

Avaliação estratégica do programa de saúde reprodutiva e reprodução responsável de Buenos Aires

Mónica Petracci^a, Silvina Ramos^b, Dalia Szulik^c

- a Pesquisadora sênior do Centro de Estudos de Estado e Sociedade (CEDES), Buenos Aires, Argentina, e-mail: petracci@cedes.org.
b Diretora executiva e pesquisadora sênior do CEDES, Buenos Aires, Argentina.
c Pesquisadora assistente do CEDES, Buenos Aires, Argentina.

Abstract: *Since 1991, Argentina has had provincial reproductive health laws, a far-reaching national programme and strong public consensus in support of reproductive health policies. Nevertheless, the challenges of strengthening public services, increasing the number of programme sites and resisting conservative attacks remain. This article describes an assessment of the reproductive health programme of the city of Buenos Aires, passed in 2000, whose objectives are to prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases/HIV and to train health personnel. The programme operates in every public hospital and primary health care centre in the city. The assessment was conducted jointly by the Ombudsperson's Office of Buenos Aires and the Centre for the Study of State and Society (CEDES). Hormonal contraceptives, IUDs and male condoms were mostly available, but emergency contraception, female condoms and other barrier methods were not. Some health professionals and service users were knowledgeable about the new laws and the reproductive rights recognised under the law. Over 90% were satisfied with quality of care in service delivery but many professionals described excessive workloads, deficient infrastructure, and shortages of supplies and staff. Wanting help to obtain a tubal ligation was the most frequent reason for the claims lodged with the Ombudsperson's Office, followed by HIV, quality of care, and abortion. Information and training for both health care providers and women's and human rights NGOs was carried out.*

Palavras-chave: serviços de saúde reprodutiva e sexual, direitos reprodutivos, legislação e políticas, avaliação estratégica, qualidade dos serviços, Argentina.

O Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) estabeleceu uma série de objetivos e metas, incluindo, entre outros, o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. O compromisso em promover e garantir direitos sexuais e reprodutivos na agenda de políticas públicas nacionais foi reafirmado tanto na CIPD+5 de 1999¹ quanto na CIPD+10 de 2004.² As medidas a serem adotadas incluem o

desenvolvimento de padrões e diretrizes para os serviços, treinamento de pessoal, mecanismos e indicadores nacionais para supervisionar, monitorar e avaliar a implementação dessas políticas no âmbito nacional.³⁻⁵

O monitoramento é uma estratégia eficaz para observar como essas políticas funcionam, e medir seu resultado e impacto, sendo também um processo de aprendizado institucional através do qual se criam oportunidades de mudança. O

monitoramento permite detectar as conquistas e os problemas presentes na implementação de uma política, além de ser uma forma de ouvir a população, cujas necessidades precisam ser consideradas. Além disso, o monitoramento é útil para as organizações da sociedade civil em seu empenho de promover a responsabilidade social e exigir que o Estado honre seus compromissos em relação às políticas públicas.

Este artigo descreve a estratégia e o processo usados para avaliar a política de saúde reprodutiva da cidade de Buenos Aires, na Argentina, bem como seus resultados e lições aprendidas.

A política de saúde sexual e reprodutiva na Argentina

A situação da saúde reprodutiva na Argentina está profundamente marcada pela desigualdade social, de gênero, e etária, além do acesso diferenciado aos cuidados médicos e de saúde e aos direitos humanos relacionados à sexualidade e à reprodução nas políticas sociais. Assim, as mulheres jovens, pobres e de menor escolaridade, especialmente as que vivem na zona rural, são mais afetadas pela gravidez na adolescência e a mortalidade materna.⁶⁻⁸

Muitos dos fatores que condicionam o planejamento e a implementação de políticas de saúde reprodutiva, como o grau de vontade política das autoridades, os conflitos de interesse entre estas e os grupos afetados, as barreiras ideológicas, culturais e sociais às mudanças propostas e, as limitações orçamentárias são comuns à maioria dos processos de formulação de políticas.⁹⁻¹² No caso da saúde sexual e reprodutiva existem também obstáculos políticos e ideológicos à introdução de mudanças na organização e gerenciamento de serviços de saúde e recursos humanos correlatos.¹³ Como as políticas sociais relativas à sexualidade podem ser punitivas ou solidárias do ponto de vista da justiça social e da saúde pública,¹⁴ esses fatores tendem a pôr em risco a implementação das políticas, e, muitas vezes,

produzem lacunas entre o que foi originalmente proposto e o que finalmente se realiza.

Desde a década de 1980, a evolução das políticas relacionadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos na Argentina esteve atrelada a três fatores principais. O primeiro envolve a abertura gradual do espaço público, que rompeu o silêncio em relação às questões de saúde sexual. O segundo foi a aprovação da lei de saúde sexual e reprodutiva e o desenvolvimento de políticas e programas públicos, conquistas que tinham sido alvo de ataques conservadores e contínua oposição durante os cinco governos anteriores, e que ilustra o conflito entre interesses políticos e posições ideológicas ainda presentes na Argentina atualmente.

Do silêncio ao consenso social

Desde o início do século XX, a Argentina tem tido uma ideologia pró-natalista, refletida na política de saúde, que esteve excluídas do debate social. De meados dos anos 1970 até o início da década de 1980, era proibido oferecer serviços de planejamento familiar nos postos de atendimento público ou de previdência social. Com a volta da democracia, o país recomeçou lenta e sistematicamente a pensar no significado e na relevância da saúde reprodutiva como uma questão fundamental de direitos humanos e políticas públicas.

