USAID

APOIO AOS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA NO *Brasil*

COSTA RICA
PANAMA
VENEZUELA
GUYANA
SURINAME
FRENCH GUIANA
COLOMBIA
ECUADOR
CEARA
BRAZIL
PERU
BAHIA
BOLIVIA
PARAGUAY
ARGENTINA
URUGUAY
CHILE
FALKLAND ISLANDS
SOUTH GEORGIA ISLAND

USAID

APOIO AOS PROGRAMAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E SAÚDE REPRODUTIVA NO Brasil

ÍNDICE

Resumo 2

Introdução 3

O contexto brasileiro 4

Mais de trinta anos de apoio da USAID 6

Os anos finais: mudança de estratégia 8

Realizações do programa 9

Desafios remanescentes 16

Lições aprendidas 17

Oportunidades de crescimento e investimento 19

Referências 20

Apêndice 21

Reconhecimentos 23

RESUMO

A Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID—U.S. Agency for International Development) deu apoio a programas de planejamento familiar e saúde reprodutiva no Brasil durante mais de 30 anos.

De 1992 a 2000, os últimos anos do programa, a USAID concentrou a maioria de suas atividades na Bahia e no Ceará, dois estados do Nordeste, região das mais pobres do Brasil, onde os indicadores apontavam deficiências na área de saúde reprodutiva tanto entre homens quanto mulheres. A estratégia final também confirmou a intenção da USAID de concluir os últimos estágios do programa de apoio às atividades de planejamento familiar no Brasil até o ano 2000, quando então todas as atividades deveriam tornar-se auto-sustentáveis. Foram muitas as iniciativas das quais a USAID participou no Brasil, mas este relatório busca resumir o apoio técnico e financeiro que a USAID deu ao planejamento familiar e à saúde reprodutiva, concentrando-se nas atividades principais realizadas de 1992 a 2000.

Ao longo dos anos, os programas da USAID ajudaram a criar uma política mais favorável ao desenvolvimento de atividades de planejamento familiar e saúde reprodutiva no Brasil. A situação melhorou sensivelmente em termos de políticas e diretrizes e isto permitirá a existência de um programa forte e contínuo após a saída da USAID. A assistência técnica da USAID na pesquisa e coleta de dados deu maior qualidade e credibilidade às informações de saúde reprodutiva utilizadas na elaboração das políticas públicas, no planejamento e nas avaliações dos programas. O apoio da USAID à introdução de novos métodos anticoncepcionais ampliou a oferta de métodos disponíveis às mulheres, apesar do uso de novos métodos ainda continuar baixo. A estratégia de retirada paulatina aproveitou os recursos e redes do setor comercial privado, ajudando a expandir o alcance dos métodos e a baixar o custo das compras de produtos básicos feitas pelo setor público.

Além disso, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)—primeira organização não-governamental de planejamento familiar a receber assistência da USAID nos anos 60—conseguiu, antes do final de 2000, reorientar seu programa e estratégias financeiras para se tornar praticamente auto-sustentável. Talvez um dos projetos bem-sucedidos mais marcantes, já que iniciou-se relativamente tarde em 1996, foi o Projeto de Melhoria de Desempenho e Reconhecimento da Qualidade (PROQUALI), um novo modelo de prestação de serviço centrado no usuário para o setor público. Nos dois estados onde foi implantado, o PROQUALI melhorou de forma considerável a prestação de serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva, abrindo um potencial significativo de expansão futura.

Várias lições foram aprendidas a partir das experiências das várias agências apoiadas pela USAID ao longo dos anos. Muitas destas lições se relacionam com a importância dos parceiros locais investirem seus próprios recursos humanos e financeiros nas atividades dos programas. As agências que tiveram o apoio da USAID também enfatizaram a importância de uma estratégia de retirada muito bem definida, com tempo suficiente para sua implementação.

No futuro imediato, será essencial identificar oportunidades adicionais de expansão de muitas das iniciativas inovadoras e de sucesso introduzidas com o apoio da USAID. Com este relatório, espera-se que as organizações interessadas possam entender os resultados mais positivos das atividades da USAID no Brasil, aproveitando suas lições para identificar oportunidades de investimento futuro.

INTRODUÇÃO

A USAID foi pioneira, no final dos anos 60, liderou o início da participação de instituições doadoras no planejamento familiar no Brasil, tendo permanecido por mais de 30 anos como a principal instituição doadora na área de assistência à saúde reprodutiva, até o encerramento do programa em setembro de 2000.

Durante essas três décadas, o programa sofreu não só mudanças em sua estratégia geral, na concepção dos programas e no seu financiamento, mas também experimentou êxitos e alguns projetos não tiveram os resultados esperados.

O apoio da USAID aos programas de planejamento familiar e saúde reprodutiva do Brasil pode ser dividido em três períodos distintos. O primeiro constituiu a fase mais longa de assistência, tendo ido do final dos anos 60 até 1988. Em seguida, o programa passou por uma fase de transição, de 1989 a 1992, quando foi necessária uma reformulação de sua área de atuação. A última fase durou de meados de 1992 a setembro de 2000. Durante este período final, a USAID modificou a ênfase do seu programa e demonstrou claramente sua intenção de encerrar o suporte a programas de planejamento familiar no Brasil até setembro de 2000.

Este relatório busca fazer um resumo dos períodos iniciais de apoio da USAID e destacar as principais realizações durante a fase final do programa. Procura ainda oferecer aos gerentes de programas, às autoridades responsáveis pelo estabelecimento de políticas e diretrizes e aos doadores internacionais uma melhor percepção dos resultados alcançados e lições aprendidas com o programa, além de apontar oportunidades e sugerir modelos a serem implementados e ampliados no Brasil e outros países.

O CONTEXTO BRASILEIRO

O Brasil é o maior país da América Latina—sua população de 168 milhões representa quase um terço de toda a população da América Latina e Caribe.

Um percentual muito alto da população do país (aproximadamente 80%) vive em áreas urbanas e, desta população, uma grande parte está concentrada na região mais industrializada do Sudeste, que inclui as capitais São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. O produto interno bruto do Brasil, de US$4.630 per capita, é ligeiramente inferior à média de outros países de renda média alta, porém superior à média da região. Apesar de ter um nível de renda nacional relativamente alto, o Brasil ainda sofre de atraso com relação a outros países da região em indicadores sociais importantes tais como a mortalidade infantil. Isto se deve em parte às dramáticas diferenças regionais existentes no Brasil. Por exemplo, a renda per capita de São Paulo, estado mais rico do país, é sete vezes superior à do Piauí, o estado mais pobre. Estas diferenças de rendas também podem ser observadas entre ricos e pobres das áreas urbanas.

Entre o início da década de 60 e o final da década de 90, o Brasil passou por mudanças sociais e demográficas dramáticas. A taxa de crescimento anual da população reduziu-se de 3% nos anos 60 a 1,3% nos anos 90. O número médio de partos diminuiu de 6 para 2,4 por mulher e, ainda mais importante, o percentual de casais que fazem planejamento familiar aumentou de aproximadamente 10% no início dos 60 a 77%, em 1996.[1] A transição

demográfica já estava ocorrendo nos centros urbanos mais prósperos do Sudeste no início dos anos 60, porém o processo somente começou a instalar-se nas regiões do Norte e Nordeste nos anos 80. Mesmo hoje em dia, a freqüência de mudanças demográficas continua muito mais lenta em certas regiões rurais do Norte do que no resto do país.

