

Scripta Nova.

Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.

Universidad de Barcelona [ISSN 1138-9788]

Nº 69 (25) 1 de agosto de 2000

INNOVACIÓN, DESARROLLO Y MEDIO LOCAL. DIMENSIONES SOCIALES Y ESPACIALES DE LA INNOVACIÓN

Número extraordinario dedicado al II Coloquio Internacional de Geocrítica (Actas del Coloquio)

INOVAÇÕES NAS POLÍTICAS POPULACIONAIS: O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL¹

Susana Maria Veleda da Silva

Universidade Federal do Rio Grande, Brasil.

Doutoranda em Geografia Humana – Universitat Autònoma de Barcelona.

Inovações nas políticas populacionais: o planejamento familiar no Brasil (Resumo)

No Brasil a queda da taxa de fecundidade, ocorrida nos últimos 30 anos, mostra mudanças no comportamento demográfico, evidenciadas pela prática da esterilização feminina. Esta prática ocorre a revelia de políticas populacionais oficiais e com o apoio de instituições privadas nacionais e internacionais. É somente a partir de 1997 que o Estado brasileiro assume a tarefa de promover o Planejamento Familiar gratuito, através da Lei 9263/97. Esta inovação pode redimir a prática indiscriminada da esterilização, pois permite que o casal obtenha todas as informações sobre os diferentes métodos anticonceptivos e possa optar pelo mais adequado.

Palavras-chave: taxa de fecundidade/ mudanças demográficas/ anticoncepção/ esterilização/ políticas populacionais/ planejamento familiar

Innovations in the population policies: the family planning in Brazil (Summary)

In Brazil the decrease of the fecundity rate, occurred in last 30 years, shows changes in the demographic behavior, evidenced by the practical of feminine sterilization. This practice occurs without having an official population policies and with the support of national an international private institutions. It is only from 1997 that the Brazilian State assumes the task to promote free Family Planning, through law 9263/97. This innovation can redeem the indiscriminate practice of sterilization, because it allows the couple to get all information on the different contraceptive methods and then opt for the most adequate.

Keywords: fecundidad tax/ demographic changes/ contraception/ sterilization/ population policies/ family planning

O crescimento da população brasileira atingiu seu auge durante a década de cinquenta. Neste período, o crescimento populacional se deu, principalmente, devido ao intenso crescimento vegetativo, ou seja, altas taxas de natalidade e uma queda nas taxas de mortalidade (IBGE, 1996a).

Durante a década de sessenta a taxa de crescimento populacional entrou em declínio no Brasil², com uma rápida aceleração da tendência decrescente da taxa de fecundidade total³. Transformações sócio-econômicas e culturais tornaram possível uma queda no número de filhos por mulher no País: em 1970 a taxa de fecundidade total era de 5,76; em 1980 de 4,36; em 1985 de 3,3 e em 1995 caiu para 2,52 filhos por mulher (IBGE, 1995). Isto significa que, num período de quinze anos a fecundidade total no Brasil diminuiu em média 1,5 filho por mulher, equívalendo a um decréscimo de um filho por mulher a cada dez anos. Uma pesquisa realizada pela BEMFAM/DHS em 1996, confirmou que a taxa de fecundidade diminuiu cerca de 30% nos últimos dez anos, significando um filho a menos, em média, por mulher.

A aceleração da queda da fecundidade se dá em todas as regiões do País e, embora em diferentes proporções, atinge todas as camadas da população, expressando o uso de anticoncepcionais (IBGE, 1991/1996). De acordo com Wood e Carvalho (1994), o uso de anticoncepcionais, são -aliados a outros-, determinantes próximos da fecundidade, pois sua influência sobre a fecundidade é direta.

O debate teórico contemporâneo demonstra que a queda da taxa de fecundidade no Brasil dificilmente pode ser explicada por teorias estruturais tributárias da teoria de modernização, ou seja, que a exemplo dos países desenvolvidos - com a industrialização e a urbanização crescentes associadas a secularização das sociedades - a redução dos níveis de fecundidade ocorreu somente como resultado dessas transformações, pois melhores condições de vida possibilitaram uma redução no número de filhos em amplas camadas da população brasileira.

