

# **PROJETO PROQUALI**

**O PONTO DE VISTA DOS CLIENTES:  
Resultados da Pesquisa sobre Qualidade  
e Satisfação com Serviços de Saúde Reprodutiva (Ceara, Brazil)**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA-CE  
PROGRAMA VIVA MULHER  
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/PROJETO PCS**

**Rosa Said  
Coordenadora para o Brasil, JHU/PCS  
Alice Payne Merritt  
Diretora Adjunto, JHU/PCS  
Dezembro, 1997**

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. ANTECEDENTES</b> .....	<b>4</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>6</b>
<b>3. ASPECTOS METODOLOGICOS</b> .....	<b>6</b>
<b>3.1 Segmento Pesquisado</b> .....	<b>6</b>
<b>3.2 Técnica de Investigação</b> .....	<b>6</b>
<b>3.3 Processo de Seleção da Amostra</b> .....	<b>6</b>
<b>3.4 Trabalho de Campo</b> .....	<b>7</b>
<b>4. O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS DISPONIVEIS</b> .....	<b>7</b>
<b>5. REFERENCIAS CONCEITUAIS PARA ANALISE</b> .	<b>8</b>
<b>6. SINTESE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>10</b>
<b>6.1 “Qualidade” na Perspectiva dos Clientes</b> .....	<b>10</b>
<b>6.2 Nível de Satisfação com os Serviços</b> .....	<b>11</b>
<b>6.3 O atendimento em Saúde Reprodutiva - importância atribuída</b> . . . .	<b>13</b>
<b>7. CONCLUSOES</b> .....	<b>13</b>

## *Agradecimentos*

Na oportunidade de compartilhar de informações chaves sobre o público-objetivo das intervenções do projeto PROQUALI, desejamos agradecer aos seguintes profissionais, pela colaboração desta pesquisa:

As equipes de saúde reprodutiva das unidades de saúde dos municípios de Redenção, Barreira e Acarape-CE, as clientes dos serviços que gentilmente participaram das sessões de grupos focais, Direlene Mafalda, Coordenadora do Programa Viva Mulher/SESA-CE, e Auxiliadora Vasconcelos, Assistente de Pesquisa.

Somos gratos também pelo suporte técnico dos nossos colegas da Universidade Johns Hopkins/Serviços de Comunicação dirigidos à Populações (JHU/PCS) especialmente à Patricia Poppe, Chefe da Divisão Latino Americana, Gary Lewis, Chefe de Pesquisa e Avaliação, María Elena Figueroa, Oficial de Pesquisa, e Robert Ainslie, Oficial de Programas.

## 1. ANTECEDENTES

Em 1995, a Universidade Johns Hopkins/Serviços de Comunicação dirigidos à Populações (JHU/PCS) apoiou a realização de uma pesquisa de base para a produção de materiais de IEC sobre saúde reprodutiva nos Estados da Bahia e do Ceará. O propósito da pesquisa foi o de levantar a percepção de saúde reprodutiva e o nível de informação, dúvidas e temores sobre métodos anticoncepcionais da clientela dos serviços de saúde de ambos os Estados. Através da aplicação da técnica de Grupo Focal, a pesquisa mostrou que a maioria das usuárias dos serviços optava pela pílula, embora desconhecesse uma série de aspectos importantes em relação ao modo de uso. A interrupção do uso da pílula por iniciativa própria revelou-se como uma prática bastante frequente. Observou-se também a ocorrência de dúvidas e temores infundados em relação à própria pílula, à ligadura, vasectomia e principalmente quanto ao DIU, além de muito preconceito em relação ao uso do condon. Em resumo, a maioria das mulheres detinha muito pouca informação sobre os métodos contraceptivos, até mesmo aquelas que já tinham tido a oportunidade de assistir eventualmente a alguma palestra de planejamento familiar. Estes dados sugeriam a ocorrência de dificuldades na comunicação interpessoal entre provedores e clientes. Reverter este quadro passou a ser uma preocupação da JHU/PCS na assessoria que vinha prestando aos Estados, na perspectiva de favorecer um processo de decisão livre e informada, a satisfação com o uso do método escolhido e com o serviço oferecido.