Também o sistema de saúde brasileiro passou por mudanças dramáticas nas últimas duas décadas. A volta ao governo civil nos anos 80 deu início a um importante processo de reexame do sistema de saúde do Brasil. A Constituição de 1988 estabeleceu o direito de toda a população a receber gratuitamente o atendimento básico de saúde, algo que, claramente, o sistema de saúde existente não conseguia oferecer. Para conseguir maior eqüidade e eficácia na alocação dos recursos, o Governo criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Parte do processo de reforma consistiu em descentralizar gradualmente o atendimento de saúde, passando muitas unidades de saúde e grande parte do pessoal aos municípios e assumindo o compromisso de dar apoio financeiro por meio de esquemas de distribuição de receitas. Infelizmente, estas mudanças ocorreram em uma época em que as condições macroeconômicas e fiscais do país se deterioravam. Em razão disso, o SUS continuou a passar por dificuldades e, depois de quase uma década de experiência, viu-se que a população mais pobre continuava pior servida e gastava mais do próprio bolso com saúde e medicamentos do que antes do sistema ser inaugurado.[2] A partir de 1994, o Governo Brasileiro vem trabalhando para reformar e melhorar o modelo SUS, ampliando seu alcance à área de atendimento primário e tentando melhorar a resposta às necessidades dos grupos de renda mais baixa.

A demanda por serviços de planejamento familiar expandiu-se rapidamente no Brasil. De acordo com a Pesquisa Demográfica e de Saúde (DHS) de 1996, 77% das mulheres formal ou informalmente unidas usam a contracepção. A esterilização é de longe o

método mais prevalente, usado por 42,7% das mulheres, se bem que, até 1997, as ligações tubárias eram ilegais porém executadas geralmente de forma encoberta após cesarianas. Os anticoncepcionais orais constituem o segundo método mais amplamente usado, com 20,7% do total.[3] O setor público é o principal provedor de métodos anticoncepcionais de longo prazo e permanentes. As unidades de saúde públicas ou hospitais privados que são membros do Sistema Único de Saúde são responsáveis por 80% das esterilizações femininas. Apesar do uso de dispositivos intra-uterinos (DIU's) ser relativamente muito baixo, 70% dos DIU's são disponibilizados pelo setor público. As farmácias privadas são a principal fonte de anticoncepcionais orais (aproximadamente 90%, de acordo com a DHS de 1996). O rápido crescimento da demanda por serviços de planejamento familiar pode ser atribuído a vários fatores: rápido crescimento urbano e metropolitano, aumento do nível de escolaridade e mudanças nos papéis sociais das mulheres.

Os movimentos de luta pelos direitos das mulheres começaram a defender, já no início da década de 80, a necessidade de um plano de ação abrangente na área de saúde reprodutiva. Em 1984, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual já incorporava muitos dos elementos de saúde reprodutiva que seriam abordados uma década mais tarde, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (ICPD). O interessante é que a ICPD recomendou o sistema de saúde reprodutiva, inclusive de planejamento familiar, que já tinha sido definida no Brasil. No entanto, a indefinição política e econômica do final da década de 80 e início dos 90 impediu que o Governo Brasileiro implantasse o PAISM.

Em 1994, em ambiente de crescente estabilidade econômica e dentro do compromisso assumido pelo novo governo, o Brasil começou a implantar um programa de atendimento de saúde familiar que incorporava o modelo do PAISM. Em função disso, os serviços municipais de atenção básica passaram a integrar, cada vez mais, os serviços de saúde reprodutiva, inclusive de planejamento familiar. Também houve uma melhoria no atendimento pré-natal, além de uma melhor integração da prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

Apesar da perspectiva ser agora, em 2000, mais positiva do que no início da década de 90, o sistema de atendimento de saúde do Brasil ainda enfrenta desafios consideráveis.

Apesar da perspectiva ser agora, em 2000, mais positiva do que no início da década de 90, o sistema de atendimento de saúde do Brasil ainda enfrenta desafios consideráveis. Os recursos destinados à saúde continuam problemáticos e a descentralização dos serviços gerou novos problemas políticos. Em muitos locais, os usuários continuam a ser tratados de forma insatisfatória pelo sistema público de saúde. Existem ainda desigualdades no acesso aos serviços e distorções na alocação de recursos que favorecem aos usuários de renda mais elevada.

MAIS DE TRINTA ANOS DE APOIO DA USAID

O suporte da USAID ao planejamento familiar no Brasil começou ao final dos anos 60, quando foi dada assistência à então recém-criada BEMFAM, por intermédio da International Planned Parenthood Federation (IPPF).

A BEMFAM tornou-se uma afiliada oficial da IPPF em 1967. No final dos anos 60 e durante a década de 70, o apoio da USAID ampliou-se, passando a incluir outras organizações não governamentais (ONG's) envolvidas na prestação de serviços de planejamento familiar, no treinamento de profissionais de saúde e na elaboração de pesquisas demográficas. Durante muitos anos, o apoio da USAID continuou concentrado nas atividades das ONG's e universidades. Essa estratégia era consistente com o programa geral de assistência da USAID, que se concentrava no fortalecimento das organizações brasileiras e no desenvolvimento de "centros de excelência". Durante esse período, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Fundação Ford eram as únicas outras fontes contínuas de financiamento das atividades de planejamento familiar. Em 1975, a USAID encerrou seu programa de assistência ao desenvolvimento no Brasil, mas um adido da Embaixada Americana, responsável pela área de desenvolvimento, continuou a administrar o programa de planejamento familiar.

Com a deterioração da economia brasileira nos anos 80, a USAID voltou a abrir seu escritório em 1985 com o fim de dar assistência a instituições brasileiras que trabalhavam com vários problemas "essenciais" e de impacto global, entre eles HIV/AIDS, aquecimento global e planejamento familiar. Depois da transição do Brasil à democracia, a USAID começou a desenvolver um enfoque estratégico mais amplo para suas atividades de planejamento, de forma a incluir o setor público e o setor comercial privado. No entanto, as restrições impostas pelo Congresso dos EUA à ajuda externa não permitiram que a USAID prestasse assistência direta ao governo federal, devido ao atraso do Brasil no pagamento da dívida externa e à sua recusa em assinar o Tratado

A USAID voltou a abrir seu escritório para dar assistência a instituições brasileiras que trabalhavam com várias questões críticas e de impacto global, entre eles HIV/AIDS, aquecimento global e planejamento familiar.

de Não Proliferação Nuclear. A assistência somente podia ser prestada às ONG's, ao setor comercial privado e aos governos estaduais.

Durante esse período, o programa dedicou-se à construção de um cenário mais positivo em termos da política pública de planejamento familiar, apoio à elaboração de pesquisas demográficas e operacionais e fortalecimento da qualidade dos serviços prestados, dando assistência à aquisição de métodos contraceptivos, treinamento (principalmente das ONG's) e desenvolvimento de materiais educacionais para profissionais de saúde e usuários.

De 1989 a 1992, a USAID começou a modificar gradualmente o enfoque do seu programa na área de planejamento familiar e saúde reprodutiva. Com o fim de 20 anos de governo militar em 1984 e na medida em que se fortalecia a democracia, a USAID começou a considerar novas formas de prestar assistência ao planejamento familiar no Brasil. A pesquisa de Demografia e Saúde (PDS) de 1986—a primeira conduzida no Brasil—forneceu importantes dados de âmbito nacional sobre a situação da saúde reprodutiva dos brasileiros, trazendo à tona as diferenças extremas das condições de saúde entre regiões mais ricas e mais pobres. A USAID começou também a incentivar as ONG's, às quais vinha dando assistência há muitos anos, a começar a preparar planos de sustentabilidade. Muitas dessas organizações não sobreviveram à transição, pelo menos da forma em que vinham operando. Todos estes fatores levaram à concepção de uma nova fase de encerramento do trabalho de assistência da USAID no Brasil.