Em 1985, o parlamento ratificou a Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) e seus princípios foram incorporados à emenda constitucional de 1994, assegurando que os direitos protegidos pela CEDAW e que são responsabilidade do Estado em questões de saúde reprodutiva se tornassem parte da lei básica do país. Durante os anos 1990, os acordos da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Mundial sobre as Mulheres (Beijing, 1995) também contribuíram para isso. Os esforços constantes do movi-

mento de mulheres no sentido de incluir a saúde reprodutiva na agenda pública também desempenharam um papel-chave nesse processo.¹⁵

Um forte consenso público começou a ser construído em torno de questões centrais de saúde reprodutiva. Em 1994, uma pesquisa realizada pelo Consejo Nacional de la Mujer com uma amostra representativa de duzentas mulheres com mais de dezoito anos de idade, moradoras de Buenos Aires, descobriu que a educação sexual tinha aceitação ampla: 80% das mulheres achavam que devia ser oferecida em escolas, centros de atendimento primário à saúde e através da mídia. As informações que consideravam necessárias na educação sexual incluíam: doenças sexualmente transmissíveis (99%), uso de preservativos (99%), uso de métodos contraceptivos (98%), menstruação (98%), gravidez e parto (96%), aspectos sociais e psicológicos do sexo (95%), prostituição (93%), legalização do aborto (93%), violência e abuso sexual (92%), mudanças físicas da adolescência (91%) e masturbação (85%).¹⁶

Durante esse período, o debate público que levou à aprovação de novas leis de saúde reprodutiva aconteceu na maioria das províncias.* O primeiro ocorreu em 1991, seguido por outros nove entre 1996 e 1999. A pressão da Igreja Católica e a posição do então presidente Carlos Menem em relação à saúde e direitos sexuais e reprodutivos impediu que se pensasse em uma

lei nacional. O governo Menem, alinhado ao Vaticano, enfatizou sua oposição aos direitos sexuais e reprodutivos, fazendo objeções a muitos parágrafos dos acordos de Cairo e Beijing, e também propondo incorporar, na Constituição, o direito à vida desde o momento da concepção, o que não foi aceito.¹⁷

A partir de 2000, outras nove províncias e a cidade de Buenos Aires também aprovaram leis sobre saúde reprodutiva. A maioria dessas leis criou programas ou postos de prestação de serviços de contracepção, detecção e tratamento de câncer de colo de útero e de mama, e de doenças sexualmente transmissíveis. Essas leis reconhecem o direito de mulheres e homens de controlar a natalidade e tornam o Estado responsável pela saúde reprodutiva. O grau em que cada uma dessas iniciativas foi implementada difere conforme as limitações orçamentárias para financiamento de recursos humanos, compra de contraceptivos e desenvolvimento de atividades de promoção da saúde.¹⁸

Do consenso social às políticas públicas

No final de 2002, foi aprovada uma lei nacional de saúde reprodutiva (Lei 25.673/2002), refletindo o compromisso político do governo do presidente Néstor Kirchner e do Ministro da Saúde dr. Ginés Gonzalez Garcia, então em exercício. Apesar de o ambiente político da época ser favorável, o processo de negociação política que culminou na aprovação da lei foi prolongado e conflituoso. O legislativo criou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável para promover a educação e a informação sobre saúde sexual, e o acesso à contracepção sem discriminação de idade ou sexo. Segundo relatório recente do Consórcio Nacional para Direitos Sexuais e Reprodutivos, o CONDERS, (www.conders.org.ar), entre agosto de 2003 e agosto de 2004 o número de postos de prestação de serviço aumentou de trezentos para três mil em todo o país.

* La Pampa (1363/1991); Córdoba (8535/1996); Corrientes (5146/1996 e 5527/2003); Chaco (4276/1996); Mendoza (6433/1996); Rio Negro (3059/1996 e 3450/2000); Neuquén (2222/1997); Misiones (Decreto 92/1998; Chubut (4545/1999); Jujuy (5133/1999); Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Lei 418/2000); Tierra del Fuego (509/2000); La Rioja (7049/2000); Santa Fe (11888/2001); San Luis (5344/2002 e Decreto 127/2003); Buenos Aires (13066/2003); Corrientes (5527/2003 e 5146/1996); Entre Rios (95012033).

Em maio de 2004, o governo federal definiu a saúde reprodutiva como uma das áreas-chave da política nacional de saúde para os próximos três anos.¹⁹ Em âmbito regional, e depois que a Argentina mudou sua posição mantida durante os anos 1990, foi possível assinar o Acordo sobre a participação de Estados do Mercosul, Chile e Peru, para a elaboração de um posicionamento comum em conferências internacionais sobre população e desenvolvimento. Este acordo ratifica o Programa de Ação da CIPD e a Plataforma de Ação de Beijing como ferramentas para desenhar políticas de saúde na região, e constitui uma estratégia para coordenar as políticas de saúde e rever a legislação em cada país.

Velhas tentativas, novas perspectivas

As mudanças positivas e o amplo consenso popular que as apóiam ainda são frágeis. Grupos minoritários ligados aos setores mais conservadores da Igreja Católica iniciaram ações de inconstitucionalidade para derrogar as leis de saúde reprodutiva. Também tentaram limitar o fornecimento de métodos contraceptivos a menores de idade e proibir a contracepção de emergência.⁶ Nem todas essas ações foram julgadas, e até agora não conseguiram impedir a implementação das políticas existentes.

