

## Capítulo 8:

# QUALIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE REPRODUTIVA: ESTRATÉGIAS PARA MUDANÇA

Margarita Díaz  
Juan Díaz

### Introdução

Embora o conceito de qualidade da atenção não seja novo, até a década de 1980 os programas de planejamento familiar não incluíam a qualidade como um elemento importante a ser promovido, disseminado ou avaliado. A ênfase dos primeiros programas, na década de 1960, era fundamentalmente demográfica, justificada pelo crescimento acelerado da população, conhecido, na época, como “explosão demográfica”. O objetivo principal, ou quase único, dos programas era reduzir a natalidade para deter ou diminuir o crescimento populacional.

Como conseqüência, avaliavam-se os programas basicamente por indicadores quantitativos tais como anos proteção casal, prevalência anticoncepcional, número de novas usuárias de métodos, etc, sem levar em conta a satisfação da usuária e outros fatores qualitativos.

Avaliações mais cuidadosas dos programas mostraram terem sido atingidos os objetivos demográficos, em grande parte, e ter a velocidade do crescimento da população na América Latina diminuído significativamente. No entanto, estes programas não promoveram uma melhoria do nível de saúde das mulheres nem da sua qualidade de vida. Na maioria dos programas, os objetivos demográficos foram alcançados através de privilegiarem-se ações que visavam a recrutar grandes números de novas usuárias de métodos de alta eficácia, sem dar a devida importância às necessidades ou preferências das mulheres. Além disso, os programas não promoviam ações visando à continuidade de uso da anticoncepção. As avaliações dos programas de introdução das pílulas têm mostrado que a aceitação inicial deste método era muito alta, porém menos de 50% das mulheres completavam um ano de uso, mesmo quando não desejavam uma nova gravidez.

A falta de preocupação com a qualidade, traduzida principalmente na falta de escolha livre e a deficiência de informações fornecidas às usuárias, tinham, como conseqüência, uma alta proporção de mulheres que aceitavam algum método, e, apesar de usarem, engravidavam pois não o utilizavam corretamente. Eram também freqüentes os casos de mulheres que suspendiam o uso dos métodos por efeitos secundários e ficavam grávidas antes de iniciarem um novo método, pois não haviam sido devidamente orientadas e/ou não tinham facilidade de acesso aos serviços. A falta de orientação também explica o alto número de mulheres que, por usarem métodos de forma inadequada, apresentavam problemas ou efeitos que, na opinião delas, eram decorrentes do uso de tais métodos. Tudo isso, sem dúvida, contribuiu para perpetuar crenças sobre os diferentes métodos anticoncepcionais, de maneira que as mulheres têm desconfiança para usá-los, reforçando a idéia de que a ligadura de trompas é a melhor opção. Avaliações qualitativas de vários programas mostraram também que as mulheres eram induzidas a usar os

métodos que os provedores decidiam e escolhiam para elas, tendo um papel praticamente nulo no processo da escolha do seu método anticoncepcional.

Somente na década de 1980 começou a aparecer, de maneira formal, o conceito de qualidade da atenção em planejamento familiar. Inicialmente, em programas oferecidos por organizações não governamentais, em alguns países em desenvolvimento, estimulados por grupos que começaram a reivindicar o direito de as mulheres decidirem e que apontaram a necessidade de estudar melhor as conseqüências dessa falta de informação e da falta de qualidade de atenção à saúde da mulher. Esses grupos argumentavam que os benefícios de reduzir a alta fertilidade e os abortos induzidos poderiam perder-se caso não fossem prevenidos os efeitos negativos sobre a saúde da mulher, do uso inadequado dos métodos.

Ainda que estes primeiros programas tenham sido planejados e desenvolvidos sem a participação da comunidade beneficiária das ações, alguns grupos, motivados pelo impacto dos problemas da saúde reprodutiva no nível de vida da população, começaram a modificar os objetivos dos programas de planejamento familiar, para incluir a atenção de outros problemas com uma concepção de atenção integral.

Deve-se, também, reconhecer a grande influência do movimento feminista internacional e dos grupos organizados de mulheres locais, em diferentes países, na manutenção do interesse pela qualidade da atenção e de transformar o atendimento em planejamento familiar em um atendimento integral à saúde da mulher, em vez de manter só objetivos quantitativos demográficos.

Na mesma década de 1980, publicaram-se vários artigos questionando os programas de planejamento familiar com orientação demográfica, mostrando que, na maioria deles, os serviços eram oferecidos de maneira autoritária, considerando as mulheres como objetos em vez de serem os sujeitos dos serviços. Esse debate abre uma oportunidade para a volta de uma atenção mais humanizada e para uma filosofia de atenção centrada na usuária, ou seja, serviços de planejamento familiar baseados na perspectiva da usuária (Hull, 1996). “Ao focalizar números globais de população e projeções, podemos deixar de prestar atenção à importância e à necessidade urgente de melhorar a qualidade de vida das pessoas. A pergunta que devemos nos fazer é, como poderíamos, na década de 1980, fazer com que as necessidades, desejos e problemas das pessoas que usam (ou desejam usar) anticoncepcionais sejam o centro da atenção e o objetivo dos serviços de planejamento familiar” (Zeidenstein, 1980).

Na mesma época, na indústria japonesa começaram a ter cada vez mais destaque os programas de Gerenciamento com Qualidade Total (GQT), que passaram a ser adotados também em outros países e por outros setores fora da indústria, tais como a saúde. Esses programas salientam a importância de entender as necessidades dos clientes, centrando-se no processo de entrega dos serviços e promovendo o trabalho em equipe para a melhoria da qualidade. A disponibilidade destes modelos, incluindo seus programas de treinamento, foi um dos fatores determinantes do esforço de melhorar a qualidade nos serviços, entre eles a saúde. “O sucesso destes programas tem sido tão evidente e a sua lógica tão atrativa e estimulante que muitos serviços, incluindo os serviços de saúde estão tentando descobrir como aplicar estes princípios” (Meeker, 1994).

Um importante avanço na evolução do conceito de qualidade da atenção surgiu em 1989 com a proposta de um marco teórico que descreve seis elementos como fundamentais

para caracterizar a qualidade da atenção em planejamento familiar: I) livre escolha de métodos, II) informação aos usuários, III) competência técnica dos provedores, IV) relações interpessoais clientes-provedores, V) continuidade e seguimento e VI) constelação apropriada de serviços (Bruce, 1989).

Este marco conceitual tem demonstrado ser efetivo e útil na implementação e avaliação de programas para a melhoria da qualidade. Atualmente um novo elemento tem sido agregado ao marco original: o acesso aos serviços.

Usaremos esse marco como referência para o texto. A proposta é fazer um reconhecimento de como tem sido a evolução do Planejamento Familiar no Brasil dentro dessa perspectiva de qualidade, e trazer para a discussão aspectos pouco discutidos, como as possibilidades de mudanças.

### **Qualidade da atenção em planejamento familiar no Brasil: estado atual.**

A evolução da aplicação do conceito de qualidade da atenção em planejamento familiar no Brasil foi semelhante à observada em outras regiões. Na década de 1960, os programas de planejamento familiar, fundamentalmente de Organizações Não Governamentais (ONGs), tinham uma orientação claramente demográfica e davam prioridade quase exclusiva ao cumprimento de objetivos quantitativos, com escassa ou nula importância à satisfação individual das usuárias e ao nível de qualidade da atenção oferecida.