OS ANOS FINAIS: MUDANÇA DE ESTRATÉGIA

Em julho de 1992, a USAID deu início a uma nova estratégia de assistência ao planejamento familiar no Brasil, depois de observar que o alto índice geral de prevalência da contracepção (66% em 1986) encobria realidades perturbadoras no sistema de prestação de serviços de planejamento familiar. Por exemplo, quase 80% de todos os usuários da contracepção dependiam de apenas dois métodos: esterilização feminina e anticoncepcionais orais. No Nordeste, onde as disparidades sociodemográficas eram ainda mais pronunciadas, o uso de anticoncepcionais orais vinha se reduzindo, enquanto crescia a dependência na esterilização feminina (e aborto).

A nova estratégia da USAID buscava concentrar-se na melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população de dois estados do Nordeste, Bahia e Ceará, ampliando as opções de métodos anticoncepcionais, melhorando a qualidade da orientação oferecida e aperfeiçoando o processo de escolha bem informada e uso dos métodos por parte dos usuários. Além disso, a estratégia foi pensada de forma "a promover a sustentabilidade do planejamento familiar em sistemas adequados de prestação de serviços",[4] reconhecendo que os serviços de planejamento familiar necessitavam ser oferecidos dentro do contexto mais amplo de um sistema brasileiro de atendimento que focalizasse amplamente a saúde da família e das mulheres e a saúde reprodutiva. Em conseqüência, a USAID focalizou menos as ONG's, passando a trabalhar diretamente com os sistemas estaduais de saúde de dois grandes estados do Nordeste, Bahia e Ceará, onde era necessária a melhoria da qualidade dos serviços. Também, pela primeira vez, a estratégia deu maior prioridade ao "acesso aos recursos e à rede do setor comercial privado e à sua capacidade de prestação de serviços, produção e distribuição de produtos básicos".[5]

A USAID passou a trabalhar diretamente com dois grandes estados do Nordeste, Bahia e Ceará, onde era necessária a melhoria dos serviços.

Além disso, a USAID demonstrou claramente sua intenção de encerrar gradualmente as atividades do programa em um período de oito anos, cujo ano final seria 2000. Todas as atividades apoiadas pela USAID deveriam trabalhar para alcançar a auto-sustentabilidade, ou então identificar outras fontes doadoras até o final do programa. Uma das maiores preocupações era saber se os produtos anticoncepcionais, que haviam sido fornecidos em grandes quantidades pela USAID por várias décadas, continuariam a estar disponíveis a preços acessíveis por intermédio do setor público ou das ONG's.

REALIZAÇÕES DO PROGRAMA

De 1992 a 2000, várias atividades foram empreendidas dentro de um esforço combinado de várias agências de cooperação técnica financiadas pela USAID.

A assistência técnica da USAID estava concentrada em dois dos estados mais pobres: Bahia (12,5 milhões de habitantes) e Ceará (7 milhões). As atividades realizadas junto com autoridades estaduais de saúde da Bahia e do Ceará incluíram as seguintes:

- Planejamento estratégico;
- Treinamento de gerência e desenvolvimento de lideranças;
- Treinamentos dos profissionais de saúde em pré-atendimento e atendimento nos serviços
- Logística de aquisição de métodos contraceptivos, distribuição e acompanhamento;
- Comunicação comportamental; e
- Análise situacional das unidades de saúde.

Além das atividades no âmbito estadual, a USAID deu suporte a algumas atividades nacionais do setor privado e de política pública. O apêndice traz uma lista das organizações dos EUA que executaram as atividades de âmbito nacional e estadual em cooperação com a USAID. As seguintes seções resumem e destacam as principais mudanças que resultaram destas atividades.

Mudanças no cenário da política de saúde pública

O cenário de política pública de saúde no qual se executaram as atividades de saúde reprodutiva e planejamento familiar no Brasil melhorou substancialmente desde 1992. Anteriormente, o programa tinha enfrentado mais de duas décadas de desacordo entre as organizações de planejamento familiar e as entidades de defesa dos direitos e da saúde das mulheres, as quais viam o apoio de instituições doadoras ao planejamento familiar como uma forma de "controle de população". Além disso, muitos brasileiros, dentro e fora do governo, resistiam ao envolvimento estrangeiro nesta área que era considerada de interesse nacional. Apesar de ainda haver alguma resistência nos anos 90, o clima geral melhorou consideravelmente. Atualmente, o governo apoia claramente o planejamento familiar no contexto da saúde reprodutiva.

A nova visão da saúde reprodutiva e do planejamento familiar que veio à tona durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 (ICPD) contribuiu significativamente para as mudanças que ocorreram no cenário de política pública de saúde. Os grupos de feministas do Brasil tiveram participação marcante no processo da conferência em Cairo e ajudaram a formular uma abordagem centrada no usuário, acordada e declarada no Programa de Ação da ICPD. A BEMFAM e as agências de cooperação técnica financiadas pela USAID incorporaram o processo iniciado no Cairo. A USAID incentivou o diálogo entre as organizações de planejamento familiar e as entidades de defesa dos direitos das mulheres, apoiou financeiramente sua participação na conferência do Cairo e estimulou suas agências cooperadoras a adotar os princípios do Programa de Ação do Cairo.

Nos anos posteriores à conferência do Cairo, a USAID e suas contrapartes mantiveram um perfil mais discreto na área de política pública, enquanto grupos nacionais militavam e discutiam questões de importância. Organizações brasileiras tais como a

Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, a Rede Nacional de Direitos e Saúde Reprodutiva da Mulher e o Centro Feminino de Estudos e Assistência (CFEMEA) assumiram a liderança na formulação e desenvolvimento das políticas nacionais referentes à população e à saúde e direitos reprodutivos. Entre outras atividades, lutaram para que o legislativo legalizasse a esterilização cirúrgica e métodos anticoncepcionais modernos. Estes grupos continuam a ter um papel ativo de militância nas áreas legislativa e regulatória, mobilizando o apoio público na discussão da saúde e direitos reprodutivos, e monitorando e controlando a oposição aos direitos sexuais e reprodutivos. A USAID e organizações de cooperação técnica contribuíram aos esforços de estabelecimento de políticas públicas oferecendo orientação e treinamento na área técnica, transpondo obstáculos de caráter normativo e conduzindo pesquisas demográficas.

Fortalecendo as bases de pesquisas

A assistência da USAID à pesquisa e coleta de dados deu sustentação ao desenvolvimento de políticas relacionadas à população e à saúde reprodutiva e às decisões sobre os programas desta área. Com o apoio técnico e financeiro da USAID, a BEMFAM fez uma aliança com o programa global "Pesquisa de Demografia e Saúde", para conduzir duas pesquisas nacionais (em 1986 e 1996) e a Pesquisa Regional do Nordeste, realizada em 1991. Estas pesquisas contribuíram enormemente à conscientização sobre as questões relacionadas à população e à saúde reprodutiva, em todos os níveis. A pesquisa de Análise Situacional contribuiu para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde e para a introdução de novos métodos anticoncepcionais e para envolver as comunidades locais no gerenciamento dos programas. A continuidade das pesquisas realizadas pela BEMFAM com o apoio do Ministério da Saúde (MS) indica claramente que a sustentabilidade técnica já foi alcançada.