Em 1996, em consonância com as diretrizes da estratégia de apoio da Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional-USAID ao Brasil, as agências de cooperação que vinham prestando assessoria desde 93 aos programas de saúde reprodutiva dos Estados da Bahia e do Ceará, decidiram direcionar seus esforços para um projeto que integrasse as respectivas áreas de atuação, com o objetivo de aumentar o acesso e melhorar a qualidade da atenção em saúde reprodutiva em ambos os Estados. Os Secretários Estaduais de Saúde, Dr. José Maria de Magalhães Netto, da Bahia e Dr. Anastácio Queiroz de Souza aprovaram a iniciativa, que deu então origem ao Projeto PROQUALI. O projeto supõe intervenções nas áreas de capacitação, gerência, logística, e comunicação em centros de saúde selecionados dos municípios de Camaçari e Distrito de Pau da Lima, na Bahia e municípios de Redenção, Barreira e Acarape, no Ceará, com vistas à expansão para os outros municípios dos Estados. As agências de cooperação que assumiram o projeto PROQUALI foram: Programa da Universidade Johns Hopkins para o Treinamento Internacional em Saúde Reprodutiva (JHPIEGO), Projeto de Desenvolvimento Gerencial de Planejamento Familiar (MSH/FPMD) e Universidade Johns Hopkins/Serviços de Comunicação dirigidos à Populações (JHU/PCS).

O projeto, ora em andamento, prevê as seguintes fases:

### **Ano I (1997)**

- Desenvolvimento de sistemas de reconhecimento/credenciamento e tecnologias apropriadas para a melhoria da qualidade de atenção.
- Implementação e monitoramento dos sistemas e tecnologias em duas unidades piloto na Bahia e em três no Ceará.
- Formação de Comissão Técnica de Avaliação de padrão de qualidade.

### **Ano II (1998)**

- Reconhecimento/credenciamento de unidades piloto, segundo critérios de qualidade
- Promoção dos serviços reconhecidos, através de símbolo especial de qualidade e campanha de comunicação.
- Expansão inicial da implementação de sistemas e tecnologias a grupos de municípios de Departamentos Regionais no Ceará (DERES) e Diretorias Regionais na Bahia (DIRES).
- Adaptação dos sistemas e tecnologias a outras áreas programáticas dos programas de saúde do Ceará e da Bahia.
- Avaliação e publicação do processo metodológico.

### **Ano III (1999)**

- Desenho de estratégia para a expansão ao nível estadual.
- Expansão ao nível estadual

O componente de comunicação do projeto foi idealizado para promover a saúde reprodutiva, estimular a escolha livre e informada de métodos anticoncepcionais, melhorar a qualidade da comunicação interpessoal entre provedores e clientes e promover os serviços de saúde que obtenham reconhecimento de qualidade.

Uma pesquisa qualitativa, objeto deste documento, foi então desenhada com o propósito de identificar o que representaria “qualidade” e “satisfação com os serviços” na perspectiva dos clientes dos serviços de saúde reprodutiva. Incluiu-se também no estudo a identificação da percepção dos provedores sobre qualidade de atendimento, visando a obtenção de informações mais abrangentes sobre as condições de oferta de serviços. Na oportunidade, as lideranças locais foram consultadas sobre os recursos de comunicação existentes, como referência para o desenho da estratégia de promoção dos serviços. O

presente documento se limita aos resultados da investigação com a clientela dos serviços do Estado do Ceará.

## **2. OBJETIVOS**

A pesquisa teve como objetivo geral identificar a percepção de qualidade de atendimento, nível de satisfação e expectativas de clientes dos serviços de saúde reprodutiva, nos municípios de referência do projeto.

Seus objetivos específicos foram:

- identificar o que representa “qualidade” de serviços do ponto de vista dos clientes;
- importância atribuída ao atendimento prestado em saúde reprodutiva;
- nível de satisfação como os serviços ofertados;
- nível de expectativas dos clientes

## **3. ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **3.1 Segmento Pesquisado**

- Clientes dos Serviços de Saúde Reprodutiva.