O planejamento familiar foi muito controverso no Brasil e o governo brasileiro nunca adotou um programa oficial a respeito. Contudo, alguns serviços dependentes do Ministério da Saúde ou da Previdência Social adotaram programas isolados de planejamento familiar. Não há dúvida de que, pela falta de um programa oficial ou, pelo menos, de uma autorização explícita, o planejamento familiar não era privilegiado nas ações de saúde e o acesso a alguns métodos era difícil mesmo nas consultas privadas. Essa situação persistiu mais ou menos invariável até a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984.

O PAISM estabelece que os componentes fundamentais do atendimento integral à saúde da mulher são o atendimento pré-natal, a prevenção do câncer ginecológico, a prevenção das doenças de transmissão sexual (DST) e o planejamento familiar, considerando estes quatro fatores como indispensáveis e igualmente importantes. Em consequência, os serviços de atenção à saúde da mulher deveriam oferecer o planejamento familiar como parte do PAISM, da mesma forma que os outros componentes do programa, nunca isoladamente. A proposta do PAISM significou um marco na evolução da abordagem à saúde da mulher. Entretanto, a atenção integral e o conceito de saúde reprodutiva, que significam incorporar a mulher em todo seu ciclo vital considerando a adolescência e o climatério e incluir os homens, ainda está no campo teórico, e tem sido implementado em poucos serviços.

Apesar de o PAISM estabelecer que todos os serviços devem ter a mesma prioridade, a tradição materno-infantil dos programas de saúde, somada à crônica falta de recursos no setor público, levou a que os recursos em saúde continuassem sendo reservados, prioritariamente, para o atendimento pré-natal e, em segundo lugar, para câncer cérvico-

uterino, mantendo o planejamento familiar e as doenças sexualmente transmissíveis num segundo plano.

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, ciente das necessidades da área do planejamento familiar, tem aumentado suas ações nesta área, incrementando esforços na capacitação do pessoal e implementando atividades para garantir um adequado suprimento de materiais. Com o estabelecimento do SUS (Sistema Único de Saúde), tem aumentado o número de ações em planejamento familiar que são pagas pelo sistema, tais como a inserção do DIU, a medição do diafragma e as ações educativas; mas ainda existem sérias deficiências nos serviços de planejamento familiar, não só na qualidade da atenção mas também no acesso aos diferentes métodos anticoncepcionais.

A taxa de fecundidade total tem tido uma significativa diminuição nos últimos anos, chegando a níveis praticamente iguais aos observados em países do primeiro mundo, com serviços de saúde mais desenvolvidos. O crescimento demográfico, conseqüentemente, tem sido menor e levado a mudanças da estrutura da população que começa também a ser semelhante à dos países desenvolvidos. Esta baixa fecundidade coincide com uma taxa de prevalência de uso de anticoncepcionais muito alta (prevalência total de 76,7% das mulheres unidas em idade reprodutiva) similar também às encontradas nos países desenvolvidos (BEMFAM, 1996).

Esta avaliação quantitativa global poderia levar à conclusão de que o planejamento familiar é de alta qualidade no Brasil. Contudo, uma análise detalhada dos indicadores numéricos aponta que existem deficiências de qualidade.

Em primeiro lugar, os dados mostram que os únicos métodos realmente usados no Brasil são a esterilização cirúrgica (55,7% das mulheres que usam anticoncepcionais já foram esterilizadas ou moram com um vasectomizado) e a pílula, usada por 27% das mulheres que declararam estar usando algum método anticoncepcional. Outros métodos são utilizados por uma proporção muito baixa da população. Só 4,4% das mulheres unidas declararam que seus parceiros usam preservativos habitualmente. Chama também a atenção que só 5,2% dos homens entrevistados declararam usar condons (BEMFAM, 1996).

Por outro lado, as estimativas mais confiáveis indicam que o número de abortos no Brasil é de aproximadamente 1.000.000 (800.000-1.400.000) por ano e que uma alta proporção deles é induzido, denotando haver, ainda, uma demanda insatisfeita de anticoncepção (Allan Guttmacher Institute, 1994). Também vale a pena salientar que a porcentagem de falha de alguns anticoncepcionais, detectada por estudos populacionais, é muito maior que a taxa teórica de falha. Por exemplo, estudos populacionais mostram uma taxa de falha da pílula de 5% por ano contra uma taxa de falha teórica de 0,1%. (Hatcher et al., 1997). Essa taxa de falhas dos anticoncepcionais orais, mais alta que a observada na Europa ou nos Estados Unidos, também indica que uma alta proporção das mulheres está tomando as pílulas sem receber informação e orientação adequadas.

O uso quase exclusivo de dois métodos reflete falta de acesso efetivo a vários métodos. A alta taxa de aborto sugere que, além da falta de acesso, o uso inadequado dos métodos está levando a altas taxas de gravidez indesejada.

Além dos indicadores quantitativos, existem dados de pesquisas qualitativas e da observação diária dos serviços que ilustram alguns problemas na qualidade da atenção

em serviços de planejamento familiar. Esses incluem deficiência da competência técnica dos provedores, falta de ações educativas, falta de materiais, incluindo métodos anticoncepcionais, falta de seguimento adequado e, de um modo geral, a falta de uma atenção integral que focalize a usuária e proporcione uma atenção mais humanizada (WHO, 1994).

A seguir, apresentamos uma análise mais detalhada da situação atual da qualidade da atenção em planejamento familiar, no Brasil, no contexto da saúde reprodutiva, para a qual utilizaremos, como referência, o marco conceitual de Judith Bruce.

A maioria dos dados para esta análise foi recolhida de um estudo qualitativo sobre as necessidades de introdução de anticoncepcionais no Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde (MS), em colaboração com o Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas (CEMICAMP), a Organização Mundial da Saúde (OMS), Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a União Brasileira de Mulheres (WHO, 1994), e de dados de duas análises situacionais realizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados de Ceará e Bahia, em colaboração com o Population Council (Noble, J, et al, 1998-a), (Noble, J, et al, 1998-b).

a) Livre escolha de métodos.

Existem muitas restrições à livre escolha, derivadas, por um lado, da falta de opções anticoncepcionais e, por outro, pela atitude dos próprios provedores. O acesso a alguns métodos é quase inexistente, como por exemplo, no caso do diafragma. São poucos os serviços que têm o método disponível e com pessoal treinado para sua utilização. Este é só um exemplo, porém restrições estendem-se a outros métodos como o DIU, os injetáveis, etc. As dificuldades de acesso afetam, em alguns serviços, também os métodos mais prevalentes como a pílula e a laqueadura. É importante salientar que a falta de acesso a alguns métodos pode dever-se a falhas estruturais dos serviços, como falta de pessoal treinado ou de suprimentos ou falhas no sistema de distribuição, quer porque estes não são comprados, quer pela falta real deles.