Aumentando as opções dos métodos anticoncepcionais

Dada a forte dependência dos brasileiros em somente dois métodos anticoncepcionais, a USAID fez esforços no sentido de ampliar as opções de anticoncepcionais tanto no âmbito nacional como estadual. Estes esforços incluíram a reintrodução do DIU, a introdução dos anticoncepcionais injetáveis, a contracepção de emergência e o preservativo feminino. O Population Council fez estudos clínicos e de aceitabilidade dos novos métodos contraceptivos.

As iniciativas da USAID com o setor privado contribuíram para a introdução em larga escala de duas marcas de anticoncepcionais injetáveis de aplicação trimestral (Depo-provera e Tricilon), por meio de uma iniciativa de marketing social, primeiramente com o projeto "Social Marketing for Change" (SOMARC) e, depois, com o "Commercial Marketing Strategies". Além disso, uma nova companhia de fornecimento de anticoncepcionais, CEPEO, conseguiu reintroduzir com sucesso um DIU mais econômico no mercado comercial do Brasil—juntamente com outros produtos tais como espermicidas e diafragmas. Houve também uma forte expansão do marketing social de preservativos mais econômicos do grupo alemão Digitagle Kommunications Technik (DKT), sob o programa de HIV/AIDS, e lançamento do preservativo Prosex, pela BEMFAM. No momento, estas duas marcas constituem 17% do mercado nacional total de preservativos.

Unindo esforços com o Ministério de Saúde e com a Federação Brasileira Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), o Population Council promoveu uma série de seminários sobre contracepção de emergência e, logo após, o MS incluiu oficialmente o método nas Normas Brasileiras de Planejamento Familiar. Como resultado, um dos cinco maiores fabricantes e importadores farmacêuticos do Brasil registrou e introduziu no mercado comercial um anticoncepcional de emergência.

Todos estes esforços prepararam o campo para a expansão das opções de métodos anticoncepcionais no Brasil. No entanto, o uso de novos métodos ainda é bastante reduzido e, quando se compara o padrão de uso de anticoncepcionais com uma amostra populacional tal como a utilizada pelas pesquisas DHS, as mudanças somente ocorrerão gradualmente, mesmo com as novas opções anticoncepcionais com que contam as mulheres não esterilizadas. Além disso, existem ainda barreiras muito fortes ao uso mais amplo de novos métodos. Os provedores e

profissionais de saúde são tendenciosos contra métodos que exigem orientação e acompanhamento, resistindo particularmente ao DIU.

Garantindo o acesso a métodos anticoncepcionais mais econômicos

Em seu documento estratégico final, a USAID enfatizou a necessidade de aumentar a disponibilidade de produtos básicos anticoncepcionais para o setor público e as ONG's. Os anticoncepcionais orais têm sido fornecidos principalmente por intermédio de farmácias particulares—aproximadamente 90%, de acordo com os dados das pesquisas DHS—de forma que é relativamente pequena a demanda dos serviços públicos e ONG's. Houve alguma melhoria nas compras de anticoncepcionais por parte do setor público: alguns estados e grandes municípios compram, agora, seus próprios insumos básicos. O estado da Bahia foi um dos primeiros a comprar anticoncepcionais em 1997 e com sucesso conseguiu a participação de seus municípios em um programa de custos compartilhados, em 1999, gastando US$1,7 milhão na compra de anticoncepcionais. O MS está lançando uma iniciativa de compras nacionais de anticoncepcionais orais, injetáveis, DIU's e diafragmas. Estas compras em nível nacional fazem parte de uma medida "de transição", ao longo de três anos, para garantir que os estados e municípios desenvolvam sua própria capacidade de administrar as compras de anticoncepcionais de forma sustentável. A BEMFAM também está comprando métodos anticoncepcionais no mercado aberto a serem distribuídos a cerca de 1.100 municípios—algo que ainda não faziam há apenas cinco anos.

Apesar destas melhorias, continua questionável a disponibilidade a longo prazo dos produtos anticoncepcionais por intermédio do setor público. Com a descentralização do setor de saúde, os municípios acabarão se responsabilizando por suas próprias compras de produtos básicos. Apesar do pacote de serviços básicos financiados pelo SUS incluir, em princípio, o planejamento familiar, nem todos os municípios gastam realmente estes recursos no dito planejamento. Além disso, os métodos anticoncepcionais não estão ainda incluídos na lista de medicamentos básicos colocados à disposição da maioria dos municípios. Isto poderá se modificar no âmbito estadual. Por exemplo, no Ceará, os anticoncepcionais orais combinados são agora incluídos na lista de medicamentos básicos. Não está claro se os municípios menores terão condições para comprar métodos anticoncepcionais básicos, a não ser por intermédio de contratos com a BEMFAM ou contratos de compras em volume. Na verdade, muitos municípios compram outros medicamentos ao preço de varejo ao invés de atacado. Estes problemas terão que ser considerados com a continuação da descentralização.

Fortalecendo o setor privado

A decisão de direcionar os investimentos do programa em dois estados do Nordeste provocou, em compensação, uma menor atenção à questão do investimento comercial privado no planejamento familiar do que seria de se esperar. No entanto, a estratégia final da USAID conseguiu aproveitar os recursos e a rede do setor comercial privado, usando várias abordagens diferentes. A estratégia também partiu da hipótese de que, se uma grande organização de seguro de saúde, os seguros de terceiros e os planos de medicina de grupo incorporassem o planejamento familiar, uma combinação mais ampla de métodos anticoncepcionais poderia ser colocada à disposição do crescente número de brasileiros de classe média e alta associados aos planos privados de saúde.

Em várias áreas, a colaboração com o setor comercial privado produziu resultados importantes. Entre os exemplos estão o marketing social de anticoncepcionais injetáveis, feito em colaboração com vários fabricantes farmacêuticos multinacionais; a introdução de um anticoncepcional para emergências por parte de um dos maiores importadores e distribuidores farmacêuticos do Brasil; e a introdução pela CEPEO de DIU's econômicos e de uma série de outros métodos. Infelizmente, não tiveram sucesso os esforços para interessar uma grande organização de manutenção de saúde, a UNIMED, em incluir o planejamento familiar em seu pacote de benefícios e em expandir o acesso à população de baixa renda. A

Dada a forte dependência dos brasileiros em somente dois métodos anticoncepcionais, a USAID fez esforços no sentido de ampliar as opções de anticoncepcionais tanto no âmbito nacional como estadual.

UNIMED não conseguiu cumprir o compromisso assumido e, posteriormente, o apoio da USAID teve que ser retirado. Mesmo hoje, a maioria das organizações que oferecem pacotes de seguro de saúde continuam a não cobrir o planejamento familiar.

Fortalecendo a BEMFAM

Desde a sua fundação em 1965, a BEMFAM, organização afiliada à IPPF, recebeu um apoio contínuo da USAID em termos financeiros, técnicos e de fornecimento de produtos básicos. Nos últimos anos de seu programa, a USAID preocupou-se em garantir a sustentabilidade financeira e técnica da BEMFAM. Depois de um início mais lento, a BEMFAM encontra-se no rumo certo para atingir sua meta. Até o final de 2000, a BEMFAM conseguirá uma auto-suficiência de 91%—as receitas geradas pela própria organização cobrirão quase todas as suas despesas operacionais. A sustentabilidade da BEMFAM é possível por meio da combinação de muitas iniciativas diferentes. Talvez a mais importante, a BEMFAM conseguiu institucionalizar uma nova cultura dentro da organização, equilibrando seus objetivos de serviço social e sustentabilidade financeira.

