

1 MUELLER, Charles Curt. *A super safra agrícola de 1985*. Curitiba, IBGE, Departamento de Agropecuária, Recursos Naturais e Geografia. 1985.

possibilitaram a ampliação da produtividade das lavouras, principalmente as de grande extensão. Na próxima safra, se essas condições não se repetirem, deverá ha-

ver redução da produção por unidade produtiva, uma vez que as culturas, cujos preços reais caíram neste ano, não deverão apresentar aumentos razoáveis na área de plantio.

## ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

Nas discussões realizadas no Brasil a respeito do controle do crescimento populacional percebe-se, muitas vezes, o uso indistinto de termos como **política populacional, controle da natalidade e planejamento familiar**. Considerando que esses termos são fundamentais para o entendimento da questão, torna-se necessário destacar e esclarecer a diferenciação conceitual que os envolve, uma vez que são níveis distintos de uma mesma problemática e implicam ações governamentais de natureza diferente.

Em termos gerais, **políticas populacionais** correspondem às intenções e ações, por parte do Estado e de instituições diversas, que objetivam alterar, em um determinado momento, a tendência dos fatores demográficos dinâmicos (fecundidade, mortalidade e migração), influenciando, em consequência, o número, a composição e a distribuição espacial da população.

Desses aspectos,

*o mais diretamente relacionado com a função do Estado é, sem dúvida, a organização do espaço. De fato, como a articulação de atividades econômicas sobre o espaço constitui a essência do planejamento, a delimitação de diretrizes globais concernentes ao ritmo e à forma de organização da produção, assim como a sua alocação espacial, ultrapassa ao domínio do setorial e corresponde à função precípua ao planejamento. A atuação sobre o espaço, portanto, seria a função mais importante de uma política populacional abrangente.<sup>1</sup>*

As políticas populacionais não podem ser entendidas de modo abstrato, à medida que sua referência é sempre histórica e concreta; não se pode ignorar também o conteúdo social e ideológico que orienta sua ação. São políticas implementadas quando setores hegemônicos da sociedade definem como desfavoráveis as tendências demográficas registradas e se decidem por alterar o ritmo de crescimento da população, de modo a atingir um nível populacional considerado adequado ao desenvolvimento das forças produtivas, às necessidades de mão-de-obra e aos custos econômicos das despesas demográficas.<sup>2</sup>

Já o **controle da natalidade** pode ser considerado um aspecto específico de uma política populacional; significa a tentativa de definir o ritmo de crescimento

populacional através de uma ação efetiva sobre o nível de fecundidade da população. Fatores como migração, organização espacial da população, padrões de morbidade, embora possam ser considerados quando se definem medidas de controle da natalidade, não são objeto da sua ação direta. O controle recai sobre o nível da fecundidade e se manifesta através da coerção ou incentivos, seja por meios clínicos, seja por meios indiretos como o não-incentivo ao casamento, vantagens econômicas proporcionais ao número de filhos, etc.

O **Planejamento familiar** se diferencia do controle da natalidade e da política populacional por ser uma tentativa individual de limitar, regular ou aumentar o número de filhos. Não significa necessariamente a redução da prole, mas o planejamento do número de filhos considerado desejável. Embora possa ser promovido e respaldado pelo Estado, fornecendo informações e facilitando o acesso tanto a meios anticonceptivos quanto àqueles que possibilitem a concepção, o planejamento familiar se define por ser uma decisão de foro íntimo, pois a opção pelos padrões de reprodução que convêm ao casal ou indivíduo deve ser considerada um direito fundamental.<sup>3</sup>

Essa conceituação, embora superficial, possibilita a avaliação da questão populacional nas condições concretas do Brasil. Em primeiro lugar, seria claramente benéfico que o país dispusesse, desde já, de uma política demográfica global. Contudo,

*a formulação de tal política implica numa escolha consciente e deliberada dos contornos que se deseja imprimir à sociedade no curto, médio e longo prazo. Esse nível de definição atual está muito longe de ser alcançado no atual momento histórico. Não somente as dificuldades econômicas sendo atravessadas pelo país impingem limitações severas sobre a capacidade de manobra do planejamento, mas também as várias alternativas para a re-estruturação do modelo político-econômico deverão ser objeto de negociações complexas entre os vários setores da sociedade. Sendo assim, e como o tamanho ótimo da população, assim como seu ritmo de crescimento ideal, só podem ser definidos em função da organização social e espa-*

*cial da produção, é pouco realista esperar a delimitação de uma política demográfica integrada para poder definir as ações mais urgentes na área de população.<sup>4</sup>*

O controle da natalidade, por outro lado, para ser promovido pelo Estado, no mínimo deve ser aceito pela sociedade como uma medida que acarretaria benefícios econômicos e sociais. Como não há consenso no Brasil a este respeito, a implantação de um programa centralizado na redução da fecundidade deve necessariamente passar por amplo debate.