Além do acesso, a livre escolha está afetada também pela falta de capacitação adequada dos provedores de serviços em relação ao componente de educação/orientação, ou seja, à maneira como devem ser oferecidos os métodos. Embora tenha sido feito um importante esforço para difundir o conceito de que o planejamento familiar é um direito que envolve uma livre escolha de métodos, poucos são os provedores que realmente possibilitam tal escolha. A grande maioria dos serviços indica ou prescreve os métodos de acordo com as preferências dos provedores ou da disponibilidade de métodos. A maioria dos provedores continua tendo uma atitude paternalista e/ou autoritária, decidindo pelas usuárias, sem considerar as suas reais necessidades, o seu direito e a sua capacidade de decidir. Existe, entre os médicos, uma tendência a considerar que a população está muito mal informada e não tem capacidade para entender os métodos, razão pela qual eles devem escolher pelas usuárias.

Além disso, os serviços públicos de planejamento familiar não oferecem acesso livre aos homens, que têm restrições até para obter condons nesses locais. A grande maioria dos serviços oferece condons só para companheiros ou maridos das usuárias. Outros homens habitualmente não têm acesso.

O acesso a diferentes métodos também é restrito pela falta de treinamento técnico dos provedores. Em muitos serviços, os provedores não estão preparados para oferecer alguns métodos (DIUS e injetáveis, por exemplo) e ainda mais, muitos espalham rumores e preconceitos contrários aos métodos, não baseados em critérios científicos. Não é difícil encontrar médicos que não inserem DIUs porque acreditam ser um método abortivo, ou não oferecem Depo-provera pois acham que dá câncer de mama ou produz esterilidade. O acesso aos métodos de percepção da fertilidade, como o Billings, ou o método do calendário, também é restrito pela falta de preparo dos profissionais para o seu manejo.

b) Informação aos usuários.

Em geral, a informação oferecida às usuárias não é completa nem imparcial. Novamente, a falta de treinamento, somada à falta de material educativo atualizado e de boa qualidade, leva a que se passe informação incorreta e incompleta. Mesmo nos serviços em que existem materiais e os provedores estão mais atualizados, a entrega de informação, habitualmente, é feita de maneira vertical, sem permitir a participação da usuária, ou seja, não se considera o que a usuária já sabe, nem o que ela deseja saber. É comum que as usuárias recebam uma enorme quantidade de informações, às vezes detalhada, sobre coisas que não precisam ou não desejam saber, e não tenham a oportunidade de perguntar aspectos que são realmente importantes para elas. Além disso, são poucos os profissionais que investigam e desconstruem os mitos, crenças e informações equivocadas.

A falta de informação adequada afeta não só a escolha de métodos, mas também aspectos fundamentais relacionados com o acompanhamento clínico e com os efeitos colaterais mais frequentes durante o uso do método e de como agir quando eles ocorrem. É comum que algumas mulheres interrompam o uso de um método anticoncepcional simplesmente por não saber o que fazer frente a algum efeito secundário, ou outra intercorrência, por exemplo, um pequeno sangramento, falta de menstruação nos sete dias em que a mulher não toma a pílula, esquecimento de um ou mais comprimidos, ou aumento de sangramento em usuária de DIU, etc.

Muitas vezes as mulheres não são informadas sequer de qual é o esquema de acompanhamento ou a quem recorrer em casos de efeitos secundários e/ou complicações.

c) Competência técnica dos provedores.

Analisaremos agora a competência técnica, sem considerar a competência em relação às relações interpessoais, que inclui a entrega de informação e de orientação às usuárias, já analisada, mas sem esquecer que as deficiências naquela área também comprometem a competência técnica e são cruciais na determinação da qualidade dos serviços.

É difícil generalizar ao se analisar a competência técnica no Brasil, já que existem grandes diferenças entre as regiões. Ainda mais, é frequente observar grandes diferenças no nível de qualidade entre serviços de uma mesma cidade ou bairro. No entanto, apesar dessas variações, podemos afirmar que, em geral, as principais deficiências em competência técnica são:

- Falta de treinamento em planejamento familiar. O problema começa pelo fato de que a grande maioria das faculdades de medicina e enfermagem não incluem o ensino de planejamento familiar nos seus currículos. Aquelas que o fazem

focalizam somente as informações em relação aos métodos anticoncepcionais, deixando de lado aspectos como a sexualidade, técnicas de comunicação, etc.

- Falta de atualização. Muitos médicos não conhecem as características dos métodos modernos, não estão atualizados em relação aos critérios de elegibilidade, nem em relação aos tratamentos dos efeitos secundários e/ou complicações. A não atualização acontece, em parte, por falta de opções para treinamento e visibilidade do tema em congressos ou outras reuniões científicas. Também é importante salientar que não há literatura atualizada sobre planejamento familiar em português. O Ministério da Saúde, ciente deste problema, tem se esforçado para desenvolver uma norma de atenção em planejamento familiar, que seja atualizada periodicamente. A norma foi publicada em 1992 e atualizada em 1996. Infelizmente, esta norma é pouco difundida entre médicos e geralmente não se encontra disponível nas unidades de saúde, o que se constatou no estudo qualitativo anteriormente citado (WHO, 1994). Isso também contribui para que muitas das condutas adotadas nos serviços estejam bastante desatualizadas e não sigam a norma aprovada.
- A concentração das ações e responsabilidades no médico também diminui a competência técnica com que se executam algumas atividades. Por exemplo, consultas de acompanhamento de usuária de pílula ou injetável e, inclusive de DIU, poderiam ser executadas por enfermeiras e/ou auxiliares treinadas. Alguns serviços têm demonstrado que até as inserções de DIU podem ser executadas por enfermeiras, com o mesmo nível de competência ou ainda melhor do que quando são feitas por médicos (Diaz et al, 1992). Além disso, o profissional de enfermagem dedica mais tempo para a mulher, pelo contrário, o médico, habitualmente, atende as consultas em curtíssimo tempo, sem dar à mulher muitas possibilidades de falar e perguntar sobre as suas dúvidas ou problemas.
- Finalmente, mas não menos importante, existe pouca preocupação com a competência técnica do pessoal não médico (auxiliares, recepcionistas, etc) que, às vezes, interfere na qualidade dos serviços. Esta interferência negativa é muito clara quando pessoal não treinado transmite e reproduz preconceitos e mitos injustificados sobre os métodos, o que dificulta a sua aceitação por parte das usuárias.

d) Relações interpessoais clientes-provedores.

As relações clientes-provedores, em geral, não cumprem o papel educador que deveriam cumprir e não contribuem para melhorar o nível de satisfação das usuárias nem a qualidade da atenção. As causas desse fato são múltiplas, mas todas têm em comum o desequilíbrio de poder entre os provedores e as usuárias. Os primeiros têm o poder do conhecimento e o de decisão, e as usuárias, pelo desequilíbrio social ou cultural, não conseguem fazer valer seu direito de serem adequadamente informadas. Este desequilíbrio se traduz numa relação unilateral, na qual o provedor sabe, decide, explica e prescreve e a usuária desconhece, não se lhe permite perguntar, e deve acatar e obedecer as decisões, mesmo sem entendê-las.

Consideramos que isto se deve, em primeiro lugar, à tradição médica e ao ensino dos profissionais de saúde, que privilegiam os aspectos técnicos e não incluem, ou incluem pouco, aspectos psicossociais e de comunicação. O médico não está treinado para dialogar nem para explicar suas decisões. Ele é treinado para decidir, prescrever e ser

responsável pela saúde das pessoas. Além da diferença cultural, embora isso esteja mudando, a maioria dos médicos era de homens, numa sociedade na qual a autoridade masculina se aceita mais ou menos incontestavelmente, o que acentua o desequilíbrio da relação mulher-provedor.