A BEMFAM reestruturou seu departamento de marketing social e tem obtido maior sucesso na introdução e nas vendas de seu preservativo Prosex. Além disso, a BEMFAM conseguiu melhorar a rentabilidade e promoção de suas clínicas e laboratórios em Fortaleza, Recife e Rio de Janeiro, além de ter diversificado suas fontes de financiamento e áreas programáticas.

O programa de convênios da BEMFAM é uma parte importante de seu trabalho, oferecendo assistência de saúde reprodutiva a municípios dos estados do Nordeste por meio de acordos contratuais. Os serviços incluem os seguintes:

- treinamento da equipe de saúde municipal duas vezes ao ano;
- visitas mensais de supervisão a cada posto de saúde;
- fornecimento mensal de uma série de métodos (anticoncepcionais orais, preservativos, diafragmas, DIU's, injetáveis e espermicidas);
- treinamento em administração de estoque e manutenção de registros; e
- fornecimento gratuito aos usuários de material informativo sobre saúde sexual e reprodutiva e prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis.

"A BEMFAM é a salvação da maioria dos pequenos municípios".

—Autoridade ou profissional de saúde do Ceará

Em 2000, a BEMFAM manteve convênios com mais de 1.100 municípios, representando aproximadamente 2,3 milhões de usuários. Mesmo na Bahia, onde os serviços de planejamento familiar apoiados pelo governo cresceram rapidamente, a BEMFAM tem convênios com mais de 85% dos municípios do estado.

O futuro do maior programa da BEMFAM permanece incerto. Se os governos federal e estadual começarem a cumprir suas responsabilidades legais na área de saúde reprodutiva, haverá menor necessidade dos convênios. Mas os contratos da BEMFAM oferecem um serviço muito valioso aos municípios, sendo provável que continuem em demanda, particularmente na medida em que a BEMFAM continue a diversificar os serviços que oferece.

Introduzindo o PROQUALI

Em 1995, a USAID incentivou as agências de cooperação técnica a empreender um esforço programático comum junto às secretarias de saúde dos estados da Bahia e Ceará, com o fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde nas unidades de saúde da rede pública. O processo levou à introdução do Programa de Melhoria da Qualidade, ou PROQUALI, um modelo de prestação de serviços centrado no usuário, cujo objetivo é melhorar os serviços de saúde reprodutiva nas unidades de saúde do setor público. A abordagem PROQUALI foi idealizada de forma a combinar a experiência de várias iniciativas diferentes de melhoria da qualidade e incluir elementos de credenciamento, treinamento de gerência e promoção dos serviços. O programa PROQUALI representa um esforço conjunto de várias agências de cooperação técnica da USAID (Management Sciences for Health, JHPIEGO Corporation e Center for Communication Programs da Johns Hopkins University), dentro de uma abordagem que difere das iniciativas anteriores no âmbito dos estados. Juntas, estas três agências implementaram os vários estágios previstos no processo PROQUALI, entre eles:

- realização de uma avaliação básica da unidade de saúde, usando critérios padronizados de qualidade para identificar pontos fortes e pontos fracos;

- preparação de uma auto-avaliação da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva e de planejamento familiar oferecidos pela unidade de saúde;
- implementação de um processo contínuo de melhoria da qualidade, denominado TOQUES no Brasil;
- realização de uma série de entrevistas de saída com usuários, abordando a qualidade do atendimento, permitindo a apresentação de queixas e sugestões e trabalhando com grupos focais para identificar qual a percepção do usuário sobre a qualidade do atendimento;
- desenvolvimento e implementação de um plano de ação baseado nas avaliações acima descritas e seus resultados;
- realização de treinamento local e oferecimento de assistência técnica para melhorar as habilidades e tratar dos problemas de qualidade identificados durante as avaliações preliminares;
- repetição da avaliação depois de aplicadas as melhorias previamente acordadas;
- solicitação de credenciamento como unidade PROQUALI, cuja aprovação é dada por uma equipe externa depois que a unidade de saúde tiver atendido aos critérios de qualidade previamente acordados; e
- realização de uma cerimônia de credenciamento da clínica ou unidade de saúde, com a participação da comunidade local e seguida de campanhas comunitárias para aumentar a conscientização e a participação.

“É quase um milagre a mudança ocorrida na unidade de saúde quanto ao comportamento e aos serviços”.

—Autoridade ou profissional de saúde da SESA/Ceará, março de 2000

As unidades de saúde que participam do projeto PROQUALI se beneficiam das oportunidades de treinamento gerencial, formação de equipes de trabalho, treinamento das equipes nas unidades de saúde locais, melhorias das unidades de saúde (financiadas pelos municípios), abastecimento confiável de métodos contraceptivos e acesso a uma ampla gama de materiais informativos.

O treinamento gerencial incluiu desenvolvimento de lideranças, organização de serviços de qualidade, manuseio e logística dos métodos anticoncepcionais e sistemas de relatórios e informações. O treinamento no local de trabalho está intimamente ligado ao fortalecimento dos padrões técnicos utilizados no atendimento de saúde reprodutiva, desde as habilidades clínicas e prevenção de infecções à comunicação interpessoal.

O programa PROQUALI inclui uma ampla gama de excelentes materiais educacionais. A abordagem geral está refletida em uma estratégia de comunicações muito bem planejada, cujo lema é "Mulher é para se cuidar". Os materiais educacionais incluem cartazes e bandeiras para os provedores e usuários, cartões a serem utilizados nas sessões de orientação, murais, vídeos, posters, comerciais de rádio de 4 minutos apresentando diferentes métodos anticoncepcionais, teatro de rua, camisetas, bonés, além de letreiros e chapéus relativos às unidades de saúde. Estes materiais aumentam enormemente a visibilidade do sistema PROQUALI, garantem a veiculação de uma mensagem consistente e sempre voltada ao usuário por parte das unidades de saúde e dos meios de comunicação de massa, e aumentam a participação dos usuários nas decisões relativas à saúde.

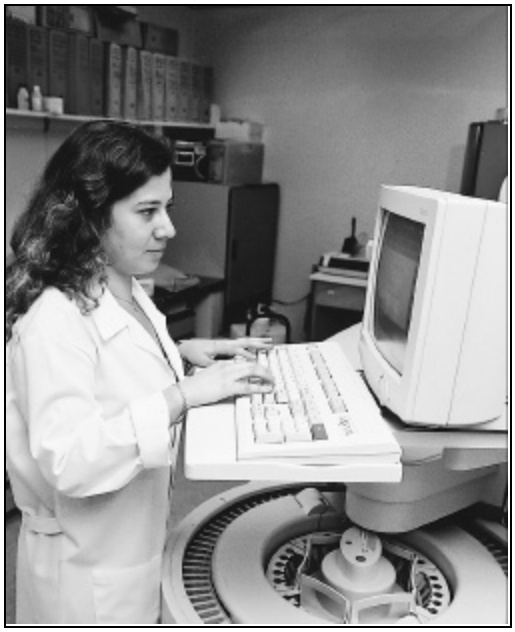
A abordagem sistemática de auto-avaliação, sugestões dos clientes e avaliação externa criou entre os provedores tanto das unidades de saúde locais como do município, um sentimento muito forte de interesse, responsabilidade e determinação, mobilizando o compromisso e recursos locais. As melhorias alcançadas na qualidade do atendimento dos serviços foram marcantes. O sistema conta com amplo apoio por parte das autoridades locais, além de ter delegado maior responsabilidade de planejamento familiar e saúde reprodutiva aos profissionais de enfermagem. Os auxiliares de enfermagem dão agora instrução a grupos e os auxiliares de enfermagem quando especialmente treinados, podem atender as consultas de retorno de planejamento familiar. Os enfermeiros podem realizar todos os procedimentos relativos aos métodos anticoncepcionais (exceto inserção do DIU), bem como fazer o atendimento de pré-natal e exames de Papanicolau. Os médicos são necessários para os casos mais complicados e para a inserção do DIU. A abordagem teve como resultado um melhor aproveitamento dos recursos existentes e acesso à informação de saúde reprodutiva. É interessante observar que o modelo PROQUALI também influenciou a qualidade de serviço em outras áreas de atendimento primário de saúde, já que os profissionais de saúde aplicam naturalmente o conhecimento e comportamento recém-adquiridos a suas outras áreas de trabalho.