### **3.2 Técnica de Investigação**

Para levantamento das informações utilizou-se a técnica qualitativa de Grupo Focal. Esta técnica consiste na condução de sessões de grupo por um facilitador, mediante um guia de temas estruturado de acordo com os objetivos da investigação. As sessões são gravadas e os conteúdos sistematizados, observando-se consensos e divergências entre as opiniões dos participantes, de forma a identificar as razões que estão por trás de atitudes e condutas na esfera do assunto em referência.

### **3.3 Processo de Seleção da Amostra**

Inicialmente pretendia-se compor os grupos focais, através da seleção de uma amostra aleatória simples, com base nos pronto-atrios de atendimento dos serviços. No entanto, isto se mostrou inviável devido à falhas nos registros de clientes. Optou-se então por selecionar mulheres nas próprias unidades de saúde, tomando-se o cuidado de retirá-las destes locais para a realização dos grupos focais. Estas foram recrutadas na recepção das unidades, mediante consulta prévia do interesse em participar do estudo. Para efeito de comparação, foram realizados dois grupos dentro dos serviços, em um espaço privado, não tendo-se verificado diferença significativa na dinâmica destes grupos em relação àqueles

realizados em local fora dos serviços. Foram realizados 06 grupos no Ceará, dois por unidade de saúde, totalizando 42 participantes. A faixa etária dessas mulheres variou entre 19 a 35 anos, tendo-se procurado homogeneizar da melhor maneira os grupos, selecionando as participantes por grupo, de acordo com idades aproximadas.

### **3.4 Trabalho de Campo**

A pesquisa foi implementada no período de abril a maio de 1997, nos municípios de Redenção, Barreira e Acarape - regiões serranas, próximas uma da outra e cerca de 50 km de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O trabalho de campo foi conduzido pela representante local da JHU/PCS, com apoio de uma assistente de pesquisa. A equipe do programa Viva Mulher colaborou com os aspectos logísticos para a realização do trabalho.

## **4. O QUE MOSTRAM OS ESTUDOS DISPONÍVEIS**

A análise situacional da saúde reprodutiva<sup>1</sup> realizada em 1993 no Estado do Ceará apontou, entre outros aspectos, para as seguintes deficiências nos serviços de saúde reprodutiva, em termos de informação, educação e comunicação: a informação repassada era bastante limitada, uma vez que apenas 20% dos profissionais mencionavam aspectos como funcionamento, contra-indicação e manejo de problemas em relação à pílula, método mais acessível. Constatou-se também que apenas 15 % dos provedores faziam perguntas sobre expectativas em relação à número de filhos desejados e espaçamento e menos da metade procurava saber sobre a preferência da cliente por determinado método. Além disso, observou-se que poucos eram os profissionais que exploravam sobre os hábitos, atividade sexual e episódios prévios de abortamento das clientes novas. Mais da metade dos serviços pesquisados não dispunha de materiais informativos e em apenas 7% destes se presenciaram sessões educativas. Chamou atenção inclusive o fato de cerca de 26% das clientes terem afirmado que preferiam ter optado por outro método em relação ao obtido. De qualquer forma, cerca de 90% das clientes declararam-se satisfeitas com os serviços oferecidos e mencionaram que os mesmos estavam de acordo com suas expectativas. Ao que tudo indica, ou as mulheres não têm idéia de que poderiam receber melhores e adequadas informações ou, por conviverem com as deficiências dos serviços, desenvolvem uma baixa expectativa em relação aos mesmos.

Observando os dados para Ceará da pesquisa mais recente (DHL,1996) sobre saúde familiar no Nordeste, quando comparada à realizada em 1991, constata-se um significativo aumento do percentual de uso da pílula e do condon, bem como a estabilização da prevalência de uso da laqueadura tubária, de longe o método predominate. Em conjunto,

---

<sup>1</sup> Análise Situacional da Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher no Estado do Ceará - As unidades provedoras, a clientela, os provedores de serviços. Gabinete, Fortaleza, 994, Mimeo.

os métodos DIU, injetáveis e vaginais, embora representem pouco na escala de uso, apresentaram o dobro do percentual observado em 91. Outros dados interessantes encontrados foram a proporção de mulheres unidas que não queriam ter mais filhos à época da pesquisa (cerca de 69% na área urbana e 66% na rural), e, entre as que tiveram filhos nos últimos cinco anos, o fato de mais de 70% terem dito que não queriam tê-los no momento ou que queriam só mais tarde. Esses dados denotam que há ainda uma significativa demanda insatisfeita, tanto do ponto de vista de acesso como de informação quanto a um maior leque de métodos.