Há também outro fator que interfere negativamente nas relações, que é a falta de tempo. Ao menos no setor público, de acordo com vários estudos, o tempo médio de cada consulta é menor que os 15 minutos estabelecidos como apropriados pelo CRM, e, em alguns serviços, o tempo médio de consulta não chega a cinco minutos. Há várias razões para explicar esta situação, mas é muito claro que um tempo tão curto de consulta não permite uma relação médico-paciente ou provedor-usuária satisfatória.

Infelizmente, destinar um tempo tão curto a cada consulta não depende sempre só da disponibilidade real de tempo. Já existe uma cultura de dar um atendimento apressado, uma vez que, pelos baixos salários do setor público, os médicos precisam ter dois ou três empregos. Não é estranho confirmar que médicos contratados por quatro horas atendem 16 pacientes em duas horas ou algo mais, para irem a outro emprego, em vez de oferecer pelo menos 15 minutos a cada paciente, de acordo com a resolução do CRM. Inclusive quando há menos pacientes, o médico terminará o atendimento ainda mais cedo, mas não dará maior tempo de atenção às usuárias. Por isso, não é ocasional confirmar, como aconteceu nos estudos referidos anteriormente, que as consultas de planejamento familiar reduziam-se a poucas perguntas e, na maioria delas, não se realizava sequer um exame especular, mesmo em usuárias de DIU. O resultado é ainda pior se avaliarmos a freqüência com que se realiza exame preventivo de mama nas consultas realizadas por médico, mesmo quando algumas pacientes referiram queixas mamárias.

e) Continuidade e seguimento.

Há consenso entre os prestadores de serviços e pesquisadores em planejamento familiar de que um adequado acompanhamento clínico das usuárias de métodos anticoncepcionais é benéfico tanto para as usuárias como para o serviço.

Para as usuárias, porque permite detectar possíveis complicações em estágio inicial, evitando tratamentos difíceis, caros e prolongados. Para os serviços, porque significa reduzir o número de consultas por intercorrências. Um serviço que mantém um sistema de acompanhamento clínico satisfatório terá um menor número de consultas por intercorrências.

Apesar de estes fatos serem amplamente conhecidos e aceitos, os serviços não implementam programas efetivos para estimular o acompanhamento. Os objetivos do acompanhamento não são claramente explicados às usuárias, que não entendem por que elas têm que voltar repetidamente se não apresentam sintomas que justifiquem uma consulta. Ainda mais, as consultas de acompanhamento habitualmente são demoradas e de baixa qualidade, o que desestimula as usuárias a voltarem.

Outro fator é, novamente, a aparente falta de recursos. Devido às deficiências do sistema de acompanhamento, muitas mulheres solicitam consultas por intercorrências, que poderiam ter sido evitadas se o acompanhamento fosse mais eficiente. Isto cria um círculo vicioso, em que não se marcam consultas de acompanhamento porque não há vagas, o que gera um número maior de consultas de urgência por efeitos secundários ou complicações.



Uma das conseqüências deste problema é uma redução da taxa de continuação da anticoncepção porque muitas mulheres abandonam o uso dos métodos por medo, insegurança ou por não saberem o que está acontecendo com elas.

f) Constelação apropriada de serviços.

Em nível internacional, a preocupação principal tem sido estimular que os serviços de planejamento familiar que, habitualmente trabalham isoladamente, incorporem uma gama de outros serviços, especialmente prevenção de câncer de colo e de mama e atenção às DST/HIV-AIDS. Com certa freqüência, mulheres clientes de serviços de planejamento familiar apresentavam doenças graves do colo do útero ou de mama, que podiam ter sido detectadas precocemente durante as consultas de acompanhamento dos métodos anticoncepcionais.

A situação, no Brasil, não é muito diferente. Tem sido difícil incorporar o planejamento familiar como parte do PAISM, tendo a mesma prioridade que o pré-natal. A cultura médica, baseada nos programas materno-infantis, fazia com que o planejamento familiar fosse considerado um serviço secundário.

O citado estudo do CEMICAMP, Ministério da Saúde e da OMS (WHO, 1994) apontou que muitos serviços colocavam entraves burocráticos para o atendimento em planejamento familiar por não terem capacidade de atender toda a demanda existente. Um dos exemplos mais claros é a exigência que muitos serviços fazem às usuárias de ter um resultado de uma citologia oncológica (CO) normal antes de inserir um DIU (WHO, 1994). Existem evidências de que, apesar da CO ser necessária, e sua coleta rotineira deve ser estimulada, não há nenhuma razão científica para recomendar que seja um requisito prévio à inserção do DIU. Alguns diretores de serviços entrevistados reconheceram que a razão para pedir a CO era basicamente para demorar a inserção e reduzir a demanda de serviços.

É importante salientar que a incorporação do planejamento familiar aos serviços de atenção à mulher está inserida em um processo de aceitação mais generalizada destes serviços, especialmente pelas autoridades de saúde e dos provedores. A implementação do PAISM tem contribuído para validar ou legitimar o planejamento familiar, proporcionando treinamento aos provedores e promovendo a implementação de centros docente-assistenciais para oferecer atendimento de boa qualidade em anticoncepção.

O processo tem tido grandes sucessos e alguns insucessos, e não se tem alcançado a cobertura esperada. Por outro lado, o processo tende a expandir-se, e já são muitos os municípios ou estados que estão promovendo programas para incorporar efetivamente o planejamento familiar aos serviços de saúde da mulher. Estes esforços também têm contribuído, de maneira muito importante, para mudar as atitudes dos provedores, especialmente médicos, em relação ao planejamento familiar e a alguns métodos específicos. É claro o exemplo das restrições ao uso do DIU, que começaram a diminuir significativamente após declarações do Ministério da Saúde, reconhecendo-o como um método legítimo, que deveria ser oferecido como uma opção dentro de um contexto de escolha livre e informada.

Sem esquecer que as generalizações, no Brasil, podem conduzir a simplificações, nos atrevemos a afirmar que a qualidade da atenção em planejamento familiar tem

melhorado de maneira importante, mas ainda falta um longo caminho a percorrer para que estes serviços estejam efetivamente implementados e ofereçam uma ampla gama de métodos anticoncepcionais.

Falta muito, também, para que a livre escolha seja uma realidade, o acompanhamento seja adequado e que todos os serviços estejam integrados, de maneira que, realmente, ofereçam atenção à saúde reprodutiva, incluindo serviços para homens e para adolescentes.

Tanto o estudo com a OMS quanto as análises de situacionais mostraram que, em geral, o planejamento familiar está implementado em aproximadamente 50% dos centros ou postos de saúde que oferecem algum tipo de atenção à saúde da mulher, mas que menos da metade destes serviços oferece um planejamento familiar de boa qualidade, que inclua toda a gama de métodos anticoncepcionais aprovados no país. Além disso, existem deficiências importantes de coordenação entre os serviços e os sistemas de referência e contra-referência. Isso leva a um grande desperdício de recursos, já que muitos exames laboratoriais, às vezes de alto custo, são repetidos em diferentes serviços, simplesmente porque a informação entre serviços não flui com a eficiência e velocidade necessárias.