Segundo Ávila (1993:388), no Brasil, "a queda acentuada da taxa de fecundidade, elemento fundamental para a configuração da transição demográfica aqui realizada, foi acompanhada de violento aumento de miséria social que contradiz profundamente as teses neo-malthusianas" e a própria teoria da modernização. Giffin (1992:103) argumenta que "ao contrário dos padrões demográficos dos países centrais, a transição demográfica brasileira não foi conseqüência da melhoria das condições de vida. Ocorre concomitantemente com o crescente empobrecimento da população". O modelo de desenvolvimento social e econômico aqui implementado privilegiou o capital estrangeiro, as importações e propiciou uma distribuição de renda altamente concentradora. A autora aponta que a motivação para o uso da anticoncepção, no Brasil, foi provocada pelos processos de urbanização e industrialização que se traduziram numa perda das atividades produtivas antes organizadas pela família, na necessidade de venda da força de trabalho e na perda do valor econômico dos filhos. Assim, o empobrecimento da maioria da população brasileira torna necessária a diminuição da prole tanto pela necessidade de participação da mulher no mercado de trabalho, como pelo custo de sustentação dos filhos.

Ainda na linha da abordagem estrutural, Carvalho e outros (1981) destacam a intensificação do processo de proletarização (Paiva, 1982) e a queda do padrão de vida entre amplos segmentos da população brasileira como as principais causas econômicas da aceleração da queda da fecundidade verificada em todo o Brasil no final da década de sessenta e início da década de setenta. O processo de proletarização teria destruído o sistema anterior que estimularia o padrão de alta fecundidade, pois na medida em que a produção doméstica é eliminada e que aumenta o custo de subsistência da força de trabalho, o processo de assalariamento parece atuar como desestimulador de famílias grandes. Já a queda no padrão de vida no período e aumento do custo dos gêneros alimentícios tornou a manutenção de famílias grandes muito difícil. Mas os autores não descartam o uso generalizado de anticoncepcionais, especialmente a pílula e a esterilização, que atuariam como variáveis intermediárias que explicariam a queda da fecundidade no país⁴.

Para Faria (1989) estas teorias privilegiam uma abordagem estrutural em detrimento da ação das pessoas, vistas como suportes dos processos estruturais que determinam mecanicamente seus comportamentos e carecem de evidências empíricas satisfatórias. Propõe, então, uma nova ótica na leitura do fenômeno. Para o autor, ações governamentais não pretendidas incidiram na queda da fecundidade no País. A partir de 1964 processos de mudança institucional associados às políticas públicas promovidas pelo governo federal propiciaram esta queda, mesmo não sendo esta a intenção do governo. Ainda segundo Faria (1989:68) "as políticas de crédito ao consumidor, de telecomunicações, de previdência social e de atenção à saúde, isoladamente ou em conjunto, foram estratégias para acelerar processos de mudança sócio-cultural que tiveram impacto decisivo sobre o declínio da

fecundidade no Brasil ", o qual é considerado, pelo autor, como uma conseqüência não antecipada por estas políticas públicas.

A maioria dos pesquisadores considera que a crescente urbanização e industrialização no País, o ingresso maciço da mulher no mercado de trabalho, o aumento no nível de escolaridade feminina, as transformações nas formas de organização da produção e o acesso aos métodos modernos⁵ de controle da prole são os principais fatores estruturais da redução da fecundidade (Taylor, 1975; Berquó, 1980; Oliveira, 1989; Patarra, 1994).

Consideramos também que transformações culturais levaram a uma redução da fecundidade, alterando valores e desejos no contexto familiar, aliando-se às perspectivas do mercado de trabalho. As transformações culturais ampliam os papéis tradicionalmente atribuídos as mulheres e "abrem perspectivas de incorporação de um projeto profissional como parte de um projeto de vida" (Silva, 1995:6).

A Posição dos Governos Brasileiros

Até meados dos anos setenta, o discurso de alguns setores do governo era natalista: a ocupação dos vazios demográficos brasileiros era uma preocupação constante dos militares, particularmente durante as décadas de sessenta e setenta (Souza, 1986). Estas preocupações foram discutidas no *I Plano Nacional de Desenvolvimento* (I PND) de 1972/74. Era tempo do chamado "milagre brasileiro" e alguns setores militares, aliados à Igreja Católica, eram francamente pró-natalistas. Embora a posição natalista oficial do governo militar brasileiro se mantivesse até 1974, a burguesia brasileira, setores médicos e alguns setores do governo militar, aliavam-se às tendências internacionais de contenção populacional. A relação entre pobreza e natalidade adquire ampla visibilidade na sociedade brasileira (Ávila, 1993). Teorias neo-malthusianas legitimam o senso comum que associa miséria a um alto crescimento demográfico, ignorando que a pobreza decorre do modelo de desenvolvimentos implantado no país.