Dentro dessa perspectiva, pareceu apropriado verificar a opinião pública. Uma pesquisa realizada em 2003 por três organizações da sociedade civil* — com uma amostragem representativa de trezentos residentes em Buenos Aires e adjacências, com mais de dezoito anos de idade —, mostrou que a maioria era favorável ao programa. 69% concordaram que os adolescentes entre treze e catorze anos deveriam ter acesso

* CEDES (Centro de Estudos do Estado e da Sociedade), CELS (Centro de Estudos Legais e Sociais) e FIEM (Fundação para Estudos e Pesquisa sobre as Mulheres).

a serviços de saúde reprodutiva independentemente do consentimento dos pais, e, 89%, no caso de adolescentes entre 15 e 17 anos. Sobre a laqueadura, 91% disseram que a mulher deveria ter acesso gratuito, quando houvesse indicação médica. Isso é especialmente relevante porque a esterilização cirúrgica não faz parte do Programa Nacional.

Em relação a este, quase todos os entrevistados apóiam seus objetivos: prevenir a transmissão de HIV (100%), oferecer gratuitamente métodos contraceptivos em serviços de saúde (98%), evitar a gravidez na adolescência (99%), fomentar a participação da mulher nas decisões sobre saúde sexual e reprodutiva (99%), e evitar a gravidez indesejada (98%), além de discordarem de propostas conservadoras para impedir a implementação do Programa Nacional. 97% rejeitaram uma liminar concedida para proibir a produção e a venda de contraceptivos hormonais e DIU no país, e outra liminar do mesmo juiz que ordenava o encerramento do Programa Nacional.^{16,20}

A atual perspectiva é substancialmente melhor do que nas décadas anteriores. A Argentina aprovou uma lei federal e fez de um programa abrangente uma prioridade nacional. Além disso, há um forte consenso popular no tocante ao papel das políticas públicas em questões de saúde reprodutiva, e o debate social sobre esses temas ganhou grande visibilidade. No entanto, ainda restam desafios a enfrentar para fortalecer as políticas públicas, melhorar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, aumentar o número de postos de atendimento e resistir aos ataques jurídicos dos conservadores.

Avaliação do programa de Buenos Aires

A cidade de Buenos Aires foi pioneira na implementação de políticas e programas de saúde reprodutiva na Argentina. Em 1988, foi lançado o primeiro programa de procriação responsável do país, uma experiência-piloto para um núme-

ro limitado de postos de atendimento à saúde. Durante muito tempo, o programa não teve orçamento e, portanto, teve uma pequena cobertura e nenhuma atividade de disseminação. No entanto, em consonância com o Programa de Ação do Cairo, a constituição municipal de 1996 reconheceu os direitos reprodutivos como direitos humanos.

Em 2000, a Câmara Municipal de Buenos Aires aprovou a Lei 418/2000 que criou seu próprio Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, que passaremos a chamar de “Programa”.²¹⁻²² Seus principais objetivos eram evitar a gravidez indesejada, oferecer informação e acesso aos métodos contraceptivos (inclusive entre os adolescentes), promover o uso do preservativo como método de prevenção de ISTs/HIV, fomentar o envolvimento dos homens na saúde reprodutiva e na paternidade responsável, e treinar profissionais de saúde para lidar com essas questões. Hoje, o Programa funciona em todos os hospitais públicos e postos de atendimento primário à saúde da cidade, oferecendo serviços e aconselhamento, bem como atividades educativas e de promoção de saúde.

Buenos Aires também foi líder no monitoramento de políticas de saúde reprodutiva. Em 2002, a Ouvidoria em Direitos Humanos da Defensoria Pública da Cidade de Buenos Aires decidiu avaliar o funcionamento do Programa.* O Centro de Estudos do Estado e da Sociedade ficou a cargo do processo. Os objetivos desse projeto eram desenvolver estratégias e ferramentas para monitorar a implementação de políticas públicas e treinar organizações da sociedade civil para realizar esse monitoramento no futuro. Foram empregadas três estratégias principais, analisadas a seguir.

* Esta iniciativa foi desenvolvida durante a administração da dra. Diana Maffia, através do Programa para Promoção, Controle e Defesa dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, com o apoio da Fundação Ford.

Denúncias e intervenções da Ouvidoria

Os cidadãos podem fazer denúncias, reclamações ou pedidos de intervenção através de cartas e entrevista pessoais, e formulários oficiais. A Ouvidoria também pode mover ações por sua iniciativa, seguida de investigações que no final permitem retificar as violações das políticas públicas.

Para analisar essas alegações, foram pesquisados os arquivos do período entre 1/8/1998 e 30/6/2002, usando palavras-chave relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. 53 queixas foram identificadas: duas em 1998, quatro em 1999, dezoito em 2000, dezenove em 2001 e dez na primeira metade de 2002. Elas versavam sobre laqueaduras tubárias (27), HIV/AIDS (10), qualidade dos serviços (8), aborto (6), infertilidade (1) e a Lei 418/2000. A maioria das denúncias (47 das 53) foi feita por cidadãos, e as restantes pela Ouvidoria. O uso dessa estratégia e os temas abordados parecem aumentar, talvez como indício da maior conscientização da população quanto aos seus direitos e de uma crescente participação social.

A exigência de laqueaduras foi motivo de 27 reclamações, a maioria feita por mulheres que tinham muitos filhos, que fizeram várias cesáreas, tinham gestações de alto risco ou doenças pré-existentes, que não podiam usar outros métodos contraceptivos ou que viviam em situação sócio-econômica instável. Elas queriam que a Ouvidoria interviesse em relação à Lei 17.132/1967, que regula a prática médica em Buenos Aires (artigo 20) e não permite que os médicos façam esterilizações sem indicação terapêutica e sem exaurir todos os meios para preservar os órgãos reprodutivos. A Ouvidoria entrevistou individualmente cada uma das mulheres para assegurar-se dos detalhes de cada caso, informar seus direitos, e encaminhá-las aos serviços jurídicos gratuitos. Acompanhou todos os casos e tentou melhorar a comunicação com os profissionais dos hospi-

tais. O envolvimento da Ouvidoria reduziu a frequência de casos levados a juízo e permitiu respostas mais rápidas aos pedidos de laqueadura. Muitos desses casos foram resolvidos porque havia uma indicação terapêutica precisa ou risco de vida ou à saúde, sendo esta última definida a partir de uma abordagem biopsicossocial. Foi obtido consentimento informado de todas as mulheres e não foi necessária autorização judicial.