### **Estratégias de Mudança: Um Desafio Possível**

Para pensar em modificações que favoreçam a melhoria da qualidade de atenção, é necessário, em primeiro lugar, definir o que se entende por uma boa qualidade de atenção e qual o ponto a que se quer chegar.

Reconhecendo que existem muitas definições de qualidade, trabalharemos com uma que considera, como pilares, os marcos de referência de nosso trabalho: direitos sexuais e reprodutivos, saúde integral e saúde sexual e reprodutiva.

“Boa qualidade de atenção é aquela que proporciona o máximo bem-estar à pessoa usuária, desde o ponto de vista de suas necessidades, dos seus direitos humanos, de suas expectativas e do seu *empowerment*” (Matamala & Osorio, 1996).

Também é importante considerar que a qualidade de atenção está condicionada por fatores que dependem:

1. Do sistema de saúde de um modo geral;
2. Das pessoas que proporcionam a atenção nos diferentes níveis; e
3. Da população que consulta esses serviços.

Portanto, ao pensar em mudanças para melhorar a qualidade dos serviços, por existirem múltiplos fatores que podem influenciar o nível da qualidade, nesses três âmbitos (sistema, provedores e usuárias), consideramos ser fundamental, antes de iniciar qualquer atividade, realizar uma avaliação diagnóstica, com o fim de identificar as estratégias mais apropriadas, de acordo com as características específicas de cada serviço.

Ao analisar as experiências de muitos serviços de saúde que têm trabalhado na melhoria da qualidade de atenção, e pela nossa própria experiência de trabalho no projeto

“Melhoria da Qualidade de Atenção em Saúde Reprodutiva”, aplicando a estratégia da OMS para introdução de métodos anticoncepcionais, consideramos ser possível melhorar a qualidade e existirem muitos caminhos possíveis. Dentre eles, podemos mencionar aumento da competência técnica e motivação dos provedores, mudanças do ensino nas faculdades, treinamento, reestruturação administrativa, aumento do número de serviços disponíveis para melhorar o acesso, etc.

Estamos cientes de todas essas possibilidades e não pretendemos negar sua importância. Neste trabalho, porém, abordaremos três aspectos que permeiam o sistema de saúde, os provedores e a população usuária, que, na nossa opinião, são fundamentais para se obterem mudanças permanentes, mas que têm sido pouco discutidos em relação à qualidade da atenção. Esses três aspectos são: a participação, o enfoque de gênero e abordagem da sexualidade, e a educação.

O fato de tratar esses três aspectos separadamente tem uma finalidade puramente didática, mas estamos cientes de que os três estão intimamente interligados e se influenciam mutuamente. A escolha, para análise, em primeiro lugar, da participação, depois o enfoque de gênero e a abordagem da sexualidade e, finalmente, a educação não significa que consideremos algum desses fatores mais importantes. Os três aspectos são igualmente relevantes e fundamentais para a melhoria da qualidade.

### **a) Participação**

Ao se analisarem os programas de saúde e a entrega de serviços em saúde reprodutiva, observa-se que, com frequência, eles não priorizam a solução das reais necessidades da população usuária, (principalmente constituída por mulheres), muitas vezes por não as conhecer.

Naila Kabeer (1994) critica o desenvolvimento de programas e os sistemas de atenção, dizendo estarem as raízes para as falhas na ausência da voz das mulheres da comunidade na definição de necessidades, nas políticas e no desenho e implementação de programas (Kabeer, 1994).

As mulheres, tradicionalmente, têm sido vistas como “clientes passivas que necessitam ser iluminadas e puxadas e não como atoras competentes, que têm sido limitadas pela sociedade, que são capazes de tomar decisões, articulando prioridades e tomando responsabilidades”, (Kabeer, 1994).

Seu ponto de vista coincide com a dinâmica das políticas e o desenvolvimento dos programas de saúde reprodutiva na América Latina. As mulheres são vistas como pacientes, como recipientes de informações e de indicações de alguém que decide “o que é bom para elas”.

Numa avaliação diagnóstica realizada em várias cidades do país, constatamos que as mulheres têm dificuldades de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, tendo que esperar numa fila, muitas vezes desde a meia noite, para conseguir agendar uma consulta. Ainda mais, quando realizada essa consulta, ela é curta, pobre em qualidade e habitualmente não resolve o problema de forma integral, o que faz com que a mulher procure consulta em outros lugares e/ou volte à unidade de saúde em repetidas oportunidades, buscando uma solução ao problema.

Baseados em nossa experiência, acreditamos que a participação das mulheres no processo de diagnóstico, intervenção e avaliação dos serviços é um dos mecanismos fundamentais para garantir o compromisso dos programas com mudanças que realmente beneficiem a população usuária. No entanto, conseguir real participação é difícil, já que implica uma série de mudanças sociais, incluindo o sistema de poder existente na sociedade.

Muitos pesquisadores têm realizado pesquisas participativas, cuja essência consiste no compromisso de partilhar o poder com pessoas, com e para quem os investigadores trabalham. A pesquisa de ação participativa está inspirada, entre outros, em Paulo Freire, que nos seus ensinamentos e publicações insistia em que “é fundamental que as pessoas participem desde sua própria experiência, no processo de construção do conhecimento” (Cornwall & Jewkes, 1995).

Se analisarmos qual é a participação comunitária na maioria dos serviços de saúde, observaremos que, mesmo quando existem instâncias que legitimam o poder de participação, como são os conselhos de saúde, a real participação está distante de acontecer. Algumas das razões que explicam a limitação na participação se relacionam com a própria história dos serviços de saúde, com a história das mulheres, com os modelos médicos e a formação de profissionais e com o sistema político que mantém um sistema social desigual.

Em relação ao modelo médico, encontramos um ponto crucial que impede a participação da comunidade. Em primeiro lugar, se analisarmos o conceito de saúde integral, que considera o bem estar pleno das pessoas nas suas dimensões biológica, psicológica, e social, ao longo de todo ciclo vital, na prática constataremos que a saúde continua a ser considerada como ausência de doenças. Com isto, a maioria dos programas dá maior ênfase ao tratamento e recuperação do que à prevenção, e a promoção da saúde é quase inexistente.

Desta maneira, o ensino, e logo a prática médica e os programas focalizam mais as doenças que as pessoas. É comum ver que as pessoas são reunidas por rótulos, tais como alto risco, hipertensão, diabetes, câncer cérvico uterino, focalizando-se a patologia e não a pessoa, perdendo esta a sua especificidade psicológica e social, mantendo apenas a característica que a iguala a outras, que é a patologia. Tudo isto reforça a desigualdade de poder que existe entre o médico ou o profissional de saúde e a(o) usuária(o), colocando o poder do saber no médico e a posição do não saber, portanto dependente e passiva, na(o) usuária(o), que aceita e não participa das decisões em saúde reprodutiva. Assim, temos o médico que decide “você não pode ter mais filhos, é melhor fazer uma ligadura de trompas”. E a mulher diz: “eu operei porque o médico achou que era melhor para mim”. No entanto, como a mulher não participou da decisão, somente aceitou, posteriormente arrepende-se, e vivencia uma série de situações que prejudicam a sua saúde integral. Várias pesquisas têm apontado que é cada vez maior o número de mulheres que se arrependem de ter feito a ligadura tubária. No estado de São Paulo, entre 10 e 20% das mulheres laqueadas estão arrependidas (Bahamondes, et al., 1992 – Barbosa, et al., 1994 – Pinotti et al., 1986).