Duas posturas antagônicas conviviam na sociedade e no governo brasileiro no que tange a políticas populacionais. Fonseca (1993) identifica estas posturas como "coalisão anticontrolista e coalisão antinatalista". A primeira integrada por setores militares, Igreja Católica e setores que o autor denomina - sem definir -, de esquerda revolucionária. A segunda compunha-se de setores militares com interesses geopolíticos alinhados com o governo estadunidense, alguns economistas, empresários e médicos. Para Fonseca (1993), nenhum destes blocos teve poder suficiente para impor sua opinião e, no início da década de oitenta, os baixos níveis de fecundidade já vigentes, haviam tornado a velha polêmica despida de substrato e este empate abre caminho para o nascimento do planejamento familiar no País.

De acordo com Pena (1991) a tendência histórica que permitiu a manutenção da ideologia liberal de não-intervenção, ao mesmo tempo em que favoreceu a ação de agentes privados que forneceram anticoncepção moderna para a população, transformaram o País em um "Estado de Duas Caras", quando se analisa política e população. Pois a partir da década de setenta, embora não implementassem uma política oficial de contenção do crescimento demográfico, permitiram que instituições não governamentais aplicassem medidas de controle demográfico através de programas de planejamento familiar que distribuíam anticoncepcionais orais e praticavam a esterilização (Barroso, 1984; Terra, 1991; Ávila, 1993; Tinôco e Modena, 1996).

Segundo Faria (1989) algumas análises apontam esta situação como uma "omissão planejada", ou seja, uma política implícita de regulação em que o governo não atuava mas permitia a ação de agências internacionais no controle da natalidade. Instituições privadas como a *Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil* (BEMFAM), desenvolviam um projeto educativo difundindo as vantagens de uma família reduzida e o uso de práticas anticonceptivas modernas, com apoio do governo (Tinôco e Modena, 1996).

A BEMFAM foi criada em 1965 e declarada utilidade pública em 1971 (Ávila, 1993). Esta instituição foi idealizada por médicos que tinham como objetivo informar sobre os métodos anticoncepcionais para tentar evitar o grande número de abortos provocados no País que, segundo estes médicos, ocorreriam

por falta de informações e acesso às práticas anticonceptivas. Este grupo de médicos contava com apoio da IPPF - Federação Internacional do Planejamento Familiar - que tinha como objetivo financiar clínicas de controle da natalidade em vários Estados do País.

Os médicos, como porta voz do discurso controlista despolitizaram a ação dando uma áurea de cientificismo à questão. Segundo Serruya (1993:37) "o saber médico potencializava a força das razões controlistas". E, para que o discurso controlista fosse aceito pela população, promoveram seminários e cursos para profissionais da área da saúde, autoridades governamentais, jornalistas, entre outros. Além disso, no período de 1967-82, 3706 bolsistas foram treinados em cursos de planejamento familiar e, em média, dez municípios por mês implantavam um programa comunitário de planejamento familiar - em alguns estados do Nordeste esta média era bem mais elevada. A BEMFAM, assim, obteve o apoio institucional necessário fazendo parceria com diversas prefeituras no País.

Serruya (1993) mostra a amplitude de atuação desta entidade e de outras como a *Associação Brasileira de entidades de Planejamento Familiar* (ABEF), criada em 1981 -, e como, desta forma, os argumentos controlistas foram amplamente divulgados no País e aponta a presença das entidades controlistas entre outros fatores como responsáveis pelo grande número de mulheres esterilizadas no Brasil. Atualmente, a BEMFAM realiza convênios de cooperação técnica com o setor público ou em clínicas privadas e fornece anticoncepcionais. A entidade só realiza um convênio por município. Segundo a enfermeira responsável pela BEMFAM na Região Sul, a prioridade da entidade é oferecer métodos reversíveis, condenando o uso abusivo de esterilizações ocorridas no País.

Em que pesem as atividades das instituições privadas é somente em 1974, que o Brasil enuncia em Bucareste, durante a I Conferência Mundial sobre População, patrocinada pela ONU, uma posição oficial, enfatizando que a decisão quanto à composição familiar é uma prerrogativa do casal (Barroso,1984; Souza,1986), demonstrando a indefinição por parte dos governos brasileiros, que atribuem a responsabilidade da reprodução ao casal, ao mesmo tempo em que permitem a intervenção de organismos não governamentais, que financiam e estimulam o controle populacional (Barroso,1984).