Sobre HIV/AIDS, as queixas versavam quanto à obtenção de drogas anti-retrovirais e outras, sobre sua qualidade, o custo do tratamento para estrangeiros, e pessoas que careciam da documentação necessária para obter os medicamentos gratuitamente. As queixas em relação à qualidade dos serviços de saúde se relacionavam aos abusos por parte do pessoal administrativo ou ausência do profissional de saúde adequados quando necessário, ou falha no fornecimento de informação ao paciente sobre sua condição, por exemplo uma mulher que havia tido um aborto espontâneo. As situações relativas ao aborto envolviam a sua realização num caso de anencefalia fetal e de estupro de mulher deficiente mental. Um homem infértil que não tinha recursos para realizar o tratamento entendia-se no direito de recebê-lo por meio do governo. Uma mulher tentou alegar que a lei do Programa de Buenos Aires era inconstitucional.

Relatórios feitos pelos serviços de saúde pública

A Ouvidoria tem o poder de solicitar informações sobre as atividades realizadas para implementar a legislação em vigor. Em 2002, foram pedidos aos chefes dos programas relatórios sobre o fornecimento de métodos contraceptivos (disponibilidade e origem) para identificar os pontos fortes e fracos do Programa.

Com relação ao suprimento de contraceptivos, verificou-se que os contraceptivos hormonais e

preservativos estavam sempre disponíveis, que DIU e supositórios vaginais espermicidas estavam disponíveis esporadicamente, mas a contracepção de emergência, diafragmas, esponjas e outros espermicidas, e preservativos femininos nunca estavam disponíveis. Quanto à origem dos suprimentos, o governo de Buenos Aires fornecia a maioria dos DIU, preservativos masculinos, contraceptivos orais e injetáveis e supositórios vaginais espermicidas. As indústrias farmacêuticas também foram mencionadas como fornecedores desses métodos e os únicos que forneciam contraceptivos de emergência.

Quanto aos pontos fortes, o grande compromisso das equipes de profissionais de saúde foi salientado como o ponto alto do Programa. Outros aspectos mencionados foram as reuniões de informação sobre Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, e a boa comunicação entre os usuários e as equipes dos serviços de saúde.

Quanto aos pontos fracos, a análise mostrou que a institucionalização do Programa foi limitada dentro dos serviços de saúde pública. Havia poucos profissionais em postos remunerados, poucas equipes interdisciplinares, o treinamento em saúde reprodutiva era insuficiente, faltava pessoal administrativo, as horas de atendimento eram limitadas, havia problemas no sistema de marcação de consultas e faltava espaço físico adequado e equipado.

Avaliação dos serviços prestados pelo Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável

Um estudo abrangente, usando quatro técnicas de coleta de dados, foi desenhado para obter a visão dos chefes de programa, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os chefes dos programas em todos os locais (n=47), dos quais 27 (57%) eram mulheres. A idade média era de 49 anos. Perguntas

foram feitas sobre o funcionamento dos serviços e o conhecimento da lei e da política de saúde reprodutiva.

Também foi feita uma pesquisa entre 665 mulheres que haviam freqüentado os serviços do Programa ao menos uma vez. A idade média era de 29 anos (de 13 a 54 anos). 35% tinham completado a escola primária, 51% a escola secundária e 14% o ensino superior. Metade das mulheres eram donas de casa, 26% trabalhavam fora, a maioria como empregada doméstica ou como operárias sem qualificação, e 12% eram estudantes. Nove em cada dez mulheres não tinham cobertura da previdência social. A escolha dos locais de atendimento do Programa onde as mulheres responderiam à pesquisa foi intencional, com base em dois critérios. Em primeiro lugar, o número de consultas médicas realizadas no ano anterior, para incluir locais com o maior número de visitas. Em segundo, a composição das equipes de profissionais de saúde, que garantiu a escolha de locais em que havia equipes interdisciplinares e equipes formadas apenas por pessoal da área médica.

Foi aplicado um questionário a todos os profissionais em todos os locais (n=195). 86% eram mulheres. A idade média era de 42 anos de idade. 58% eram médicos (ginecologistas, obstetras, pediatras, psiquiatras). 18% eram profissionais das ciências sociais (assistentes sociais, sociólogos, antropólogos e educadores). 14% eram parteiras e enfermeiras, e, 10%, psicólogos. 79% tinham postos remunerados.

Completada a análise dos questionários dos usuários e profissionais, quatro grupos focais foram formados com usuários e cinco com profissionais de saúde para obter informações mais aprofundadas sobre os resultados da pesquisa. Essa estratégia incluiu também a observação do serviço nos consultórios médicos e nas salas de espera, onde foi registrada a presença de material impresso de informação, educação e comunicação (IEC). Esses materiais, disponíveis

na maioria dos locais, tratavam de HIV/AIDS, contracepção e aleitamento materno. Menos serviços dispunham de materiais sobre doenças sexualmente transmitidas, violência, câncer de mama e cervical.

