.
86	Existe uma sobrecarga sobre a mulher como cuidadora.



	Muitas mulheres gostariam de se cuidar mais e ter um tempo livre para si, para cuidar de sua saúde física e mental, mas infelizmente isso não é possível ou sequer uma opção. Além do fato de nós mulheres sermos bastante cobradas e carregar o peso da responsabilidade que naturalmente a sociedade deposita no papel da mulher, temos que lidar diariamente com situações e pessoas desnecessárias em nossa vida pessoal e profissional. Eu gostaria muito de ter um dia inteiro livre para descansar, mas a realidade é que isso é impossível porque eu tenho um filho com deficiência e que exige cuidados especiais que não dá para terceirizar ou confiar que outra pessoa cuide com o mesmo zelo e amor que eu. Tenho que trabalhar, ser mãe, esposa, filha, irmã, amiga, estudante/curiosa/pesquisadora e no final do dia, não importa o quanto exausta eu estou, eu tenho que cumprir com as minhas responsabilidades. Portanto, cuidar de si mesma de forma satisfatória, fazer exames de rotina e check-up, fazer exercícios regularmente, conseguir iniciar uma pesquisa ou escrita de um artigo dentro de um prazo planejado, fazer terapia, são coisas que eu sei que preciso fazer, porém, não sobra tempo para mim, ou seja, eu sei o que tenho que fazer, gostaria muito, mas não consigo dar conta de tudo. E assim os dias passam e nós mulheres nos dedicamos a cumprir as nossas obrigações de casa e do trabalho que são dedicadas a outras pessoas e não para nós mesmas. Tem que ir ao médico e fazer uma consulta? A gente leva e acompanha filho, marido etc., mas a mulher ir numa consulta para si mesma, vai ser a última prioridade, essa é a realidade de muitas, e é a minha também. Só sabe quem passa por essa situação. Não é simplesmente descuido ou falta de amor-próprio, é muitas vezes não ter escolha e nem ter com quem contar, não ter apoio e nem suporte, não ter a compreensão do outro, e até disso, frequentemente a mulher também tem que aguentar ouvir críticas e julgamento. Se a pessoa se cuida, é vaidosa, egoísta e vazia, se não se cuida ou está acima do peso, é gorda porque quer, é desleixada e tem baixa autoestima. Até a terapia que a gente precisa fazer para não ficar doida, dificilmente conseguimos, e isso seria o mais importante para quem cuida dos outros e não tem tempo suficiente para si. Infelizmente, ser mulher é sobre isso, ter o peso do mundo e da culpa eternamente nos seus ombros e aprender a lidar com isso e tirar o melhor de cada situação.
88	Eu cuido de quem precisar, mas isso não faz por onde eu não me cuidar.
89	Acho que a cultura de "se cuidar" e observar a saúde também é muito indicativo de classe social, geralmente pessoas da classe trabalhadora se preocupam menos com isso e é muito mais fácil para uma mãe, esposa observar a saúde do outro que a própria, em níveis sociais mais abastados, acredito que o pensamento sobre saúde (e o acesso a alimentos melhores e tempo para prevenir doenças crônicas) ajude a que o foco seja tirado do outro e passe para o autocuidado também.
90	A maioria das mulheres não pensa nelas, são as últimas a se cuidar.
91	Considero que há uma imagem acerca da figura feminina e um estereótipo de cuidado como obrigação, como um papel da mulher, principalmente vinculado ao espaço familiar.
92	Eu sempre vejo as mulheres ao meu redor priorizando a saúde física e/ou mental dos outros.