Na verdade, têm existido algumas tentativas isoladas de implantação de medidas de caráter controlista por parte de instituições médicas e até mesmo de prefeituras, no mais das vezes camufladas sob a denominação menos comprometedoras de planejamento familiar. Essas iniciativas, entretanto, não caracterizam a existência de uma política articulada de controle da natalidade no Brasil e muito menos estão respaldadas no apoio popular.

Com relação ao planejamento familiar, a existência de diferentes visões acerca da questão o quanto este é um assunto controverso, embora se perceba claramente que o debate tem se centrado nos aspectos contraceptivos do planejamento da reprodução.

A posição oficial apresentada pela Igreja Católica é claramente contrária à utilização de meios anticoncepcionais artificiais no controle do número de filhos, restringindo o planejamento familiar à adoção exclusiva de métodos naturais. No entanto, à medida que setores da Igreja têm se voltado mais para os problemas concretos da vida cotidiana das famílias, constata-se uma abertura para discussão sobre o planejamento familiar.

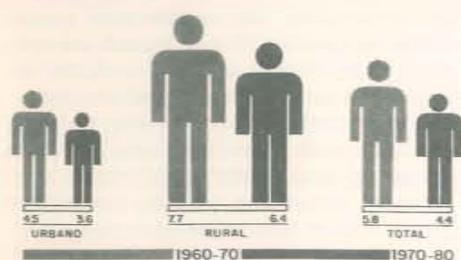
Em oposição à essa visão, os grupos feministas reivindicam o acesso a informações sobre os vários métodos anticoncepcionais para mulheres de diferentes classes sociais, idade e estado civil. O argumento que fundamenta essa visão é o de que a sexualidade não se restringe à reprodução, e a maternidade deve ser uma opção da mulher. Para exercer o direito de decidir sobre o processo de reprodução, as mulheres deveriam ter direito à concepção, contracepção e ao aborto. O direito ao aborto não deve ser entendido como um método contraceptivo mais sim como um último recurso para evitar uma gravidez indesejada. Fica claro, portanto,

que não se trata aqui de nenhuma medida de estímulo ao seu uso, mas uma postura que visa a sua redução através do conhecimento científico e maturidade afetiva, bem como minorar os efeitos perversos de ordem clínica e psicológica inerentes ao não-reconhecimento deste direito.

Os grupos feministas reivindicam orientação a respeito dos diferentes métodos em termos de eficácia, das contra-indicações, dos efeitos colaterais, através de um sistema de informações sobre a reprodução humana. Esse tipo de programa deveria ser acessível sobretudo às mulheres de baixa renda, uma vez que as mulheres de classe de renda média e alta dispõem de informações e recursos para as práticas do planejamento familiar.<sup>5</sup>

A recente queda da fecundidade brasileira, evidenciada nas décadas de 60 e 70 pelas reduções registradas no número médio de filhos tidos por mulher, tanto no meio rural, (18%), quanto no urbano, (21%), pode ser um indicativo de que uma proporção crescente da população, particularmente aquela concentrada nas áreas urbanas, já se encontra exercendo esse direito<sup>6</sup> (gráfico 1). Entretanto, é necessário ressaltar a forma e o significado que o planejamento familiar assume para os diferentes estratos sociais.

GRÁFICO 1 — NÚMERO MÉDIO DE FILHOS TIDOS POR MULHER AO COMPLETAR SEU PERÍODO REPRODUTIVO (15-50 ANOS), NO BRASIL — 1960-70 E 1970-80



FONTE: MARTINE, George & CAMARGO, Lúcio. *Crescimento* ... p. 104

Com relação ao significado, as evidências sugerem que a queda da fecundidade nos estratos sociais mais baixos significa, principalmente, uma estratégia de sobrevivência, resultante, entre outros fatores, da queda do padrão de vida e entrada acentuada da mulher no mercado de trabalho, o que torna grande o número de filhos não apenas mais oneroso, como inviável do ponto de vista econômico. Já para a classe de renda média, o planejamento familiar pode ser uma opção condicionada por uma avaliação valorativa a respeito do tamanho da família, que inclui desde a imagem da família nuclear de dimensão reduzida, com estímulo constante ao consumismo, até a realização profissional da mulher.