Conhecimento sobre as novas políticas dentre os profissionais e usuários

As duas pesquisas perguntavam sobre conhecimentos das atuais normas de saúde sexual e reprodutiva, a percepção dos direitos sexuais e reprodutivos, e se as mulheres sentiam que podiam exercer seus direitos.

47% dos chefes do Programa mencionaram espontaneamente a Lei 418/2000, que criou oficialmente o Programa, e citaram os seguintes objetivos da lei: acesso à informação e suprimento de métodos contraceptivos, prevenção da gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis e cuidados para os adolescentes. 26% mencionaram a lei 25.673/2002, que criou o Programa Nacional de Saúde Sexual e Procriação Responsável. Finalmente, menos de dez mencionaram as disposições do código penal sobre o aborto, a CEDAW, o documento produzido por especialistas em laqueadura, uma recomendação feita pela Ouvidoria quanto à anencefalia fetal, a Lei de Proteção Integral aos Adolescentes da Cidade de Buenos Aires e a Lei Básica da Saúde.

Apenas 13% das mulheres entrevistadas tinham conhecimento das novas leis, e o Programa foi o mais mencionado. Quanto ao conteúdo da lei, as mulheres mencionaram apenas o acesso às informações, o oferecimento de métodos contraceptivos, livre acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

Com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres mostraram um alto nível de conscientização de todos os direitos listados, mas ao mesmo tempo havia uma lacuna considerável entre o conhecimento e a habilidade de colocar esses direitos em prática [tabela 1].

Tabela 1. Consciência versus prática de direitos sexuais e reprodutivos entre usuárias do serviço de saúde (n=665)

Direitos	Consciência (%)	Prática (%)
Ter a informação e recursos necessários para tomar decisões sobre a vida sexual	100	34
Manter relacionamento sem medo de ficar grávida	99	36
Decidir livre e responsabilmente sobre ter ou não filhos e quantos filhos ter	99	37
Decidir quando e com quem manter relação sexual	99	51
Ser consultada sempre que um procedimento médico for ser realizado	100	62

As mulheres afirmaram que os maiores obstáculos para pôr seus direitos em prática eram a falta de educação e informação (62%), falta de interesse ou oposição do parceiro (17%), falta de ação governamental (11%) e oposição por parte da Igreja Católica. Questões como problemas econômicos ou distribuição ineficaz de contraceptivos praticamente não foram mencionados.

80% dos profissionais que sabiam sobre as regulamentações existentes sobre saúde reprodutiva ou sexual mencionaram o Programa. As únicas outras regulamentações mencionadas foram o Código Penal (4%), a Lei de Proteção Integral ao Adolescente da Cidade de Buenos Aires (4%) e a Lei Federal sobre a AIDS (2%). Outros (17%) não fizeram menção espontânea a essas disposições legais. Quase todos os pro-

fissionais pesquisados acreditavam que tinham a oportunidade de promover os direitos sexuais e reprodutivos da Tabela 1 em sua prática diária. Os três principais obstáculos para promover os direitos sexuais e reprodutivos por eles mencionados foram: as condições de trabalho, a falta de educação e informação das mulheres e a oposição ou falta de interesse dos parceiros das mulheres atendidas.

Perspectivas sobre a qualidade dos cuidados entre usuários dos serviços e profissionais

Para avaliar a qualidade dos serviços foi usado o modelo desenvolvido por Donabedian^{23,24} que abrange as dimensões técnicas, interpessoais, de conforto e das instalações. A literatura recente sobre saúde sexual e reprodutiva foi revista para determinar indicadores para cada dimensão do ponto de vista de gênero e direitos. Questões sobre a dimensão interpessoal enfocaram o tratamento pessoal, a disposição dos profissionais para responder perguntas e esclarecer dúvidas, a habilidade em atender às necessidades do usuário e clareza da informação oferecida pelos profissionais. Questões sobre assuntos técnicos incluíam o tempo para entrega dos métodos contraceptivos, a possibilidade de fazer reclamações, a informação dada sobre os procedimentos administrativos, o tratamento pessoal dado pela equipe administrativa e o tempo de espera para receber os serviços. Privacidade durante a visita e limpeza foram aspectos abordados no item conforto e instalações. A qualidade percebida dos serviços foi medida segundo o nível de satisfação geral e ao verificar se a mulher recomendaria o Programa a outras mulheres. 95% das mulheres estavam muito satisfeitas ou suficientemente satisfeitas com os serviços prestados, o que é consistente com dados de outros estudos na Argentina e América Latina,²⁹⁻³³ e 90% disseram que recomendariam os serviços do Programa a outras mulheres.^{27,30}

A maioria das mulheres relatou ter sido tratada com respeito pelos profissionais (95%), que as cumprimentaram ao chegar (81%), ouviram com atenção (90%), levaram sua situação familiar/pessoal em consideração (80%), chamaram-nas pelo nome (79%) e fizeram com que se sentissem à vontade para fazer perguntas (82%). Em relação às informações oferecidas pelos profissionais, a maioria das mulheres disse que receberam informações sobre pílulas (85%), preservativos (83%), DIU (72%), vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos (82%), exame Papanicolau (81%), direito de receber métodos contraceptivos sem custo (77%), prevenção de HIV/AIDS (74%), direito de receber cuidados médicos gratuitos (73%), infecções sexualmente transmissíveis (60%), amamentação (54%) e direito de conhecer sua ficha médica (45%). Menos da metade recebeu informações sobre outros métodos contraceptivos, aborto, violência, disposições legais sobre saúde sexual e reprodutiva, laqueadura, infertilidade e esterilidade.