"Cliente satisfeito, prefeito reeleito' é uma frase cada vez mais ouvida nos municípios da Bahia e Ceará".

Apesar do seu sucesso durante a fase de introdução, o núcleo PROQUALI é ainda bem pequeno. Na Bahia, duas unidades de saúde foram incluídas na fase piloto do PROQUALI, de setembro de 1996 a setembro de 1998. Durante a fase de expansão, mais 10 unidades de saúde adicionais foram incluídas, atingindo um total de 12. No Ceará, três postos de saúde foram incluídos na fase piloto, depois ampliada para incluir mais 14 postos, atingindo um total de 17 unidades de saúde em 12 municípios. No Ceará, o

modelo PROQUALI foi também adotado pelo Estado em seu sistema de atendimento primário de saúde e programa de saúde da família, sendo que este último vem estabelecendo critérios de qualidade para as áreas de saúde de adolescentes, atendimento pré-natal, DST/AIDS, hipertensão, diabetes, saúde dentária e imunizações.

Tanto a Bahia como o Ceará têm planos para expandir o PROQUALI a todo o estado, sendo que a maior parte dos custos de desenvolvimento já foi investida e não necessita ser repetida. Os custos operacionais do programa são modestos, referindo-se, em sua maioria, a pessoal adicional, treinamento e viagens. Como as melhorias de infra-estrutura são cobertas por orçamentos municipais, os custos operacionais provavelmente continuarão a ser cobertos por tais orçamentos.



Gerenciamento logístico

O apoio ao gerenciamento logístico é outra contribuição importante da USAID aos programas do Ceará e Bahia. Na Bahia, a Pathfinder International desenvolveu o SISMAC, um sistema de informações de gerenciamento de múltiplos objetivos, para ser usado na área de saúde reprodutiva. Este programa automático, baseado no software Delphi, permite que a secretaria de saúde do estado receba dos municípios os dados mensais de logística de medicamentos básicos, prestação dos serviços e treinamento. Os dados são usados para monitoração, tomada de decisões e planejamento. Na Bahia, o sistema está sendo usado atualmente para os programas de saúde da mulher, mas podem ser ampliados para outros programas. No Ceará, a organização Management Sciences for Health desenvolveu um projeto paralelo utilizando o software da BEMFAM. O sistema do Ceará foi projetado para integrar o gerenciamento logístico de métodos contraceptivos ao sistema logístico farmacêutico geral da Secretaria de Saúde do Estado. No âmbito nacional, o MS solicitou à Pathfinder uma adaptação do SISMAC para monitorar o fluxo de medicamento e prestação de serviços entre os níveis federal, estadual e municipal.

Desenvolvimento de lideranças

A USAID também apoiou o projeto e implementação inicial de um programa inovador de desenvolvimento de lideranças—agora inteiramente sustentável—para a Secretaria de Saúde do Ceará. O objetivo do programa era criar um grupo básico de líderes de saúde pública do estado. O programa começou em 1998 e recebeu inscrições de mais de 400 pessoas da área de saúde tanto estadual como municipal. A USAID ofereceu suporte financeiro na concepção do programa inicial de treinamento para desenvolvimento de lideranças e cobriu os custos dos primeiros 100 participantes. O treinamento concentrou-se no desenvolvimento de técnicas de liderança pessoal e profissional por parte dos participantes, num contexto de saúde pública. Ao final do treinamento inicial, os participantes preparam seus próprios planos de ação profissional, os quais são periodicamente revistos durante a reciclagem do treinamento oferecida pela Secretaria de Saúde do Estado. Atualmente, a Secretaria de Saúde do Estado está planejando estender o programa com o auxílio de outras instituições doadoras, para incluir outros tipos de aprendizado à distância e treinamento tecnológico de aperfeiçoamento do desempenho gerencial. O novo programa terá o nome de LeaderNet.

As unidades de saúde que participaram do projeto PROQUALI se beneficiaram das oportunidades de treinamento gerencial, formação de equipes de trabalho, treinamento das equipes nas unidades de saúde locais.

DESAFIOS REMANESCENTES

De 1992 a 2000, foram realizadas várias atividades pelo esforço combinado de muitas agências de cooperação técnica financiadas pela USAID.

O apoio da USAID aos programas de saúde reprodutiva e, particularmente, ao planejamento familiar, introduziu mudanças importantes na forma em que os serviços são prestados no Brasil. Mesmo assim, são ainda necessárias melhorias adicionais nos vários níveis do atendimento (unidades de saúde públicas periféricas, hospitais e clínicas privadas) e áreas de assistência (prestação de serviços, normas e ensino de estudantes de medicina), bem como intervenções fora do setor de saúde (por ex., permanência dos adolescentes nas escolas). Com a continuidade da descentralização dos serviços de saúde, torna-se necessário aumentar o apoio aos programas de saúde reprodutiva para reforçar as conquistas mais recentes. No nível universitário, são ainda necessárias mudanças importantes no currículo básico dos cursos de medicina e na especialização exigida dos médicos de família. Além disso, exige-se uma maior colaboração com os serviços privados de saúde, os quais têm um papel crítico no atendimento de saúde reprodutiva.

Vários grupos importantes continuam sem receber um atendimento adequado. Durante a década de 90, o índice de gravidez entre adolescentes aumentou significativamente não só nos dois estados apoiados pela USAID—mas em outros estados também. O aumento significativo da gravidez entre adolescentes

traz à tona a discussão sobre como tratar das necessidades de saúde reprodutiva deste grupo vulnerável de uma forma mais coerente e sistemática. Apesar de certas atividades específicas terem tido impacto sobre o grupo de adolescentes, este grupo não era alvo sistemático do programa da USAID. Além disso, existem ainda grupos consideráveis da população mais pobre que continuam mal servidos, tanto em áreas urbanas como rurais. Os estados do norte do Brasil enfrentam um enorme desafio neste sentido já que, nessa região, as áreas que não dispõem de serviços são muito maiores do que na Bahia ou no Ceará. Agora que a Lei de Planejamento Familiar de 1998 legalizou a vasectomia, devem ser ampliados os serviços de planejamento familiar voltados para os homens, dando maior atenção ao envolvimento masculino nas questões de saúde reprodutiva.

LIÇÕES APRENDIDAS

Várias lições resultam das experiências vividas pelas muitas organizações de cooperação técnica que trabalharam no Brasil, com a assistência técnica da USAID, de 1992 a 2000.

Muitas das lições ressaltam a importância de que as contrapartes locais invistam seus próprios recursos humanos e financeiros em atividades do programa. Para conseguir isso, os líderes comunitários locais devem estar envolvidos no processo de planejamento desde o início.