95	As mulheres já são encaminhadas a cuidar do outro, independentemente do cuidado, se é ensinado para o público feminino que cuidar dos amigos, parceiro, filhos, família e etc é "dedicada" à figura feminina.
96	Eu cuido do meu filho, apesar dele já ser maior de idade, mas também cuido, às vezes das mulheres da vizinhança, que tem dúvidas com seus bebês, ou pedem informações sobre outros assuntos de saúde ou de trabalho, além disso, converso e dou bastante conselhos a outras familiares, mulheres da família e adolescentes também.
99	Cuidando da casa, dos filhos...
101	Eu, por exemplo, me preocupo mais com a saúde de outros, do que a minha.
103	Por várias questões, sendo uma delas cultural, a mulher ainda é considerada uma figura responsável pelo cuidado do lar, da família e afins, o que faz com que essa cuide e seja responsável pelo cuidado de terceiros.
106	Em minha família posso reparar bem que as mulheres sempre estão à frente das situações, sejam elas positivas ou negativas. E sempre dão mais atenção aos cuidados dos familiares e amigos do que a sua própria saúde.
107	No geral, as mulheres ainda são vistas como as que têm que conciliar tudo, porque homem não costuma/quer fazer isso.
108	Acredito que isso ocorre porque muitas de nós acabamos assumindo a responsabilidade por algo que tem origem estrutural. Isto é, existe essa ideia enraizada na sociedade de que precisamos cuidar e priorizar os nossos entes queridos antes da nossa própria saúde, o que acaba gerando uma série de problemas quando paramos para pensar em retrospecto, afinal de contas, como vamos cuidar de outras pessoas se não estamos bem? Acho que é importante, sim, refletir a respeito disto para que as mulheres possam se dedicar igualmente a sua vida, saúde e bem-estar, que devem ser prioridade.
110	Quando se tem filhos a prioridade sempre será manter a saúde e bem-estar dos mesmos, então acabamos negligenciando um pouco a nossa saúde.
111	Na nossa sociedade a mulher é colocada como a principal responsável para cuidar dos familiares, onde deveria ser uma responsabilidade de todos.
112	Principalmente dos filhos. Prioridade aos filhos.
114	Convivo com algumas mulheres que cuidam mais da saúde do marido e filhos do que da própria.
117	Por conta da nossa cultura patriarcal e machista, as mulheres assumem esse papel de cuidadoras, por vezes até mesmo quando ainda crianças. É comum ver meninas cuidando dos irmãos, enquanto é muito raro ver meninos com a mesma "responsabilidade". Portanto, as mulheres da nossa sociedade - e acredito que em outras também - acabam sendo imbuídas da função cuidadora, sendo, inclusive, designada a desempenhar multitarefas para cuidar da casa, dos pais, dos filhos, do marido, dos parentes e etc.
120	Há uma construção social que influencia a educação de mulheres a assumirem o papel de cuidadora.

121	Nós mulheres sempre achamos que se algo é nosso dá para esperar, que somos fortes e que temos que cuidar do outro, que o outro precisa mais, muitas vezes se não por vontade é por obrigação. O fato é que ficamos para depois sempre.
122	Mulheres no geral são coagidas pela sociedade a zelarem pelo lar e seus familiares.
124	Mulheres passam muito mais tempo cuidando de filhos, marido e familiares do que de si mesmas, principalmente se comparado aos homens.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Comentário das respondentes acerca da questão 22 “Na sua experiência como usuária da saúde pública, as tecnologias e mídias digitais (uso de whatsapp, instagram, sites) estão sendo bem utilizadas para melhoria desses serviços?”.

RESPONDENTE	COMENTÁRIO
2	Não costumo entrar em contato usando essas ferramentas.
5	Muitas vezes esses canais de comunicação não estão funcionando, ou falam linguagens inacessíveis para a grande parte da população (linguagem técnica) e geram dúvidas de interpretação.
8	Vejo as mídias sociais, por parte dos representantes da saúde pública, pouco sendo utilizadas. Quanto a importância de exames de prevenção etc vejo outros seletores, que não são da área da saúde, como o Centro de Referência de Atendimento a mulher sendo mais proativos.
11	Geralmente eles não disponibilizam WhatsApp ou redes sociais, apenas o telefone (que muitas vezes não funcionam).
19	Há falta de investimento nessa área, por vezes precisamos ir ao local para obter informações.
22	Atendimento lento, isso quando respondem, e tem também cartilhas que tem conteúdo desatualizado, o que complica o entendimento e é preciso buscar na internet explicações sobre o assunto.
24	No posto próximo à minha casa, nem telefone eles atendem, quem dirá atendimento por WhatsApp para tirar dúvidas.
27	Às vezes você só consegue informação indo até o local.
28	Não se tem o retorno do serviço. Exemplo: eu fui refazer minha vacina contra hepatite, quando cheguei no..., portão fechado sem nenhum esclarecimento. Junto a mim chegou uma senhora com uma consulta marcada, ou seja, se vacinar não se marca, mas, uma consulta tem uma marcação e senhora não foi avisada que naquele dia estaria fechado. Muito se te a melhorar no serviço público, ele é nosso, é melhor pago e serve a mais gente!
31	Exceto na vacinação de covid, geralmente não consigo acessar meus próprios dados de vacinação sem precisar ir diretamente a um posto de saúde.
35	A rede de telefone do meu posto nem presta, acredito que eles deveriam melhorar essa forma de comunicação, ter um Instagram para passar informações, enfim,