Atualmente, a participação comunitária faz parte de todos os discursos nos diferentes âmbitos, e aparece como uma solução mágica. Entretanto, não se define com clareza como deveria ser essa participação e também não se discutem os pontos de resistência a ela que se encontram vigentes no cenário político e social. Isso é muito claro na nossa

região, pela nossa história recente de governos autoritários ou ditatoriais, que têm sido muito ativos em restringir a participação social.

Se analisarmos a participação das mulheres nos programas de saúde reprodutiva, constataremos ser ainda pior a situação, pois as mulheres que deveriam ter sido as protagonistas do processo, têm enfrentado uma dupla barreira que as tem mantido excluídas do sistema. Primeiro, as restrições políticas à participação popular nos processos sociais de um modo geral, e, em segundo lugar, pela desigualdade de poder entre homens e mulheres ainda existente, devido à construção social dos papéis de gênero.

Consideramos que, para melhorar a qualidade de atenção, é prioritário começar por mudar o modelo de atenção em saúde vigente, para o que é fundamental implementar efetivamente a participação social. Reconhecemos que este é um processo complexo, que implica a intervenção dos atores e grupos sociais organizados, para alterar a relação Estado-Sociedade, visando ao aumento progressivo da sua influência no processo de tomada de decisões e no controle dos recursos.

Nos últimos anos, os movimentos organizados de mulheres têm lutado e ocupado espaços de participação social com grandes avanços para a melhoria da qualidade de atenção. É importante, porém, que os provedores de saúde, investigadores médicos e cientistas sociais trabalhem de uma maneira integrada com os movimentos de mulheres, de maneira a conseguir concretizar esse processo de participação social que beneficie mulheres e homens em nossa sociedade.

#### **b) Enfoque de Gênero e abordagem da sexualidade:**

A incorporação do enfoque de gênero nos programas de saúde sexual e reprodutiva é o grande desafio que deve ser prioritário, se quisermos realmente melhorar a qualidade de atenção e de vida das mulheres e homens, na esfera da sua saúde sexual e reprodutiva.

O conceito de gênero muitas vezes é usado como sinônimo de sexo, e isto conduz à crença de que o sexo biológico determina características específicas para mulheres e homens. Por exemplo, se diz: “a mulher é mais frágil ou o homem é mais durão”, ou “a mulher tem mais jeito para cozinhar”, e quando o homem tem mais jeito para cozinhar, se diz que “ele é afeminado”. Para compreender o conceito de gênero, é preciso sair da esfera biológica. Por outro lado, que a mulher engravide e amamente depende da biologia, mas que seja ela que cuide dos filhos, que lave as fraldas, é uma determinação social e cultural. Em outras palavras, gênero refere-se à construção social do papel da mulher e do homem e às relações estabelecidas entre eles.

Essa relação tem sido de desigualdade e iniquidade. A mulher tem sido dominada e subordinada às decisões dos homens, o que levou a terem as mulheres menores possibilidades em todos os âmbitos. Essa construção social do papel da mulher e do homem é um processo que começa desde antes do nascimento e, ao longo da vida, prepara a mulher para assumir as tarefas de casa e da criação dos filhos.

Deste modo, a construção da identidade de gênero é um processo diferente do sexo biológico. Se nasce uma menina ou um menino, a família, a escola, a sociedade como um todo lhes ensinam a caminhar, a sentar-se, a correr, a comportar-se, a sentir, a pensar,

etc. Por exemplo, menina não senta com perna aberta, menino não chora, menina brinca de panelas e de bonecas, menino brinca de carrinho e de bola. E assim, desde cedo, os meninos começam a viver representando um papel que lhes outorga poder, autonomia e liberdade. Meninos, por exemplo, não são obrigados a arrumar o quarto, a passar roupa, etc, eles brincam na rua. As meninas, pelo contrário, brincam dentro de casa e são obrigadas a ajudar a mãe nas tarefas domésticas.

Quando brincam juntos, de papai e mamãe, as mulheres cuidam da casa e dos filhos, enquanto os meninos, copiando o modelo masculino, saem para trabalhar, se divertem e tomam decisões. Quando brincam de guerra, as mulheres são as enfermeiras que cuidam dos enfermos, ou as cozinheiras que preparam as comidas para os valentes guerreiros.

Embora nos últimos anos essa situação tenha começado a mudar, ainda se conceitua o masculino como superior e o feminino como inferior e se perpetuam, de geração em geração, as relações desiguais de poder em torno de quatro eixos: a sexualidade, a reprodução, o trabalho e o poder público (Matamala & Osorio, 1996).

A sexualidade é um dos aspectos fundamentais da construção da identidade de gênero, já que ela é uma parte integral da personalidade de todos nós, mulheres, homens, adolescentes e crianças. É uma necessidade básica e uma parte do ser humano que não pode ser separada de outros aspectos da vida (Langfeldt & Porter, 1986). É uma experiência pessoal, é a maneira como nos relacionamos com nós mesmos e com os outros, é a maneira como vivenciamos o nosso papel de mulheres e homens, é a maneira como pensamos, sentimos e atuamos, é a energia que impulsa nossos movimentos e ações, é uma parte da nossa pessoa que está relacionada com todos os outros aspectos da nossa vida.

Contudo, ao longo do tempo, convivemos com um conceito diferente de sexualidade, especialmente no ambiente médico. Acreditava-se que sexualidade era só o ato sexual (coito) e que sua prática visava somente à reprodução. Ainda mais, embora a sexualidade seja uma parte da personalidade e da vida das pessoas, ela tem sido sujeita a controle e normas sociais e tem sido rodeada de tabus, mitos, crenças e dificuldades.

O principal impacto desses tabus e crenças tem sido provocar sentimentos de culpa e ansiedade nas pessoas, quando exercitam ou reprimem sua sexualidade. Por exemplo, se o sexo é aceito somente para a reprodução, como pode uma mulher usar um método anticoncepcional? O uso da contracepção seria o reconhecimento do ato sexual para ter prazer. O medo de uma gravidez pode produzir ansiedade e bloqueio do desejo de ter uma relação sexual e, conseqüentemente, de prazer. A masturbação também pode ser uma fonte de culpabilidade em vez de ser uma fonte de prazer.

Em conseqüência dessa desigualdade, no âmbito da sexualidade e da reprodução, as mulheres não têm tido conhecimento e controle sobre o seu próprio corpo, nem poder de decisão em relação à sexualidade e à reprodução. É freqüente escutar mulheres que consultam e dizem “meu marido me usou”, traduzindo a percepção da mulher de não ter participado na relação sexual, nem de ter tido o poder de decidir sobre ter a relação. Além disso, a mulher percebe que o homem só pensa na sua própria satisfação e prazer, e quando se preocupa com o prazer da mulher é para confirmar sua própria masculinidade e seu poder de “dar prazer”.