## **5. REFERENCIAS CONCEITUAIS PARA ANALISE**

Para obterem êxito, os programas de comunicação em saúde devem, antes de mais nada, definir seu público objetivo e saber o que este pensa, sente e como age no que se refere à área de saúde em questão. Uma adequada investigação, no início do processo, é portanto, imprescindível antes do desenho das estratégias de ação.

Considerando que as intervenções de comunicação para a saúde visam reforçar comportamentos adequados ou estimular novos comportamentos, é necessário também compreender os processos inerentes à dinâmica de mudança da conduta humana.

A maior parte dos conceitos relativos à mudanças de comportamento surge dos estudos realizados sobre a difusão de inovações (também nomeada de “transferências de tecnologia”) nas décadas de 50 a 70, em países com diversos níveis de desenvolvimento. Subjacente à grande parte desses estudos existia a noção de que a transferência de tecnologias, especialmente na agricultura, poderia resolver os problemas econômicos da região. Tais estudos incorporam os conceitos básicos sobre sistemas sociais, oriundos das chamadas ciências sociais, em especial da sociologia, antropologia e psicologia social. As investigações mais recentes buscam estabelecer relações entre os processos de difusão de inovações e as teorias modernas de comunicação. Em termos conceituais, define-se “inovação” como uma idéia, prática ou objeto que os indivíduos percebem como algo novo. Significa dizer que não importa que tal idéia seja “objetivamente” nova em relação ao tempo transcorrido desde seu descobrimento ou primeira utilização. O que interessa é o fato de algo existente não fazer parte do universo de práticas de um indivíduo e vir a ter a possibilidade de fazê-lo.

Os teóricos da comunicação apontam para certos fatores de influência importante na adoção de inovações, ou, melhor dizendo, de novos comportamentos<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> Cohn Gabriel, “Comunicação e Indústria Cultural”. São Paulo: T. A . Queiroz, 1987 / Fadul, Anamaria. “Novas Tecnologias de Comunicação”. São Paulo: Summus, 1986.

**a) Vantagem relativa** - é aquilo que o indivíduo percebe como um benefício, com certo grau de superioridade em relação a outras idéias, práticas e/ou objetos conhecidos.

**b) Compatibilidade** - é o nível percebido de consistência entre a inovação e os valores, as experiências anteriores e as necessidades conscientes. De modo geral, os indivíduos resistem a adotar comportamentos incompatíveis com as normas sociais, com seus valores e com os de seus grupos de referência.

**c) Complexidade** - é o nível percebido de dificuldade na compreensão e uso de idéias ou práticas novas. As inovações que requerem novas habilidades e conhecimento demandam esforços pessoais e tendem a ser adotadas mais tardiamente.

**d) Experimentação** - Refere-se ao grau de facilidade com que o indivíduo pode ensaiar a utilização ou incorporação de uma novidade em seu cotidiano, o que interfere no seu nível de interesse pela mesma.

**e) Visibilização** - trata-se do grau de visibilidade dos resultados da inovação adotada por outros.

Estes são os fatores que explicam porque nem todas as pessoas expostas a uma mensagem ou idéia nova modificam suas atitudes ou condutas. Na verdade, nem todas escutam ou observam (nossa exposição e percepção são seletivas), nem todas entendem a mensagem, nem todas as que entendem, estão de acordo com a mesma, e finalmente, nem todos os que estão de acordo, a adotarão.