	tudo isso.
41	Os canais de atendimento e redes sociais não funcionam.
43	Quase nunca precisei me comunicar com instituições por mídias digitais.
44	Não costumo procurar informações, tantas informações nas mídias, por isso não tenho certeza. O que costumo procurar é sobre vacina, isso costuma ter bastante disponível, mas em relação a consultas e exames acredito que não são bem utilizados, no entanto, não tenho certeza.
49	O posto em que sou atendida não possui nenhum dos exemplos, então tem 3 meses que marquei uma consulta e não tive retorno enquanto dizem que iram ligar ou entrar em contato.
52	Costuma acumular, muitos pacientes e demora.
54	Para quem entende ajuda.
56	Praticamente não possuem.
61	A informação está mais acessível.
85	Apesar de existirem redes sociais para a prefeitura ou o governo do estado ligados à saúde pública, são poucas as postagens ou contas direcionadas às informações ligadas estritamente à saúde feminina, com postagens consistentes e voltadas a assuntos específicos do público feminino, em relação ao seu bem-estar, saúde e qualidade de vida, prevenção de doenças, nos postos de saúde se vê mais cartazes e alguns possuem QR code, mas que não tem acesso à celular ou internet ou não sabe pesquisar, se informar, ficará difícil acessar informações de saúde para as mulheres.
86	Oferecem os canais mas não oferecem respostas em tempo hábil.
88	É uma ótima iniciativa abrir canais de comunicação alternativos como WhatsApp para que as pessoas possam entrar em contato e solicitar informações, mas infelizmente, a demora na resposta é grande, as informações repassadas nem sempre são claras ou assertivas, e quando as respostas são rápidas, é um bot. Se fosse um bot bem feito, com opções e respostas que contemplassem as necessidades de informação e executassem as tarefas solicitadas, seria muito bom, mas infelizmente não é assim. O Instagram é uma excelente opção de divulgação dos serviços e produtos, e assim muitas vezes as pessoas descobrem certos serviços que não sabiam que existia. Porém, muitas vezes é usado para fazer um marketing de fachada e autopromoção, pois quando a gente chega no local, nada daquilo que foi promovido nas redes funciona na realidade.
89	Atualmente não as uso, para poder afirmar.
90	Muito do conhecimento que tive sobre as possibilidades de atendimento no posto obtive por meio de conversas com pessoas que trabalham nesse locais, não sabia, por exemplo, que tem atendimento odontológico, que posso fazer consultas para pegar encaminhamento para especialistas, no geral eu evitava usar o posto de saúde por imaginar que nunca conseguiria atendimento, mas quando utilizei o tempo de espera foi semelhante ao da rede particular.
91	São pessoas muito abusada, você pede informações eles já vem com abuso.

92	Raramente são atualizados e não há clareza na informação repassada, sem contar que ao entrar em contato é raramente atendido.
93	Vejo informativos nas redes sociais dos órgãos públicos.
95	o meio digital não é bem utilizando na saúde das mulheres, existem poucos projetos direcionados para o público feminino que estejam sendo divulgados na mídia, logo, é um recurso que não está sendo bem explorado quando se fala de saúde da mulher.
96	Normalmente os contatos dos postos de saúde, pelo telefone, mal atendem, e as informações na internet às vezes não ajudam a marcar consultas ou confirmar o funcionamento do posto, da upa. Precisar melhor os canais de comunicação da saúde com a população.
99	Acho que poderia ser melhor utilizado.
101	exemplo, o posto de saúde aqui perto de casa que vou, não tem redes sociais, muito menos WhatsApp para saber alguma informação, temos que ir lá esperar na fila para perguntar o atendente como faz para marcar consultas, os dias que são atendidas as equipes, etc. Não há informações de fácil acesso, nem na porta ou dentro não há cartazes com horários nem informações.
102	Informações nem sempre são atualizadas.
106	Não estou bem informada sobre essa questão.
107	Não tenho conhecimento suficiente para responder, visto que não utilizo com frequência a saúde pública.
110	Em alguns pontos foca fácil a busca pelas informações, endereço , mas em outros como , telefone que nunca atendem e agendamento é preciso entrar várias vezes no ambiente virtual para conseguir o mesmo.
111	Não vejo sendo muito utilizados as mídias sociais no serviço público.
112	Podiam explorar mais atendimentos e esclarecimentos via mídias digitais
114	Telefones de instituições públicas não atendem, WhatsApp acredito que nem tenha, e se tiver não responde nunca.
115	Muitos canais não atendem, e às vezes demoram ou nem dão respostas suficientes.
117	Não, pois o serviço muitas vezes é disponibilizado, mas ninguém responde e/ou quando responde demora muito ou tem muita burocracia. Precisa melhorarmuito para realmente ser eficiente no que se propõe.
120	Mesmo com a existência dessas mídias, elas costumam ser desatualizadas
121	Deveria estar melhor. No entanto não acho que mudou muita coisa.
122	Demora no atendimento on-line.
123	Nunca atendem o telefone e pouco respondem.
124	Mais dificulta do que auxilia.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Comentários das respondentes acerca da questão 25 “Conforme sua experiência como usuária dos serviços de saúde pública e diante das perguntas respondidas até aqui, existe algum ponto que você gostaria de destacar?”.