Ainda nas gerações mais novas, supostamente mais liberadas, é comum escutar as jovens dizerem “eu transei com meu namorado porque se eu não fizesse ele me trocava por outra”. Ao analisar em detalhes tal situação, observamos que essa condição, que reflete muitas vezes baixa auto-estima e um papel de submissão, coloca a mulher numa condição de vulnerabilidade para adquirir uma doença sexualmente transmissível ou uma gravidez indesejada, ou para ter que aceitar o relacionamento sexual contra a sua vontade.

Essa falta de poder da mulher para tomar a decisão de dizer não a um ato sexual, também se estende às decisões sobre usar ou não um método anticoncepcional, para escolher o tipo de método que ela deseja usar, e para decidir quando ela quer descontinuar o uso. Da mesma maneira, as mulheres não têm poder para decidir ou exigir o uso da camisinha.

Essa subordinação de gênero também se encontra presente na equipe de saúde, onde a maior parte dos cargos diretivos são ocupados por homens e, portanto, as decisões sobre a organização dos serviços são tomadas a partir de uma perspectiva masculina, sem considerar as características e necessidades específicas das mulheres, determinadas por seu papel na sociedade.

Essa falta de uma perspectiva de gênero na organização dos serviços de saúde contribui para uma má qualidade de atenção, para a insatisfação das(os) usuárias(os) que freqüentam esses serviços, e para a insatisfação e desmotivação das pessoas que trabalham nessas unidades de saúde.

Por exemplo, os serviços de saúde são, em geral, organizados com a perspectiva de que as mulheres ainda estão em casa, cuidando dos filhos, e podem freqüentar o serviço de saúde a qualquer hora. Não se considera que, atualmente, as mulheres freqüentemente têm um trabalho remunerado, além do trabalho doméstico e de cuidado dos filhos.

Embora se deva reconhecer que está havendo mudanças, a maioria das mulheres ainda enfrenta uma dupla ou tripla jornada de trabalho, o que dificulta muitas vezes que ela recorra ao posto de saúde nos dias e horários determinados pelos serviços. Quando uma mulher chega atrasada para a consulta, ninguém tenta escutar e entender os motivos para o atraso, e ela freqüentemente perde a consulta. Pelo contrário, se o(a) médico(a) atrasa, a paciente tem que esperar todo o tempo necessário, pois ele, certamente, “estava muito ocupado”.

Outro ponto importante da não incorporação do enfoque de gênero diz respeito à não participação do homem nas questões de saúde reprodutiva. Tradicionalmente, no processo de socialização os homens são estimulados a manterem-se alheios às questões da reprodução e da paternidade. Anticoncepção, gravidez, aborto, filhos, têm sido considerados “coisa de mulher”. Os serviços, portanto, não estão preparados para incorporar o homem na atenção.

Exemplo: ao indicar um tratamento para infecção vaginal, a mulher recebe a receita para o tratamento dos dois, e os profissionais de saúde não falam da transmissão sexual, não consideram que talvez esse homem não aceite fazer uso da medicação, ele não é chamado para uma consulta, etc. Ou mesmo nos casos em que o homem queira participar, habitualmente o(a) médico(a) não estimula ou não permite sua presença na consulta.

No planejamento familiar, com a incorporação do condom e da vasectomia, a situação tem mudado nos últimos tempos em alguns lugares, mas ainda está longe de haver uma real participação do homem, em um processo de tomada de decisões através de relações igualitárias.

Vale a pena ainda ressaltar que, além das relações de poder determinadas pelo gênero, existem outras relações de poder nos serviços de saúde que também contribuem para piorar a qualidade de atenção.

É fácil observar o poder do médico sobre a enfermeira, o poder da enfermeira sobre a auxiliar, desta sobre a faxineira, etc. O que talvez não percebemos claramente, por nos parecer natural, é o poder do provedor de saúde sobre as pessoas que recebem esses serviços (Faundes, 1996).

Com base nessas relações, muitas vezes o médico determina diminuir o número de consultas, e/ou cancelar as consultas quando ele tem algum compromisso pessoal, ou seja, prevalecem as suas necessidades sobre as necessidades das(os) usuárias(os).

De um modo geral, podemos dizer que incorporar o enfoque de gênero nos programas de saúde reprodutiva implica ter clara consciência dessa condição das relações de poder desiguais que vivenciam as mulheres, e que, além da desigualdade de gênero, também são vítimas da desigualdade de poder por classe social, raça e etnia.

Atualmente aceita-se que, no planejamento, na implementação e na avaliação dos programas de atenção à mulher, incluindo o planejamento familiar, dever-se-á sempre considerar o enfoque de gênero e priorizar um trabalho educativo participativo que facilite a desconstrução e reconstrução de novos papéis que facilitem o *empowerment* das mulheres e a participação ativa do homem, de maneira a conseguir relações eqüitativas e igualitárias entre homens e mulheres, que permitam a ambos o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Ao se analisar a abordagem dada à sexualidade nos serviços de saúde reprodutiva, constatamos que, ainda que ela seja o eixo da saúde reprodutiva, os profissionais de saúde não focalizam a saúde sexual como um fim, dão ênfase apenas aos problemas decorrentes do exercício da sexualidade, tais como gravidez indesejada, DST–HIV/AIDS, etc. Isso leva a uma percepção da sexualidade limitada ao coito e mais como uma fonte de riscos em potencial e não de prazer.

Este enfoque da sexualidade deve-se, entre outras razões, à falta de preparo dos profissionais de saúde na compreensão do conceito mais holístico da sexualidade que inclui, além da função sexual, a constituição dos papéis de gênero, as relações intra e interpessoais e as formas de viver. A educação nas faculdades também contribui porque o ensino da sexualidade, quando existe, está centrado nas alterações orgânicas e psicológicas da resposta sexual, referidas às relações coitais, heterossexuais e no contexto do casal monogâmico estável.

Acreditamos que o ensino da sexualidade deveria incluir informação, compreensão e preparo para que as pessoas pudessem fazer suas próprias escolhas e viver a vida à sua maneira. Isto significa que as pessoas teriam que ter uma compreensão de como mitos e tabus têm afetado a sua sexualidade, de como o papel sexual de mulheres e homens tem



limitado a vivência da sexualidade. A educação sexual deveria motivar as pessoas a questionarem e mudarem os estereótipos existentes, que são ensinados e reproduzidos. Uma educação adequada deveria fortalecer as pessoas para poderem exercer os seus direitos.

### **c) Educação e Treinamento:**

Tradicionalmente, os serviços de saúde têm se preocupado prioritariamente com a avaliação através de indicadores de resultados ou de impacto, tais como: mortalidade, taxa de ocupação de leitos e índices de infecção.

O conceito atual de Gestão pela Qualidade Total (GQT) focaliza principalmente o controle dos processos, já que, de acordo com o professor W. E. Deming, de 85% a 95% dos problemas são resultado de falha nos processos, e não de falhas de pessoas (Nogueira, 1996).

O controle de processos, do ponto de vista da GQT, significa detectar os problemas (metas não atingidas e resultados indesejáveis), analisar estes problemas, buscando suas causas e atuar sobre elas, para modificar o resultado, de forma que ele se torne exatamente aquele que planejávamos e desejávamos (Nogueira, 1996).