No que diz respeito à forma como é exercido o planejamento familiar, também se constatam diferenças. Para os estratos sociais mais baixos, o controle do número de filhos se exerce menos por meios planejados (uso regular de métodos

contraceptivos) e mais através de soluções "drásticas", o que explicaria a alta incidência de aborto — prática ilegal e realizada em condições precárias — e de esterilização. O mesmo não ocorre com a classe de renda média que utiliza recursos médicos mais adequados, dispõe de acesso e meios para escolher o método contraceptivo e em caso de uma gravidez indesejada pode recorrer às clínicas clandestinas especializadas em aborto.<sup>7</sup>

É interessante observar que, em geral, os adeptos da formulação e implantação de uma política antinatalista no Brasil fundamentam grande parte do seu discurso na questão da ampla recorrência ao aborto nas condições precárias em que é praticado. No entanto, essa constatação não reduz a gravidade do problema nem exclui a necessidade de sua avaliação sob a ótica da saúde da mulher.

No Brasil, as estatísticas sobre o aborto são extremamente escassas e os dados disponíveis, em geral, não dissociam os casos de abortos provocados dos espontâneos. Entretanto, no relatório da *Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar*, realizada nos estados do sul do País, em 1981, a Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil — BENFAM — apresenta dados esclarecedores, que abrangem inclusive outras regiões do Brasil.

Segundo esse relatório, pesquisas realizadas na década de 60, no município de São Paulo e no Rio de Janeiro, estimaram que do total de mulheres que já haviam se casado pelo menos uma vez, 9% e 11%, respectivamente, tiveram um aborto provocado. Tendo como critério o número de gestações, verificou-se em São Paulo que 18% delas terminaram em aborto e deste, um terço foi provocado.<sup>8</sup>

Em 1973, pesquisa domiciliar realizada no município de São Leopoldo — RS, revelou que das gestações, 16% terminaram em aborto, sendo que destes, 22% foram provocados. No Estado de São Paulo, em 1978, estimou-se que na capital, 16% dos abortos foram provocados; no Piauí, em 1979, e em Pernambuco, em 1980, constatou-se que 11% e 12%, respectivamente, das mulheres que tiveram abortos, o último havia sido provocado.<sup>9</sup>

No caso da região Sul, o relatório revela que 23,1% das mulheres casadas, de idade entre 15 e 44 anos, declararam ter tido no mínimo um aborto, sem especificar se foi espontâneo ou provocado. Tendo como referência o número médio de gestações declaradas (5,4% para mulheres com idade acima de 40 anos), pode-se constatar que a prática do aborto, provocado ou não, é bastante freqüente, podendo ser considerada um problema de saúde pública.<sup>10</sup>

Além disso, o relatório demonstra também as condições precárias em que o aborto é praticado, tendo em vista as consequências físicas que têm exigido cuidados médicos e hospitalização. Assim, os dados relativos à região Sul revelaram que das mulheres que tiveram ao menos um aborto, 72% necessitaram de cuidados

médicos posteriores e 54% foram hospitalizadas. Em São Paulo, em 1978, verificou-se que das mulheres com aborto declarado, 43% necessitaram de cuidados médicos e 36% foram hospitalizadas. Dados do Piauí para 1979 e de Pernambuco para 1980 indicaram, respectivamente, que das mulheres com aborto declarado 50% e 40% necessitaram de cuidados médicos e 39% e 33% foram hospitalizadas.<sup>11</sup>

A existência de uma alta proporção de mulheres com experiência de aborto (espontâneo ou provocado) que necessitaram de cuidados médicos e/ou hospitalização reafirma que a prática do aborto, no Brasil, constitui problema de saúde pública.