A possibilidade de fazer reclamações, de obter informação sobre procedimentos administrativos, o tratamento dado por pessoal administrativo e o sistema para marcação de consultas tiveram uma avaliação menos positiva, enquanto o tempo de espera para ser atendido (em média, 1h45min) foi o que teve a pior avaliação. A limpeza dos consultórios contrasta com a falta de limpeza dos banheiros. Por fim, quatro em cada dez mulheres disseram não ter privacidade durante a consulta (pessoas entrando e saindo do consultório, ou não ter lugar adequado para se despir).

Quanto à qualidade do atendimento, 12% dos profissionais a consideraram excelente, 45% muito boa, e 37% boa, enquanto os 4% restantes a consideraram nem boa nem ruim ou ruim ou péssima. Apesar do alto índice de satisfação com seus empregos (79% muito ou suficientemente satisfeitos), os profissionais identificaram problemas de excesso de trabalho (50%),

infraestrutura deficiente (48%), falta de suprimentos (48%) e falta de pessoal (45%).

Nove entre dez profissionais afirmaram sempre dar informações às mulheres sobre o direito de receber cuidados médicos gratuitos, receber gratuitamente métodos contraceptivos, fazer exame Papanicolau, vantagens e desvantagens de diferentes métodos contraceptivos e sobre HIV/AIDS. No tocante ao direito da paciente de conhecer sua ficha médica, e ser informada sobre a contracepção de emergência e violência, 49% disseram sempre oferecer tais informações, e 34% sempre que necessário; 16% não mencionavam o direito da paciente conhecer sua ficha médica. No caso da contracepção de emergência, 46% disseram que sempre davam esta informação, 42% sempre que necessário e 11% nunca. No caso de informações sobre violência, metade relatou fornecer a informação somente quando necessário, 40% sempre e 8% nunca. Um terço dos profissionais disseram que a apresentação de informações oferecia dificuldades. A maioria relacionou as dificuldades com a falta de compreensão das mulheres (83%); os outros 17% com a falta de tempo durante as consultas, de material impresso com informações e da participação masculina. Quanto aos métodos contraceptivos, disseram que os fatores mais importantes a considerar eram o método que a mulher queria usar, sua idade e atitude com relação ao método.

No geral, 94% dos usuários e 92% dos profissionais fizeram uma avaliação positiva. Contudo, usuários e profissionais apontaram a necessidade de reduzir o tempo de espera para atendimento. O tempo de espera foi considerado muito longo e ocioso, pois não utilizado para atividades de informação e disseminação de informações. Outras mudanças sugeridas pelos usuários dizem respeito à melhoria das condições de privacidade, enquanto os profissionais pediram melhoria na infra-estrutura e nos recursos humanos.

Análise dos resultados da avaliação

Esta avaliação foi a primeira desse tipo a ser desenvolvida na Argentina, e a informação colhida servirá como padrão para que se possa medir as melhoras e piores do Programa.³⁴ A lei de 2000 ampliou claramente a disponibilidade de métodos contraceptivos, estendendo-a a todos os serviços públicos de saúde de responsabilidade da cidade de Buenos Aires, e os legitimou como parte da política oficial do governo. A qualidade dos serviços foi percebida como positiva, principalmente o relacionamento do profissional de saúde com o usuário. Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, as mulheres sabem que um conjunto de direitos relacionados à vida sexual e reprodutiva existe, mas também estão conscientes da dificuldade de colocá-los em prática. Os profissionais tinham mais informação do que os usuários sobre a legislação sexual e reprodutiva vigente, mas nem todos os primeiros conheciam a lei que regulamenta o Programa no qual estão trabalhando.

Do ponto de vista histórico, é importante lembrar a fragilidade que caracterizou as políticas de saúde sexual e reprodutiva na Argentina durante várias décadas. Assim, a implementação de um programa de saúde reprodutiva, regulado por uma lei que reconhece os direitos sexuais e reprodutivos da população e que define a obrigação do Estado por sua promoção e proteção, sem dúvida constitui uma situação muito mais positiva.

No entanto, é preciso ressaltar a existência de vários problemas. Por um lado, o Programa não cobre muitos aspectos do atendimento à saúde reprodutiva; mesmo em relação ao fornecimento de contraceptivos, muitos métodos não são oferecidos, e a ameaça jurídica à contracepção de emergência ainda não foi superada. O conhecimento limitado dos profissionais sobre a inclusão de direitos sexuais e reprodutivos nas leis provinciais e nacionais tolhe sua

habilidade de promover esses direitos. E mais, em certas áreas críticas da saúde reprodutiva, a situação é muito negativa. Por exemplo, no tocante ao tratamento de complicações decorrentes do aborto inseguro^{36-39*} podemos citar casos de maus-tratos institucionais e a falta de aconselhamento sobre a contracepção após o aborto. No caso da prevenção e do tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, há falta de promoção da dupla proteção.⁴⁰ Ambos estão cobertos por outros programas da Secretaria de Saúde de Buenos Aires (Romero, M., CEDES, comunicação pessoal em junho de 2004).

Lições aprendidas, medidas adotadas e recomendações

Tanto os profissionais quanto as usuárias dos serviços consideraram a falta de escolaridade e informações por parte das mulheres o obstáculo principal ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Ao mesmo tempo, os profissionais e as mulheres discordavam sobre a quantidade de informação oferecida e recebida. Os dois conjuntos de percepções indicam a necessidade de intervenções.

A combinação de Ouvidoria e conhecimentos técnicos do CEDES legitimou o processo de avaliação e ajudou a obter a colaboração das autoridades do Programa, chefes do setor de saúde e profissionais de saúde. As três principais estratégias que foram usadas também se mostraram eficazes na identificação das necessidades e no estabelecimento das prioridades.