Dentre as teorias que ajudam a entender as mudanças de comportamento, as mais recentes identificam alguns passos que subentendem os fatores anteriormente relacionados. Nem todos os indivíduos seguem todos os passos ou os seguem na mesma ordem. Além disso, certas adoções de novos comportamentos podem ser impostas pelo sistema social. Em termos de mudança de conduta em relação à planejação familiar, a JHU/PCS adota um modelo conceitual que supõe os seguintes passos:

### **Passos para a Mudança de Conduta<sup>3</sup>**

#### **Tomar Conhecimento**

1. Recordar as mensagens sobre saúde reprodutiva.
2. Entender o que significa saúde reprodutiva.
3. Saber que métodos anticoncepcionais existem e onde buscá-los.

---

<sup>3</sup> Piotrow, P.T., Kincaid, D.L., Rimon, J.G.II, Rinehart, W. (1997) Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health. Westport, Connecticut: Praeger, Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.

### **Aprovar**

4. Responder favoravelmente às mensagens de saúde reprodutiva.
5. Conversar sobre o assunto com parentes, amigos, etc.
6. Pensar que a família, amigos e o sistema social aprovam o uso de planejamento familiar.
7. Aprovar planejamento familiar.

### **Ter Intenção**

8. Reconhecer que a saúde reprodutiva responde a uma necessidade pessoal.
9. Ter a intenção de procurar um provedor.
10. Ter a intenção de praticar planejamento familiar em algum momento.

### **Praticar**

11. Procurar um provedor de informação/ suprimentos/ serviços.
12. Escolher um método e iniciar o uso do planejamento familiar.
13. Dar continuidade ao uso de planejamento familiar.

### **Promover**

14. Reconhecer os benefícios pessoais do planejamento familiar.
15. Promover a prática para outros.
16. Apoiar programas na comunidade.

A análise dos depoimentos coletados na presente pesquisa considerou tais referências conceituais, como base para as intervenções em comunicação nas unidades de saúde do Projeto PROQUALI. No bojo dessa análise, tratou-se de identificar em que etapa do processo de mudança de conduta se encontravam as clientes dos serviços de saúde reprodutiva, a partir de sua percepção e uso dos mesmos - os dados secundários anteriormente mencionados também forneceram subsídios para esta reflexão.

## **6. SINTESE DOS RESULTADOS**

### **6.1 “Qualidade” na Perspectiva dos Clientes**

A concepção de “qualidade” da população investigada é expressa em termos de resolutividade dos serviços. Somente um aspecto foge à esta definição: trata-se da atenção dispensada pelos provedores. Ao mencionarem o que esperam de um “bom serviço de saúde”, as clientes enfocam os seguintes elementos:

- facilidade para a obtenção de ficha de atendimento;
- que o tempo de espera para a consulta não seja longo;
- que o serviço disponha de equipamentos para exames solicitados pelos médicos;
- que o serviço disponha dos medicamentos prescritos;
- que haja oferta regular de contraceptivos, especialmente a pílula;
- que os provedores dispensem atenção aos clientes e que os tratem bem.

Alguns depoimentos apontam claramente para estes aspectos:

**“quando não espera muito”**

**“quando a gente é bem atendida”**

**“quando a gente sai despreocupada. Quando resolve o problema e sai sem dúvidas”**

**“não precisar ir de madrugada pra conseguir uma ficha**

**“ter os comprimidos, porque às vezes não tem. Só isso mesmo”**

**“eu acho quando o atendimento é bom, a pessoa chega e é atendida”**

**“ter mais equipamentos”**

## **6.2 Nível de Satisfação com os Serviços**

Ao discorrerem sobre em que situação ficam satisfeitas com os serviços oferecidos, os aspectos negativos se destacam na apreciação do atendimento que recebem. A menção ao sentimento de “satisfação” remete inevitavelmente à críticas que denotam “insatisfação”, as quais dizem respeito aos mesmos aspectos apontados anteriormente. De modo geral, a maioria das mulheres manifesta queixas quanto aos seguintes aspectos:

- a. Dificuldades para a obtenção de ficha para a consulta/demora no atendimento

**“... agora o que tá errado no posto é o seguinte: a gente chega 3, 4 horas da madrugada pra tirar uma ficha. Às vezes a gente ainda espera a hora de chegar 7:00 hs pra eles entregarem uma ficha e às vezes eles vão chegar às 7:30 hs.”**