Para conseguir que provedores e comunidade participem desses processos de mudanças para melhorar a qualidade de atenção, é preciso motivar e preparar as pessoas. É neste ponto que a educação e treinamento são componentes essenciais do processo.

Para implementar um programa de saúde reprodutiva de qualidade numa unidade de saúde, o primeiro passo é fazer um diagnóstico das necessidades e problemas da comunidade em relação ao atendimento. Para esse diagnóstico, tanto provedores quanto a comunidade deveriam ser educados em relação aos seus direitos, aos conceitos de prevenção e promoção da saúde, a tomarem consciência da importância do auto-cuidado e da participação no processo de tomada de decisões individuais e coletivo.

Após esse passo, a comunidade, os provedores e a administração poderão elaborar um plano e estabelecer, em conjunto, as metas, bem como definir os caminhos para alcançá-las. Para a execução do plano, é necessário que todas as pessoas realizem tarefas específicas, e precisam receber treinamento para isto.

É freqüente encontrar médicos, dentistas, enfermeiras atuando como administradores ou gerentes de um posto de saúde sem nunca terem feito um curso de capacitação para isto. Ou auxiliares de enfermagem e recepcionistas fazendo controle de medicamentos, registro de informações, estatísticas, etc, sem nunca ter recebido capacitação a respeito, sem receber nenhuma descrição sequer do que se espera da sua função. Espera-se, porém, que o resultado seja o melhor.

O exemplo mais comum de falta de preparo específico pode ser encontrado nos cursos/treinamentos em saúde reprodutiva para médicos e enfermeiras. Quando perguntamos aos treinandos quantos deles receberam, nas suas faculdades, conteúdos de comunicação interpessoal, de como fazer uma ação educativa participativa, etc, sempre a resposta é zero. Em geral, todos(as) referem terem aprendido com a prática, pelo sistema ensaio-erro, o que nem sempre ajuda a conseguir bons resultados. Todos os que trabalhamos atendendo a população sabemos dos problemas trazidos pela

comunicação inadequada com as usuárias. Esses problemas geralmente são decorrentes das diferenças de linguagem entre os profissionais e a população, e da grande quantidade de informação que se pretende transmitir nas ações educativas.

Habitualmente, quando uma mulher não segue as orientações recebidas, ou ela é a “culpada” por não ter “obedecido”, ou culpa-se o médico por não ter explicado bem. A partir de uma perspectiva da qualidade, acreditamos ser muito difícil melhorar a qualidade num clima de medo, onde os profissionais são responsabilizados pelos processos que funcionam mal e eles, ao mesmo tempo, precisam defender-se e colocam a “culpa” nas(os) usuárias(os). É preciso trabalhar de forma integrada, com um bom relacionamento, em um ambiente em que as informações dadas às pessoas que consultam sejam coerentes e honestas. O trabalho em grupo, o escutar e respeitar as opiniões de cada pessoa que trabalha na unidade de saúde, aperfeiçoam o relacionamento e aumentam o senso de compromisso com os desafios e tarefas a serem cumpridas.

A valorização das sugestões e opiniões das pessoas que executam as tarefas no dia-a-dia, além de ser de muita utilidade, melhora a motivação e a auto-estima. A educação e o treinamento devem ser processos contínuos de maneira a oferecerem condições para que a equipe desenvolva constantemente as suas habilidades, não somente técnicas, mas em todos os âmbitos necessários para melhorar a qualidade da atenção.

Não pretendemos esgotar o assunto nesse texto. A intenção é provocar a reflexão e estimular a todos e a todas a assumirem esse desafio de mudança, que acreditamos será possível com a contribuição de cada um de nós.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAHAMONDES, L.; PETTA, C. A.; FAÚNDES, A.; DIAZ, J.; BEDONE, A. – Significado do recente aumento do número de solicitações de reversão de laqueadura em um serviço de esterilidade. *Femina* 20: 36-362, 1992.
- BARBOSA, E.F.; PÓVOA FILHO, F.L.; SILVEIRA, H.N.; TZENG, L.C.W.; LACERDA, L.L.; NEVES, M.G.C.; FERNANDES, M.L.M.; MENDONÇA, M.O.P.; FREITAS, M.A.; ROMANO, R.; COSTA, R.M.C.; PENA, S.M.N. – Implantação da qualidade total na educação. Belo Horizonte, Fundação Christiano Ottoni, 1995.
- BRUCE, J. – 1989. Fundamental elements of quality of care: a simple framework. *Population Council Working Papers*. nº 1, May 1989.
- CORNWALL, A.; JEWKES, R. – What is participatory Research? *Social Science and Medicine*. 1995; 41(12).
- DIAZ, M.; FAUNDES, A.; MARCHI, N.; ARCE, X. E.; DIAZ J. – Comparición del desempeño del DIU TCU 200B insertado por médicos o enfermeras, *Revista Iberoamericana de Fertilidad*. 9(5):53-8, 1992.
- FAÚNDES, A. – Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. *Femina*. 25:661-670. 1996. nº 7.
- HATCHER, R. A.; RINEHART, W.; BLACKBURN, R.; GELLER, J. S. – The essentials of contraceptive technology. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, 1997.
- HULL, V.J. - Improving quality of care in family planning: How far have we come? Jakarta. South & East Asia, 1996. Regional Working Paper, nr. 5.
- KABEER, N - *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. New York, NY: Verso, 1994.
- LANGFELDT, T. & PORTER M. - *Sexuality and family planning. Report of a consultation and research findings*. Denmark, WHO, 1986.
- MEEKER, C.I. – 1994. Quality improvement: then and now. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 37(1).
- NOBLE, J. A.; LEMOS, B.; GALVÃO, L.; SANDRA, M.; RIOS, A.; VIANA, A. – 1998a. Situation analysis of reproductive health care in the state of Bahia, Brazil: assessing the impact of interventions, 1994-98. *The Population Council*. 54p.
- NOBLE, J. A.; SILVEIRA, D.; GALVÃO, L.; CORREIA, L. – 1998b. Situation analysis of reproductive health care in the state of Ceará, Brazil: assessing the impact of interventions in 1993-97. New York: The Population Council. May, 1998. 57p.
- NOGUEIRA, L.C. – *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte. Fundação Christiano Ottoni, 1996.
- PINOTTI, J.A.; DÍAZ, A.J.; DÍAZ, M.M.; HARDY, E.; FAÚNDES, A. - Identificação de fatores associados à insatisfação após esterilização cirúrgica. *Ginecologia e Obstetrícia Brasileira* 9(4), 1986.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, BEMFAM, 1997 – *Brasil pesquisa nacional sobre demografia e saúde* 1996.
- THE ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE, AGI, 1994, *Clandestine abortion: a latin american reality*. New York: The Allan Guttmacher Institute.
- MATAMALA V., M.I.; OSORIO, P.M. – *Salud de la Mujer, calidad de la atención y género*. Manual guia para la realización del curso-taller. Chile. Ediciones LOM Ltda. 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO, 1994 – *An assessment of the need for contraceptive introduction in Brazil*. Geneva.
- ZEIDENSTEIN, G. 1980 – The user perspective: an evolutionary step in contraceptive service programs. *Studies in Family Planning* 11(1).