Planejamento de Programas

- Estrategicamente, a combinação das atividades dos programas de saúde reprodutiva dos níveis estadual e nacional criou uma maior sinergia, fazendo com que o impacto fosse muito mais amplo do que se o programa USAID tivesse concentrado todos os seus recursos em apenas um destes dois níveis.
- O planejamento inicial do programa leva tempo e exige uma boa dose de flexibilidade. A colaboração entre as várias e diferentes agências tornou-se muito mais fácil quando organizada em torno de uma "idéia" de programa, tal como o PROQUALI.
- Durante a implementação do programa, é essencial envolver todos os parceiros mais importantes na avaliação do progresso e na tomada de decisões sobre os objetivos e estratégias do programa. As reuniões anuais da USAID com os grupos interessados foram uma ferramenta valiosa nesse processo.
- Os líderes comunitários locais devem estar envolvidos no planejamento, de forma a maximizar a adequabilidade e sustentabilidade do programa. Também é importante solicitar que os parceiros locais invistam seus próprios recursos, se bem que não podem ser esquecidas as suas limitações financeiras.

Avaliação

- Os sistemas de avaliação, inclusive indicadores e resultados esperados, necessitam estar muito bem estabelecidos já no início do programa.
- Os responsáveis locais por programas e políticas públicas necessitam estar envolvidos na análise de dados, apesar disto prolongar a duração do processo. Também necessitam estar envolvidos durante todo o programa.
- Os sistemas de avaliação devem estar equilibrados quanto ao nível de informações necessárias para monitorar um programa, evitando sobrecarregar os parceiros locais com exigências muito intensas ou pouco realistas de preparação de relatórios.

Os líderes comunitários locais devem estar envolvidos no planejamento de forma a maximizar a adequabilidade e sustentabilidade do programa.

Liderança e Reconhecimento

- Uma forte liderança é essencial ao sucesso do programa. As técnicas de liderança podem ser ensinadas e aprimoradas—estas técnicas não "surgem do nada". Líderes fortalecidos podem mobilizar os recursos de forma muito melhor e concentrar sua atenção nas questões técnicas e políticas.

- A liderança é necessária para motivar os profissionais locais de todos os níveis, durante todo o programa.
- O reconhecimento externo pode ajudar a motivar os participantes locais. A cobertura da imprensa e da mídia é valiosa para estimular tanto os provedores como os próprios usuários.

Qualidade

- O setor público pode responder à necessidade de melhores serviços se dispuser das ferramentas adequadas. A melhoria da qualidade pode "pegar", alcançando resultados inesperados. O processo de melhoria da qualidade tende a motivar toda a equipe de profissionais de saúde.
- As normas de qualidade podem ser definidas, implementadas e medidas. O desenvolvimento de normas e diretrizes de serviço ajudam claramente a definir a função e o papel dos profissionais de todos os níveis.
- O processo de melhoria da qualidade exige uma abordagem de equipe, sob uma liderança dinâmica—tanto a comunidade como os profissionais de saúde e os usuários devem estar envolvidos. É preciso que os provedores de saúde possam estar de acordo sobre o conceito da qualidade do serviço.

Treinamento

- O treinamento deve incluir uma estratégia de investimento de longo prazo para o desenvolvimento da capacidade técnica local.
- O treinamento no local já demonstrou ser muito eficaz na transferência de know-how e conhecimento, apesar das questões de custos. Sempre que for possível, treinar no local, monitorar e treinar novamente em data posterior.
- A rotatividade tanto de treinandos como de instrutores é um fator significativo no sucesso dos programas de treinamento dos provedores de serviços.
- Nas escolas de medicina, um treinamento baseado em competências cria uma demanda pelo credenciamento institucional e a certificação profissional.

Sustentabilidade

- A sustentabilidade do planejamento familiar exige uma mudança na cultura corporativa. Isto exige mudanças na administração, atitude e comportamento de toda a organização.
- A disponibilidade de suprimentos anticoncepcionais é considerada pelas organizações de serviço como o problema isolado de maior importância e impacto na sustentabilidade dos serviços. As organizações podem e estão dispostas a descobrir um mecanismo de substituição de métodos, desde que possam contar com um período razoável de tempo para fazer a transição.
- A sustentabilidade a longo prazo de iniciativas do setor público financiadas por doadores exige que elas sejam incorporadas em sistemas existentes de prestação de serviços, tais como o programa de saúde reprodutiva da secretaria estadual, ou o programa nacional de saúde da família. Este processo implica fazer pontes de ligação com os responsáveis pelos programas estaduais e nacionais, os quais terão papel importante na busca de financiamento futuro para sustentar as atividades do programa.
- A qualidade sustentável depende da demanda contínua por parte dos usuários.

processo de melhoria da qualidade tende a motivar toda a equipe de saúde.

OPORTUNIDADES DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

As organizações que continuarão a implementar e apoiar os serviços de saúde reprodutiva no Brasil têm ainda vários desafios a enfrentar. A fase final do programa da USAID contribuiu claramente para introduzir melhorias na qualidade dos serviços de saúde reprodutiva no Brasil, particularmente no planejamento familiar, e promoveu realizações significativas, muitas das quais merecem ser repetidas em outras regiões do país. Entre elas estão:

- **Expansão do modelo PROQUALI.** Apesar de limitado em seu formato atual, o modelo PROQUALI já foi testado e bem recebido pelas contrapartes locais. As autoridades da Bahia e do Ceará, onde o modelo foi testado, continuam interessadas em ampliar a abordagem do modelo. Para poder atender às necessidades destes dois estados (mesmo com as unidades de saúde atuais), o programa logo exigirá apoio suplementar para renovar os estoques de materiais informativos. Além disso, os estados vizinhos de Rio Grande do Norte e Sergipe já demonstraram interesse considerável em adotar o programa. Devido à facilidade de aplicação do PROQUALI a uma série de serviços básicos, ele é um modelo relevante em uma variedade de situações.

- **Apoio ao sistema de informações de gerenciamento e logística SISMAC.** Este sistema integrado e desenvolvido para apoiar a prestação de serviços na Bahia poderia ser muito valioso a sistemas de saúde de outros estados. O Ministério da Saúde já adotou um elemento do sistema—o módulo de gerenciamento de logística—no planejamento e monitoração das necessidades de medicamentos básicos.

- **Apoio aos convênios da BEMFAM.** Os acordos contratuais da BEMFAM, que dão apoio a sistemas de atendimento de saúde reprodutiva, continuam muito demandados e são pagos pelos municípios de muitos estados do Nordeste. Os serviços de convênios da BEMFAM também seriam extremamente valiosos em outras regiões, especialmente nos estados mais remotos, porém a BEMFAM necessitaria de uma infusão de recursos externos para expandir este programa a outros estados.

- **Continuidade das pesquisas e análises operacionais.** O acesso a dados confiáveis de saúde reprodutiva modificou dramaticamente o planejamento de programas e políticas públicas no Brasil ao longo da última década. Para continuar o progresso nesta área, é essencial poder continuar a contar com dados confiáveis. Apesar da BEMFAM ter agora a experiência de pesquisa e de análise (isto é, sustentabilidade técnica) para realizar estas pesquisas, as pesquisas futuras deverão ser financiadas de forma sistemática pelos órgãos do governo ou instituições doadoras internacionais.

Além disso, será importante continuar a pesquisa sobre métodos anticoncepcionais novos e existentes, como forma de diversificar a combinação de métodos disponíveis no Brasil.

Várias lições resultam das experiências vividas pelas muitas organizações que trabalharam no Brasil, com o apoio da USAID, de 1992 a 2000.