RESPONDENTE	COMENTÁRIO
2	Por ter plano de saúde eu utilizo pouco os serviços de saúde pública, mas acredito que aumentar a comunicação e a facilidade para entender o funcionamento do sistema de saúde, facilitaria na atenção da mulher a sua própria saúde.
7	Acredito que a corrupção dentro do sus acabe com tudo o que há de bom nele (no papel), no dia a dia são filas longas, funcionários mal-educados e pacientes sem acessos à exames, vacinas, consultas, geralmente para conseguir isso pelo sus tem que conhecer alguém de dentro e furar a fila.
8	No posto de saúde que frequento, há muitos estudantes em período de estágio, então sempre que tenho um exame ginecológico de rotina, na maioria das vezes são esses estudantes que fazem o atendimento e exames como o papa nicolau. Um ponto que quero destacar, é a importância nesta situação de questionar a paciente se ela se sente confortável sendo atendida por este estudante, quando do gênero feminino, pois isso não ocorre.
16	A desinformação de mulheres sobre a Síndrome de Ovários Policísticos (SOP) e Endometriose, e sobre ter um apoio profissional físico/mental com tratamentos adequados para essas condições.
19	As palestras e formações sobre educação sexual e planejamento familiar deveria contemplar as escolas de ensino fundamental e médio, visto que a vida sexual dos adolescentes tem começado cada vez mais cedo.
22	Manutenção dos canais de comunicação e de profissionais da área, o que falta nos postos de saúde são profissionais para atender a população.
23	Facilitar. Menos burocracia.
28	Nos postos deveria ter tratamentos que corroboram com a saúde. Pilates, massagens, orientação alimentar com zero carboidrato...
41	Quando você vai à saúde pública, as informações repassadas não são as mesmas que os canais de comunicação divulgam.
44	Eu acho o atendimento da saúde pública muito bom, com profissionais capacitados e humanos, entretanto, existe uma super lotação e muitas vezes uma infraestrutura deficitária que impede a realização de um adequado acompanhamento em saúde.
49	Ampliação do atendimento, muitas vezes fui mandada para outras instituições por não possuir o serviço ou o serviço estava no limite de pessoas que poderiam ser atendidas e ao chegar nos outros locais me mandavam voltar para o de origem pois não poderia ser atendida porque não fazia parte da área de atendimento.
52	As pessoas precisam atualizar os contatos e informar a instituição
57	Melhorar a comunicação dos acompanhamentos.



60	Ainda é perceptível o quanto as mulheres ainda enfrentam tabus sobre seu corpo e sua vida sexual que as leva deixar de procurar informações seguras sobre isso. Isso também reflete nos atendimentos em serviços públicos. Achamos que o excesso de cuidados com a vagina é preciso para que não tenha odor, mas, por vezes, desequilibrarmos o seu funcionamento saudável. Outro aspecto que deveríamos ser melhor conscientizadas é sobre os efeitos psicológicos do período pré-menstrual, como o TDPM, que afetam nossa rotina e nosso bem-estar. Existe um silêncio sobre esse período da vida das mulheres que não deveria.
61	Deveria capacitar os funcionários para o manuseio das ferramentas digitais de serviço.
77	O programa de assistência médica para alunas da UFC, não ser suspenso após a colação de grau, em especial quando está em tratamento investigando uma possível patologia oncológica.
85	Acredito que a atenção básica e a marcação de consultas de prevenção devam receber mais atenção, nas unidades privadas, vê-se rapidamente a relação de acolhimento - atendimento médico - marcação de novas consultas ou exames - retornos, mas na rede pública esse ciclo, esse processo é pulverizado, demora, às vezes as consultas não acontecem nas datas, há falta de médicos, os exames, alguns têm que ser realizados em outros locais, às vezes na própria rede particular de saúde, que gera gasto para o paciente, e também, a falta de informações, por meio de um aplicativo para as mulheres, ou você mesmo poder acompanhar seu histórico de atendimento, saúde, via aplicativo ou cadastro num site do governo / prefeitura, etc.
88	Parabenizo pela pesquisa desenvolvida e gostaria de sugerir, se for útil, ou quem sabe já seja uma das intenções da pesquisadora deste estudo, que a discente e sua orientadora reflitam sobre os resultados advindos dessa pesquisa e considerem sugerir a criação de políticas públicas e novos serviços para a melhoria da atenção à saúde da mulher.
89	O atendimento e esclarecimento para o paciente sobre o seu estado.
91	A falta de amor o próximo às pessoas que trabalha dentro dos setores coloca familiares e amigos para fazer procedimento que outras pessoas estão na fila de espera na frente.
96	Realmente precisar melhorar a comunicação via telefone para os atendimentos ou até mesmo numa questão de tirar dúvidas. Às vezes faltam médicos e não há substituição, tem que se deslocar para ser atendida em outro posto ou upa. E poderia ter mais ações educativas nos postos de saúde, sobre a saúde da população feminina também, isso ajudaria a criar uma conexão melhor com as pessoas do bairro e dos profissionais de saúde, tem médicos que nem olham para você na hora do atendimento.
99	Precisa de mais investimento e de mais profissionais porque os agendamentos demoram meses. Até lá pode-se nem ter mais o problema.