As metas previstas em Bucareste no sentido de "colocar à disposição das populações de baixa renda informações e meios referentes à regulação da fecundidade" (Tinôco e Modena, 1996:52), não foram atendidas e as instituições privadas continuaram implementando seus objetivos controlistas. Apesar dos compromissos oficiais do País, as políticas públicas são, neste sentido, insuficientes. Mesmo com posicionamentos contraditórios, por parte dos governos, a taxa de fecundidade no Brasil, como vimos, caiu muito nas últimas décadas, expressando o uso de métodos anticonceptivos, considerados como determinantes próximos e/ou variáveis intermediárias. (IBGE, 1996b; Carvalho,1981; Wood e Carvalho,1994).

Entendemos que a regulação da fecundidade e a conseqüente adoção de uma prática anticonceptiva correlaciona-se com o processo de expansão urbano-industrial e suas conseqüências sócio-culturais, as quais possibilitam mudanças comportamentais em relação à prática reprodutiva. Este estudo privilegiou a complementariedade causal entre os processos estruturais e a ação social dos atores (Giddens, 1989). Neste sentido, é preciso considerar que a partir da década de 1980, no Brasil, mudanças políticas, sócio-econômicas e culturais conduzem a uma nova mentalidade relativa à questão da sexualidade e da reprodução vinculadas à saúde e o bem estar das pessoas.

A partir de 1984, na *II Conferência Mundial sobre População*, realizada na cidade do México, "o governo brasileiro assume o compromisso de fornecer meios de informações às famílias, para efetuarem livremente o seu planejamento familiar, sendo esse incorporado entre as atividades de assistência integral à saúde da mulher" (Tinôco e Modena, 1996:52). Programas como o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM), respondendo às pressões dos movimentos de mulheres, introduzem a preocupação do Estado com a reprodução humana. Segundo Tinôco e Modena "a implantação desse programa no serviço de saúde, especificamente em Centros de Saúde, exemplifica de forma muito clara a atuação do Estado no tocante ao comportamento reprodutivo da população" (1996:53) Mas embora esse programa exista desde 1983 (regulamentado em 1986 e normatizado em 1988, e com revisões em 1992/94), as críticas por não ser prioridade dos governos⁶, têm sido freqüentes (Fonseca Sobrinho,1993).

Mas as contradições continuam, pois no mesmo ano em que o PAISM foi concebido, uma *Comissão Parlamentar de Inquérito* (CPI), criada com o "objetivo de investigar problemas vinculados ao aumento populacional brasileiro", declara que o controle populacional brasileiro é fundamental para o desenvolvimento do país. E aponta a necessidade de um programa de planejamento familiar efetivo e que, na ausência desse programa, uma política autoritária de regulação da natalidade torna-se uma necessidade (Ávila, 1993). Para Ávila, "a defesa do planejamento familiar como proposta democrática tem, como contrapartida, o controle" (1993:389).

Mesmo com críticas sobre a sua aplicação prática efetiva, o discurso sobre o controle da concepção e o uso de diferentes práticas anticonceptivas, dos setores progressistas que se engajavam num programa de atendimento integral à saúde reprodutiva, passa a fazer parte da questão dos direitos individuais e fundamenta a noção de direitos reprodutivos. Estes são entendidos como "os direitos das mulheres de exercer sua sexualidade e regular sua capacidade reprodutiva, bem como exigir que os homens assumam responsabilidade pelas conseqüências do exercício de sua própria sexualidade" (Ávila e Corrêa, 1989; Azeredo, Stolcke, 1991; Blay, 1993). Segundo Azeredo e Stolcke, a formulação dos direitos reprodutivos está centrada na noção de sexualidade, não se restringindo apenas às atividades ligadas ao funcionamento do aparelho genital, transcende a satisfação de uma necessidade biológica buscando satisfazer a desejos e não só a necessidades.