O modelo PROQUALI, o sistema de informações de gerenciamento SISMAC e os convênios BEMFAM necessitarão de apoio adicional para expandir as atividades além de seus atuais limites geográficos. As pesquisas e as análises operacionais necessitarão receber atenção especial para garantir sua continuidade. Depois de cessar finalmente a assistência da USAID no Brasil, o apoio técnico e financeiro adicional em todas estas áreas ajudará a manter o ímpeto atual do programa de saúde reprodutiva e promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

A fase final do programa da USAID produziu várias realizações significativas, muitas das quais merecem ser copiadas em todo o país.

REFERÊNCIAS

[1] Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde no Brasil, 1996 (Calverton, MD: Macro International, 1996).

[2] Medici, André, Cesar, "Uma Década de SUS (1988-98): Progressos e Desafios," em Loren Galvão & Joan Diaz, Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, São Paulo (São Paulo, Brasil: Editora Hucitec/Population Council, 1999): 104-150.

[3] Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde no Brasil, 1996.

[4] Estratégia da Assistência da USAID ao Planejamento Familiar no Brasil, 1992-2000.

[5] Ibid.

APÊNDICE

AGÊNCIAS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE COLABORARAM COM A USAID EM ATIVIDADES NO BRASIL, DE 1992 A 2000

Deloitte Touche Tohmatsu

Commercial Market Strategies (CMS) and Promoting Financial Investments and Transfers (PROFIT)

(Estratégias Comerciais de Mercado e Promoção de Investimentos e Transferências)

Aumentar o uso do planejamento familiar e outros produtos e serviços de saúde por meio de estratégias comerciais.
www.cmsproject.com

Family Health International

Contraceptive Technology Research
Condom Quality Assurance

(Pesquisa de Tecnologia Contraceptiva
Garantia da Qualidade de Preservativos)

Para desenvolver e introduzir uma gama de métodos anticoncepcionais seguros, eficazes e aceitáveis e tecnologias de saúde reprodutiva.
www.fhi.org

The Futures Group International

Options for Population Policy and Social Marketing for Change (SOMARC)

(Opções de Política Populacional e Marketing Social pela Mudança)

Dar apoio ao desenvolvimento de uma política populacional, aumentar as alocações de recursos para o planejamento familiar e aumentar o uso de anticoncepcionais com maior dependência dos canais comerciais.
www.tfgi.com

International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHR)

Expansion/Improvement of Family Planning Services in Latin America

(Expansão/Melhoria dos Serviços de Planejamento Familiar na América Latina)

Melhorar e expandir os serviços de planejamento familiar e dar assistência às associações de planejamento familiar para desenvolver programas sustentáveis sem o financiamento da USAID.
www.ippfwhr.org

Johns Hopkins University Center for Communication Programs

Population Communication Services (PCS) and Population Information Program (PIP)

(Serviços de Comunicação Populacional e Programa de Informações Populacionais)

Melhorar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva por meio de uma ampla gama de programas de informações, comunicações, educação e mudanças comportamentais.
www.jhuccp.org

Johns Hopkins University JHPIEGO Corporation

Training in Reproductive Health III

(Treinamento em Saúde Reprodutiva III)

Estabelecer sistemas integrados de treinamento em planejamento familiar e saúde reprodutiva.
www.jhpiego.jhu.edu

Macro International, Inc.

Demographic and Health Surveys (DHS)

(Pesquisas Demográficas e de Saúde)

Melhorar as informações sobre população, saúde e nutrição por meio da coleta de dados, análise e avaliação.
www.measuredhs.com

Management Sciences for Health (MSH)

Family Planning Management Development (FPMD)

(Desenvolvimento de Gerenciamento em Planejamento Familiar)

Ajudar os programas de planejamento familiar a desenvolver sua capacidade de planejar e gerenciar programas sustentáveis.
www.msh.org

University of North Carolina, Carolina Population Center

MEASURE Evaluation Project (and formerly The Evaluation Project)

(Projeto de Avaliação MEASURE e, anteriormente, Projeto de Avaliação)

Melhorar a monitoração e avaliação dos programas por meio de reforço da capacidade técnica e desenvolvimento de ferramentas e metodologias de avaliação.
www.cpc.unc.edu

University of North Carolina (INTRAH)

Improving the Performance of Primary Providers in Reproductive Health (PRIME)

(Melhoria de Desempenho de Provedores de Saúde Reprodutiva)

Melhorar o desempenho dos provedores de saúde primária de planejamento familiar e saúde reprodutiva.
www.intrah.org/prime

Pathfinder International

Family Planning Services

(Serviços de Planejamento Familiar)

Introduzir o planejamento familiar voluntário e de qualidade e outros serviços de saúde reprodutiva, além de tornar mais eficientes os serviços existentes.
www.pathfind.org

The Population Council

The Population Council Program and Reproductive Health Operations Research (FRONTIERS and formerly INOPAL)

(Programa e Pesquisa Operacional de Saúde Reprodutiva do Population Council)

Desenvolver e trazer ao mercado novos produtos de planejamento familiar e prevenção de DST's, além de melhorar a prestação dos serviços por meio da pesquisa.
www.popcouncil.org

RECONHECIMENTOS

Este relatório foi preparado por Cindi Cisek e resume as constatações principais apresentadas em relatório técnico mais extenso contratado pela USAID/Brasil por meio do Projeto de Assistência Técnica em População (POPTECH). John Pielemeier, Tom Merrick e Jerker Liljestrand prepararam o relatório do POPTECH depois de várias reuniões e entrevistas feitas no país e visitas de campo feitas com representantes das agências colaboradoras, do governo brasileiro e das ONG's, além da USAID/Brasil e USAID/ Washington.

The Population Reference Bureau (PRB) produziu este relatório, com recursos da USAID e sob o projeto de MEASURE Communication: (HRN-A-00-98-00001-00).

O PRB gostaria de agradecer aos vários revisores que contribuíram com a sua assistência e os seus comentários no sumário do relatório: Robert Ainslie; Christina Kramer; Karen Lassner; Malu Lins; Lawrence Odle; Ellen Starbird, e Janice Weber. Gostaríamos também de agradecer Management Sciences for Health por proporcionarem as fotos para este relatório.

Design e produção: Lango's Graphic Design
Tradução ao português: Reginaldo Alcântara
Coordenação do Projeto no PRB: Lori Ashford
Fotos: R. Reinhard, foto da capa; José Rui Freire de Noroes, fotos das páginas 6, 10, 13; Tadeu Miranda, fotos das páginas 7, 8, 12, 14, 16; Marcia Minillo, foto da página 15; Malu Lins, fotos das páginas 4, 19.

Maiores informações
Para obter cópias adicionais deste relatório, escreva para:

Population Reference Bureau
MEASURE Communication
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009 EUA
Tel: (202) 483-1100
Fax: (202) 328-3937
E-mail: measure@prb.org ou popref@prb.org
Website: www.measurecommunication.org ou www.prb.org

Este relatório também está disponível em português e inglês e pode ser encontrado na World Wide Web no seguinte endereço:
www.measurecommunication.org

Para obter uma cópia do relatório **POPTECH** no qual este relatório se baseia, escreva para:

LTG Associates
1101 Vermont Avenue NW, 9th floor
Washington, DC 20005 EUA
Telefone: (202) 898-9040
Fax: (202) 898-9057

O relatório **POPTECH** está disponível em inglês na World Wide Web, em www.poptechproject.com.

Novembro de 2000

AGÊNCIA NORTE-AMERICANA PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL (USAID)