Quanto à esterilização, embora não se disponha de dados a nível nacional a respeito do número de mulheres que se submetem a essa intervenção cirúrgica, sabe-se que em alguns estados brasileiros esta prática se tornou bastante freqüente. No Rio Grande do Norte e em Pernambuco, em 1980, 17% e 19%, respectivamente, das mulheres casadas, com idade entre 15 e 44 anos, já estavam esterilizadas.<sup>12</sup> Em 1981, esses índices para o Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul eram, respectivamente, de 19,7%, 10,9% e 11,3%.<sup>13</sup> No Paraná, quando se considera o conjunto de mulheres entre 15 e 44 anos que em 1981 estavam casadas (incluindo uniões consensuais) e usavam algum método contraceptivo,\* constatou-se que 42,7% destas usavam pílulas e 32% utilizavam como método a esterilização.\*

A maior parte dessas intervenções no Brasil é realizada em hospitais estaduais, municipais ou do INAMPS que respondem por 60% dos casos em São Paulo, 93% no Piauí, 86% no Rio Grande do Norte e 77%, em Pernambuco.<sup>14</sup> No conjunto da região Sul, 60% das esterilizações são feitas em hospitais do INAMPS/FUNRURAL, hospitais estaduais, municipais e postos de saúde, enquanto 39,3% dos casos são atendidos por médicos particulares.<sup>15</sup>

Tendo em vista que o Código Brasileiro de Ética Médica\*\*\* condena a esterilização, a não ser em casos excepcionais, os

\* Classificação dos métodos: pílulas, esterilização, coito interrompido, ritmo, condom, DIU e outros (incluindo métodos vaginais e injetáveis).

\*\* Cálculos realizados pelo IPARDES, a partir de dados de RODRIGUES, Walter et alii. Pesquisa...

\*\*\* Código Brasileiro de Ética Médica. Cap. VI: Da Responsabilidade Médica, art. 52. "A esterilização é condenada podendo entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por 2 médicos ouvidos em conferências". (BERQUÓ, Elza. Os corpos silenciados. *Novos Estudos CEBRAP*. São Paulo, 1 (3): 47-9, jul. 1982.

dados acima levam a questionar a quantidade de "situações excepcionais" que justifiquem tais intervenções. Ao se analisarem os dados relativos à esterilização, é necessário avaliar também o elevado número de cesáreas realizadas no país, que passou de 15% para 30% de 1971 a 1980, uma vez que a cesárea constitui uma situação apropriada para a realização dessa intervenção cirúrgica.<sup>16</sup> Na pesquisa da BENFAM relativa à região Sul, em 1981, os dados revelam que 12% das mulheres foram esterilizadas durante o puerpério imediato, sendo esta porcentagem muito mais alta entre as que foram submetidas à cesariana, 41,1% do que entre as que tiveram parto vaginal, 1,5%.<sup>17</sup>

A alta porcentagem de mulheres esterilizadas durante a cesárea aponta para a necessidade de se analisar em que medida está se dando o envolvimento do médico no aconselhamento e na decisão desse tipo de intervenção cirúrgica.

Considerando que o planejamento familiar é uma decisão de foro íntimo, um casal ou um indivíduo que por diferentes razões, seja para preservar sua própria saúde física e mental, seja por questões de eugenia, não queira correr o risco de gerar filhos comprometidos física e mentalmente, pode se submeter à esterilização se a julgar necessária. Entretanto, admitir essa possibilidade não significa aceitar a prática indiscriminada desse tipo de procedimento. E isso não por razões morais, que recriminam o aborto ou a esterilização, mas sim por se entender que essa decisão constitui direito fundamental do indivíduo.<sup>18</sup>

### O planejamento familiar deve estar associado a uma política geral de saúde.

Nesse sentido, também deve ser questionado o papel exercido por clínicas particulares, como, por exemplo, a BENFAM. Fundada por médicos brasileiros em 1965 e financiada por empresas e instituições estrangeiras, constitui importante instituição voltada ao planejamento familiar e à ampliação do consumo de anticoncepcionais. Suas atividades foram expandidas através de convênios com clínicas de planejamento familiar e com secretarias de Saúde.<sup>19</sup> Entre as atividades realizadas por essas clínicas, inclui-se o aconselhamento para homens e mulheres sobre o controle da natalidade, mas considera-se que sua principal atividade consiste na

distribuição de anticoncepcionais à população mais carente e na realização da laqueadura de trompas. Os críticos da atuação das clínicas privadas de planejamento familiar acusam-nas de catequizar mulheres de baixa renda que não dispõem de informações para compreender o alcance de uma decisão com a da laqueadura, um método irreversível.<sup>20</sup>