Como resultado do grande número de reclamações sobre laqueadura, um Encontro de

* O aborto é ilegal na Argentina salvo em duas exceções: quando a saúde ou a vida da mulher estiver em risco e esse risco não puder ser evitado de outra forma, ou quando a gravidez for resultado do estupro de uma mulher "idiota" ou "demente".³⁵

Consenso de Especialistas foi organizado pela Ouvidoria em maio de 2000, o que levou ao projeto 874/03, mais tarde implementado pelo Departamento Municipal de Saúde. O projeto estabelece que a laqueadura deveria ser acessível mediante o consentimento da mulher, com base em sua situação ou risco de saúde, quando indicado por um médico ou uma equipe interdisciplinar de saúde, sem necessidade de outra autorização.

Os relatórios dos chefes de departamento foram úteis para identificar necessidades centrais do serviço de atendimento à saúde, mostrando que a promoção dos direitos e o treinamento das equipes no tocante à saúde sexual e reprodutiva são de vital importância. Assim, a Ouvidoria preparou e distribuiu uma brochura listando todas as leis nacionais e municipais sobre saúde sexual e reprodutiva. Também foram feitas oficinas de treinamento em vários serviços de saúde. Além disso, as exigências feitas pelos chefes do Programa de mais treinamento e melhores horários para profissionais e pessoal administrativo levaram a um relatório da Ouvidoria que foi apresentado às autoridades da Saúde.

Ainda falta satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde do Programa e das mulheres, no sentido de menor carga de trabalho, melhor infra-estrutura e informação para as mulheres.

Os resultados da pesquisa ajudaram a identificar indicadores-chave para lutas futuras e a realização de monitoramento. Essas ferramentas foram o cerne das atividades de treinamento, oficinas e pequenos projetos de intervenção por parte de organizações da sociedade civil (ONGs na área de direitos humanos e das mulheres), e contribuíram para as habilidades técnicas destas ONGs, constituindo um primeiro passo para a criação de uma rede de organizações capazes de monitorar a formação de políticas públicas no futuro.

A inclusão de tantos atores-chave nesse projeto promoveu uma interseção de seus interesses, fazendo com que as atividades não se restringissem à avaliação, mas também promovessem a defesa de direitos. Acreditamos que esse processo fortaleceu o papel e o reconhecimento público da Ouvidoria, que é uma instituição nova para promoção e defesa dos direitos humanos das mulheres dentro da infra-estrutura da democracia Argentina,⁴¹ e que se construiu sobre a base das experiências de outros países latino-americanos.⁴²

Concluindo, hoje, o principal desafio articulado por Jacobson, é a aplicação de princípios de saúde pública e de direitos humanos às políticas de saúde reprodutiva:

“Precisamos de compromissos de longo prazo por parte dos atores institucionais no sentido de trabalhar com a sociedade civil para alcançar essas metas; e um compromisso recíproco por parte dos atores da sociedade civil no sentido de se articularem com as instituições de forma pro-ativa e, ao mesmo tempo, manter sua independência e habilidade em defender direitos para obter mudanças de fora do sistema de saúde.”⁴³

Agradecimentos

Esta pesquisa teve o apoio da Fundação Ford e da Agência Nacional de Promoção da Pesquisa da Argentina. Somos gratos à Lila Alzenberg e Cynthia del Rio Fortuna por suas contribuições, Betty Galiano e Nina Zamberlin pela tradução desse trabalho do espanhol para o inglês, Alícia de Santos pela edição e Mariana Romero por seu apoio. Somos também gratos aos colegas Diana Maffia, Beatriz Kohen, Malu Moreno, Paula Bodnar e Carmen Hernáez, com quem partilhamos essa experiência desafiadora. Por fim, nossos agradecimentos aos profissionais de saúde e às mulheres que generosamente dispuseram de seu tempo e valiosas informações.

Referências

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1° de julio de 1999). Caracas: FPNU en Venezuela, 2003.
2. CEPAL. Comité Especial de Población y Desarrollo Conmemoración del Décimo Aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL, 2004.
3. Family Care International Enfrentando el Desafío del Cairo. Aprendizajes y Acciones Futuras, capítulo III, Ampliar el contenido y diversidad de los servicios de salud reproductiva, sección 4. New York: FCI, 1999-2000. p. 10.
4. Haslegrave, M. Implementing the ICPD Programme of Action: what a difference a decade makes. *Reproductive Health Matters* 2004; 12 (23): 12-18.
5. Petchesky, R. P. *Gendering Health and Human Rights*. London: Zed Books, United Nations Research Institute for Social Development, 2003.
6. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos. Em: *Derechos Humanos en la Argentina Informe 2002-2003*. Buenos Aires: CELS, 2003.
7. Ramos, S., Romero, M., Karolinski, A., et al. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
8. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. El embarazo en la adolescencia: diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Executive Summary. At: <http://www.cedes.org/informacion/index2.html>.
9. Walt, G., Gilson, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning* 1994; 9 (4): 353-70.
10. Kingdon, J. *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Harper Collins, 1995.
11. Reich, M. Applied political analysis for health policy. *Current Issues in Public Health* 1996; 12 (4): 186-91.
12. Foltz, A. The policy process. Em: Janovsky, K., editor. *Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research*. Geneva: World Health Organization, 1996. p. 207-23.
13. World Health Organization. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva, traducido por CEDES. WHO: Buenos Aires, 2001.
14. Berer, M. Sexuality, rights and social justice. *Reproductive Health Matters* 2004; 12(23): 9.
15. Gutiérrez, M. A., Gogna, M., Ramos, S. Hacia nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado: la experiencia de mujeres autoconvocadas para decidir en libertad (Argentina). In: Doria Bilac, Baltar da Roca, M. I, editores. *Saúde reproductiva na América Latina e no Caribe. Temas e problemas*. São Paulo: PROLAP-ABEP-NEPO/ UNICAMP, 1998.
16. Petracci, M. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Norma, 2004.
17. CELS, CLADEM, FEIM, Instituto Social y Político de la Mujer. *Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del Estado argentino*. Contrainforme. Buenos Aires: 2002.
18. Cesilini, S., Gherardi, N. Los Límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina. Buenos Aires: Banco Mundial, 2002.
19. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Plan Federal de Salud. May 2004. At: http://www.msal.gov.ar/hm/site/institucional_planfederal.asp.
20. Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES. Encuesta de opinión pública sobre salud reproductiva, Executive summary, 2003.
21. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina [Round Up]. *Reproductive Health Matters* 2000; 8 (16): 185.
22. Vitale, A. La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino? *Cuadernos Médico Sociales*. 1992; 59: 19-25.
23. Donabedian, A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. *Perspectivas en Salud Pública*. México DF: Instituto de Salud Pública, 1990.
24. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly* 1966; 44: 166-206.
25. Bruce, J. Elementos fundamentales de la calidad de la atención: Un marco conceptual sencillo. Documentos de Trabajo 21. México DF: Population Council, 1998.
26. Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental. *Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género*. Nueva York: IPPF/WHR, 2000.
27. Matamala, M. I. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reproductive Health Matters* 1998; 6 (11): 10-21.
28. Reyes Zapata, H., Cuevas, M. I., Robledo, C., et al. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una pers-