**“muita gente chega 8:00 hs, cedo, aí voltam sem marcar”**

**“... eu não fiquei não pra marcar o exame da prevenção, só era um dia do mês pra marcar, aí semana passada tinha umas 200 mulheres ou mais, daí eu fiquei da manhã até às 11:00 hs do dia e não consegui marcar”** (em geral o atendimento em planejamento familiar é vinculado à consulta de prevenção do câncer)

**“... muito devagar, às vezes a gente espera muito... às vezes tem uma cliente que precisa ser atendida mais rápido e tem que esperar a vez, porque não pode passar na frente da pessoa”**

b. Falta de medicamentos

**“... nem toda vida que a gente vem se consultar a gente arruma o medicamento que é preciso. Se passam o medicamento, a gente não tem com que comprar, porque não se encontra no serviço”**

**“tá tudo bem, só que às vezes falta o medicamento”**

**“às vezes não tem o remédio aqui”**

c. Demora do resultado de exames/Falta de equipamentos para exames de rotina/falta de suprimentos

**“... também o dia do resultado do exame, porque se é uma coisa, se for grave, aí vai ter que esperar 2 ou 3 meses, porque o exame faz aqui, mas daqui vai pra Fortaleza, acho que é por isso que demora”**

**“tem que esperar até 2 meses pra ver se pode colocar o DIU”** (Referência à solicitação de exame de ultrasonografia, a ser feito em hospital ou em Fortaleza)

**“...e outra, eu tô pra fazer um ultra-som de mama, num sabe, aí a Dra. Ângela mandou eu procurar o hospital, só que eles não fazem assim gratuito, né, é particular... aí ela vai me encaminhar pra fazer em Fortaleza”**

**“...a gente vê que faltam, né, num tomou uma injeção porque não tem aquilo... não tinha um algodão, não tinha um álcool...”**

d. Falta ou irregularidade na oferta de contraceptivos

**“falta às vezes a injeção”**

**“.. no caso, é mais fácil não ter do que ter”**

**“passou 2 ou 3 meses faltando os dois comprimidos, camisinha, faltando tudo, né? Agora foi que regularizou tudo”**

**“injeção mesmo tive que comprar”**

- e. Mal atendimento por parte do pessoal de apoio/falta de atenção, atrasos, etc, por parte dos médicos/ dificuldade de comunicação com os provedores

**“...às vezes as pessoas querem... só porque a gente é um pouco baixo nível, quer, aliás tem o nível mesmo que a gente... e... chega, porque tem emprego, querem ser mais do que a gente, as atendentes”**

**“geralmente, a letra dele não dá pra entender mesmo. A gente tem que chegar na farmácia pra perguntar - minha filha qual é esse remédio aqui, que tipo é?”**

**“é melhor conversar com os médicos, porque as enfermeiras são ignorantes”**

**“era melhor se a gente tivesse, se a gente, como é, chegasse aí e fosse mais bem recebida, né, não por todos, porque tem muitos, tem uns bons e outros, a gente também num sabe nem o nome de todos...”**

Afora este aspectos, não há praticamente referências à outras condições do serviço como por exemplo, limpeza, privacidade, conforto, etc.

### **6.3 O atendimento em Saúde Reprodutiva - importância atribuída**

As principais razões pelas quais as mulheres procuram as unidades de saúde de referência do projeto são: a) cuidado com os filhos (consulta pediátrica e/o vacinação); b) acompanhamento do pré-natal; c) consulta para a prevenção do câncer; d) problemas pessoais de saúde. Com relação ao planejamento familiar, a maioria informa que procura o atendimento para pegar a pílula. Raramente mencionam o uso de algum outro método anticoncepcional. Quando eventualmente alguém se refere ao uso do DIU é para falar das dificuldades de acesso (demora para obter o método, em função de sua indicação estar atrelada ao resultado do exame do Papanicolau, prática esta comum nos serviços locais).

Difícilmente alguém teve acesso a qualquer material educativo sobre planejamento familiar, embora algumas mulheres tenham mencionado ter assistido a alguma palestra na unidade de saúde em questão ou em outro lugar. Diante desta conjuntura, pode-se dizer que a compreensão que estas mulheres têm do que pode oferecer um serviço de planejamento familiar de qualidade é bastante limitada.