101	Sim, falta empatia das enfermeiras que auxiliam as ginecologistas, muitas são desrespeitosas, alguns ginecologistas não são interessados em ajudar a resolver o problema do paciente, em orientar formas de tratamento, no caso eu tenho SOP, e me faltou muita informação quando descobri, tive que pesquisar sozinha, até chegar a descobrir que existe a HAC, e pagar endocrinologista particular para pesquisar se tinha, pois é parecido com a SOP, falta informação dos postos de saúde no atendimento, são sempre mal-educados, no geral, falta informação disponível, informação disseminada, e falta empatia e vontade de ajudar os pacientes a cuidarem da saúde.
107	Os serviços poderiam ter uma melhor divulgação através das mídias digitais.
108	Penso que a ausência de uma abordagem mais humanitária no atendimento — sobretudo quando ouvimos relatos de situações vivenciadas por diversas mulheres — é algo que precisa de atenção, pois a falta de cuidado e diálogo dos profissionais com as pacientes pode acarretar uma série de problemas, impactando não apenas a saúde física, como também mental e emocional.
110	Os profissionais ainda não são completamente capacitados.
111	Maior programas para saúde da mulher.
114	Acredito que em relação a meios de comunicação mais atualizados.
115	Atualização dos canais que fornecem informações.
117	Ter uma escuta ativa, respeitando a individualidade de cada mulher, é uma dos pontos que julgo faltar muitas vezes nos atendimentos. Alguns médicos acabam negligenciando os relatos trazidos pelas pacientes, sendo que ouvi-las poderia agilizar certos diagnósticos. Exemplo: Desde a minha primeira menstruação, sempre relatei que minhas cólicas eram tão fortes que eu chegava a vomitar de dor, e isso foi sempre ignorado por diversos médicos que passei. Muitos falavam que era assim mesmo, depois que eu ficasse adulta a dor iria melhorar. Até chegar ao meu diagnóstico, aos 28 anos, minha doença (endometriose) já havia progredido exponencialmente ao ponto de chegar a atingir outros órgãos. Portanto, creio que se tivessem considerado meu relato e investigado teríamos chegado ao diagnóstico precocemente e eu teria sofrido menos e tido menos lesões. Outra situação que me senti completamente desrespeitada foi quando fui atendida por um médico que tentava mudar minha decisão sobre não querer ter filhos. Ali, além de não me ouvir, ele ainda tentou me persuadir sem levar em conta a minha opinião, até porque ele não procurou saber absolutamente nada sobre o contexto da minha vida e, principalmente, sem respeitar minhas escolhas. Acredito que na saúde pública existem diversas coisas a serem melhoradas, principalmente no que tange a estrutura do SUS, certas condutas e protocolos, mas enfatizo aqui que os profissionais que trabalham com a saúde da mulher precisam escutá-las melhor. A mulher precisa ser ouvida e, principalmente, sua dor precisa ser considerada e respeitada!
118	Sim, um cuidado pós-atendimento, porque podemos precisar novamente do mesmo serviço.
121	Sim, um pouco mais de empatia, ninguém gosta ou quer estar doente, infelizmente é uma realidade cruel principalmente quando a idade pesa.

122	Que eles melhorem o serviço e sejam mais educados.
123	Melhoria para todos.

Fonte: Elaborado pela autora (2025)