A execução de atividades ligadas ao planejamento familiar através de instituições privadas restringe a possibilidade de avaliação e intervenção por parte da população. Por isso, considera-se que o planejamento familiar deveria ser orientado pelo Estado, e mais precisamente por um Estado democraticamente institucionalizado. A ele caberia promover maior assistência e dar condições aos grupos potencialmente interessados para que possam planejar sua família de acordo com seus desejos e condições de vida. Isso não significa que o planejamento familiar deva ser a primeira prioridade da área social, assim como não significa que os órgãos da área de saúde devem privilegiar a execução do planejamento familiar em relação a outros programas. Significa apenas que, levando em conta os recursos existentes e as prioridades aprovadas pela sociedade, o poder público poderia viabilizar o acesso a informações e meios para que o planejamento familiar, dentro de uma política geral de saúde, se torne possível aos diferentes grupos sociais.<sup>21</sup>

Para que a atuação do Estado nesta questão reflita os anseios da população, é preciso que, prioritariamente, se amplie o debate para toda a sociedade, para que

esta não tenha seus direitos fundamentais atingidos por medidas arbitrárias.

#### NOTAS DE REFERÊNCIA

<sup>1</sup> MARTINE, George & CAMARGO, Lísio. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, 1 (12):138, jan./dez. 1984.

<sup>2</sup> CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira de. Política populacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3., Vitória, 1962. *Anais*. São Paulo, 1982. p. 82.

- <sup>3</sup> MARTINE & CAMARGO, p. 130.  
<sup>4</sup> MARTINE & CAMARGO, p. 136.  
<sup>5</sup> CARDOSO, Ruth. Planejamento familiar: novos rumos. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, (3): 3, nov. 1983.  
<sup>6</sup> MARTINE & CAMARGO, p. 104-5.  
<sup>7</sup> MARTINE & CAMARGO, p. 130.  
<sup>8</sup> RODRIGUES, Walter, et alii. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Região Sul*. Rio de Janeiro, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1981. p. 11-2.  
<sup>9</sup> RODRIGUES, p. 11-2.  
<sup>10</sup> RODRIGUES, p. 11-2.  
<sup>11</sup> RODRIGUES, p. 12-3.  
<sup>12</sup> BERQUÓ, Elza. Os corpos silenciados. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, 1 (3): 48, jul. 1982.  
<sup>13</sup> RODRIGUES, p. 61-2.  
<sup>14</sup> BERQUÓ, p. 48.  
<sup>15</sup> RODRIGUES, p. 68.  
<sup>16</sup> BERQUÓ, p. 49.  
<sup>17</sup> RODRIGUES, p. 31.  
<sup>18</sup> BERQUÓ, p. 48.  
<sup>19</sup> CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a constituição da política de planejamento familiar no Brasil: 1965-1977. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3., Vitória, 1962. *Anais*. São Paulo, 1982. p. 101-29.  
<sup>20</sup> MATTE, Marcelo. Tiro na natalidade. *Isto é*, São Paulo, 9 (452): 36-45, ago. 1985.  
<sup>21</sup> MARTINE & CAMARGO, p. 137.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERQUÓ, Elza. *Corpos silenciados*. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, 1 (3):47-9, jul. 1982.
- Sobre o plano de ação mundial de população - México, 1984, e o planejamento familiar no Brasil*. Águas de São Pedro, 1984. 10f. Conferência proferida no IV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Águas de São Pedro, out. 1984.
- CAMARGO, Cândido Procópio Ferreira de. Política populacional no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3., Vitória, 1962. *Anais*. São Paulo, 1982. p. 85-99.
- CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a constituição da política de planejamento familiar no Brasil: 1965-1977. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 3., Vitória, 1962. *Anais*. São Paulo, 1982. p. 101-30.
- CARDOSO, Ruth. Planejamento familiar: novos rumos. *Novos Estudos CEBRAP*, São Paulo, (3): 2-7, nov. 1983.
- MARTINE, George & CAMARGO, Lísio. Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes. *Revistas Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, 1 (12): 90-142, jan./dez. 1984.
- MATTE, Marcelo. Tiro na natalidade. *Isto é*, São Paulo, 9 (452): 36-42, ago. 1985.
- MCDONOGH, Peter & SOUZA, Amaury de. A política de população no Brasil. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1984. p. 20-48.
- RODRIGUES, Walter et alii. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, Região Sul*. Rio de Janeiro, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1981. p. 11-68.