## **7. CONCLUSOES**

Os depoimentos revelam que os sistemas locais de saúde apresentam pouca resolubilidade. Por exemplo, na unidade de saúde de Redenção, até à época da pesquisa não havia ginecologista. A cliente que procura o planejamento familiar, se não for já uma usuária de pílula, além de precisar fazer a prevenção do câncer (exame de Papanicolau) - cujo

resultado demora cerca de dois meses para chegar ao centro de saúde - é encaminhada para a consulta com o ginecologista no hospital. Em outras palavras, a unidade de saúde de referência do projeto PROQUALI provavelmente não resolve, a curto prazo, o problema de boa parte da clientela de planejamento familiar.

Conseguir uma ficha para atendimento parece ser, na maioria das vezes, um sacrifício. Estando a consulta de planejamento familiar associada à consulta para a prevenção do câncer, o número de mulheres para atendimento é grande, exigindo que estas cheguem muito cedo à unidade de saúde se querem ser atendidas no mesmo dia. Aquelas que residem na serra levam desvantagem frente às que residem na sede do município, pois o único transporte disponível (que sobe a serra) tem hora certa para passar e retornar. Se alguém perde este transporte, terá que subir ou descer todo o percurso à pé, levando por vezes até mais de uma hora neste trajeto.

Por outro lado, embora nos depoimentos das clientes a satisfação com o serviço esteja prioritariamente vinculada à resolubilidade (conseguir a consulta, fazer os exames solicitados, receber medicamentos ou o método anticoncepcional), a atenção proporcionada pelos provedores é um ponto destacado. Em todos os grupos focais, as mulheres mencionam que gostariam de receber maior atenção por parte dos provedores. Certos aspectos de uma atenção de qualidade são citados como ausentes nesta relação, por exemplo, tratar com gentileza, escutar o que têm a dizer, olhar, falar, cumprimentar, etc. Apesar das queixas se referirem mais aos profissionais de nível médio (auxiliares e atendentes), os médicos também são objeto de críticas, especialmente quando as mulheres se referem à consulta pediátrica, onde se sentem menos consideradas. Chama a atenção também o fato de que as críticas à conduta médica sempre vêm acompanhadas de elogios à competência técnica do profissional. Se o médico diagnostica corretamente o problema, cujo parâmetro é o efeito positivo do medicamento prescrito (o que não é difícil, considerando-se que a maioria dos problemas da área é de atenção primária), ele é considerado “um bom” profissional, e a atenção que o mesmo dispensa, no sentido acima referido, não é levada muito em conta. Cabe destacar que a maioria das mulheres elogia a atenção prestada pelas enfermeiras do planejamento familiar.

É possível também observar nos depoimentos registrados que as clientes não esperam mudanças na qualidade do serviço que lhes é oferecido. Para isto contribui a memória de experiências negativas, maiores que as positivas, com os serviços públicos de saúde. As expectativas de qualidade de atendimento são baixas, mas sem dúvida, os pontos abordados pela população investigada representam o mínimo do que deveria proporcionar um serviço de saúde, e nem isto é ainda satisfatório.

Considerando os estudos anteriores e à luz das referências conceituais que informam sobre o processo de decisão em saúde reprodutiva, é possível fazer também algumas inferências:

- As mulheres da área de estudo não têm uma noção muito clara do que pode proporcionar um bom serviço de saúde reprodutiva. A escolha informada não faz parte do seu universo de expectativas em relação ao planejamento familiar. Contudo, a maioria reconhece a importância do uso de contraceptivos, procura os serviços de saúde reprodutiva e tenta usar algum método. Pode-se assim dizer que essas mulheres se encontram na fase de “intenção” e “prática”. Precisam, portanto, ter acesso aos métodos, além de mais informações e reforço.
- Embora a concepção de qualidade da população investigada se restrinja predominantemente à questões de resolubilidade dos serviços, na perspectiva de melhorar o acesso e qualidade dos serviços oferecidos, as intervenções em comunicação devem se orientar para que a população internalize os padrões propostos de qualidade pelo projeto PROQUALI, ao ponto de demandá-los. A escolha informada vem a ser um destes padrões.