- pectiva de género. Documento de Trabajo 29. México DF: Population Council, 1999.
29. Valdéz, T. (coord.) El índice de Compromiso Cumplido. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género. Santiago: FLACSO, 2001.
 30. Petracci, M. Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios. Informe final de investigación. Beca Conapris, 2003.
 31. Petracci, M., Ramos, S., Romero, M. Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cervicouterino, Informe final. PATH, 2002
 32. Encuesta de disponibilidad de servicios de planificación familiar (EDIS), Peru, 1992. Citado en Consorcio Mujer. Calidad de atención en la salud reproductiva. Una mirada desde la ciudadanía femenina. Peru, 1998.
 33. Langer, A., et al. Conceptual bases evaluation of women's and providers' perception of the quality of antenatal care in the WHO antenatal Care Randomized Controlled Trial. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1998; (12 Suppl.): 2.
 34. Maffía D., Kchen B. Moreno M. et al. Programa Ciudadanía y Sexualidad. Manual para Organizaciones de la Sociedad Civil. Buenos Aires: Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, CEDES, 2004.
 35. Código Penal Libro II, Título I. Delitos contra las personas, Capítulo 1, Delitos contra la vida.
 36. Checa, S., Rosenberg, M. I. Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública Buenos Aires: Ediciones El Cielo por Asalto, 1996.
 37. Checa, S. Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un estudio de abortos hospitalizados por complicaciones postabortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. Trabalho apresentado no Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Género. Barcelona, 23-27 de julho de 2002.
 38. Bodnar, P., Böhmer, M., Luna, F., et al. Salud pública y anencefalia. Buenos Aires: CEDES, FLACSO, 2004.
 39. Steele, C., Chiarotti, S. With everything exposed: cruelty in post-abortion care in Rosario, Argentina. *Reproductive Health Matters* 2004; 12 (24 Suppl.): 39-46.
 40. Weller, S. Sexualidad y Servicios de salud: un desafío para la Gestión en VIH-SIDA, Serie Seminarios Salud y Políticas Públicas. Buenos Aires: CEDES, 2004.
 41. Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoria del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Ciudadanía y Sexualidad. Buenos Aires: 2004.
 42. Abad Yupanqui, M. Garantías Constitucionales y derechos de las mujeres: defensoria del pueblo, Hábeas y amparo. Em: Facio, A., Fries, L., editores. Género y Derecho. Santiago: LOM Ediciones, 1999. p. 371-405.
 43. Jacobson, J. L. Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reproductive Health Matters* 2000; 8 (15): 21-32.

Resumo: Desde 1991, existem leis provinciais de saúde reprodutiva na Argentina, que compõem um programa nacional de amplo alcance e forte consenso popular em apoio às políticas de saúde reprodutiva. No entanto, ainda é preciso fortalecer os serviços públicos, aumentar o número de postos de atendimento e responder às críticas conservadoras. Este artigo descreve uma avaliação do programa de saúde reprodutiva na cidade de Buenos Aires, realizada em 2000. O objetivo da iniciativa era evitar a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis, entre elas, a AIDS, além de treinar profissionais de saúde. O programa funciona em todos os hospitais públicos e centros de atendimento primário da cidade. A avaliação foi conduzida em parceria com o Departamento de Ouvidoria de Buenos Aires e o Centro de Estudos de Estado e Sociedade (CEDES). Foram amplamente disponibilizados contraceptivos hormonais, DIU e preservativos masculinos, mas não a contracepção de emergência, preservativos femininos e outros métodos de barreira. Alguns profissionais de saúde e usuários conheciam bem a nova legislação e os direitos reprodutivos por ela reconhecidos. Mais de 90% dos profissionais estavam satisfeitos com a qualidade dos serviços prestados, mas muitos relataram uma carga de trabalho excessiva, infra-estrutura deficiente, e falta de material e pessoal. O motivo mais frequente de reclamações junto à Ouvidoria foi a procura de serviços para obter a cirurgia de laqueadura, seguido da prevenção do HIV, qualidade dos serviços e aborto. Foram implementados treinamento e informação para profissionais de saúde, mulheres e ONGs.