Assim, com a criação do PAISM, o Estado passaria a ter um papel fundamental ao assumir a assistência social e a assistência integral à saúde da mulher, através da informação e da assistência gratuita as questões referentes ao planejamento familiar e à sexualidade. Até então o discurso, seja o autoritário dos governos, ou seja o dos setores progressistas que se engajavam num programa de atendimento integral à saúde reprodutiva, tinha como alvo principal as mulheres. Todas as supostas ações de planejamento familiar eram dirigidas às mulheres. E o PAISM, que é fruto desta luta política em busca de melhores condições de vida para as mulheres, acaba reforçando que são estas as responsáveis pela reprodução, ignorando que os direitos reprodutivos devem incluir a participação dos homens no processo reprodutivo.

O fato é que, com a introdução do discurso dos direitos reprodutivos, a noção, antes de controle, passa a ser de planejamento com participação efetiva da mulher. Mas, apesar do discurso, os poucos programas de planejamento familiar implementados foram insuficientes e muitas vezes incompletos - tanto no atendimento como no oferecimento dos diferentes métodos anticonceptivos -, para proporcionar um atendimento universal à população brasileira (Tinôco e Modena, 1996) e ainda o são.

Berquó (1990) afirma que já existe, no Brasil, por parte da mulher ou do casal "uma intenção reprodutiva no sentido de reduzir o número de filhos e que a demanda por serviços de planejamento familiar é maior do que a oferta". E, principalmente que esta oferta "é dirigida no sentido de colocar à disposição das mulheres apenas alguns poucos métodos, principalmente os hormonais e a esterilização". O processo de escolha das mulheres mais pobres fica reduzido às ofertas dos serviços públicos de saúde. A má qualidade deste serviços fica evidente quando o acesso à informação e aos diferentes métodos de controle da prole estão restritos ao oferecimento de pílulas anticoncepcionais orais, sem o devido acompanhamento médico, por isto, de acordo com Daltro (1992), os serviços públicos de saúde, apesar de não contarem com uma política explícita de controle da natalidade, contam com uma prática de controle real, de difícil mensuração. E têm as mulheres como o alvo principal de seus programas ignorando a participação do homem no processo reprodutivo.

Como vimos, no contexto da elaboração do PAISM, a reflexão das próprias mulheres a respeito do seu papel e das condições sociais e políticas que a sociedade tem oferecido para o exercício da função reprodutiva e da sexualidade levou à noção de direitos reprodutivos, restritos aos direitos das mulheres sem incorporar a perspectiva masculina (Oliveira, 1994). O ônus da reprodução e seu controle ainda recai, prioritariamente, sobre a mulher, seja no discurso controlista (neomalthusiano), seja no discurso dos direitos reprodutivos. Tanto os métodos hormonais quanto a ligação tubária, os mais usados no Brasil, não requerem, tecnicamente, a interferência masculina.

Os recursos empregados em pesquisas sobre reprodução e anticoncepção evidenciam esta orientação. Segundo Kabeer (1992), em todo o mundo, do montante relativo às pesquisas na área, são gastos somente oito por cento com o desenvolvimento de métodos masculinos de anticoncepção. A própria

ciência acaba enfatizando o uso de métodos anticoncepcionais femininos, pois estes existem em maior quantidade e acabam sendo mais acessíveis nos postos de saúde.

Embora com o advento da AIDS o uso da "camisinha" tenha sido amplamente divulgado, a propaganda de seu uso tem se vinculado mais como barreira para doenças sexualmente transmissíveis do que para evitar uma gravidez. E nos postos de saúde sua distribuição está mais vinculada à prevenção destas doenças do que como método anticoncepcional efetivo. Mas, no Brasil, o aumento de mais de duzentos por cento de vasectomizados nos últimos dez anos (BEMFAM, 1996), aponta a tendência de uma mudança do comportamento reprodutivo, seja do homem, seja da mulher.

A vasectomia é considerada pelos médicos como um método mais simples, prático e com menos riscos para o paciente do que uma laqueadura tubária. E muitos ginecologistas já aconselham os casais a fazerem a esterilização masculina. Estes fatos também indicariam novos comportamentos dos trabalhadores da área da saúde.

Da Esterilização como prática Anticoncepcional à Lei de Planejamento Familiar

A queda brusca da taxa de fecundidade no País, a partir da década de sessenta, indica o crescimento da adoção de procedimentos anticoncepcionais. Em 1986 o índice de mulheres em união que adotavam um método anticoncepcional era de 65,8%, passando para 76,7% em 1996 (BEMFAM/DHS, 1996). Os dados do IBGE (1991) apontam que a queda da fecundidade, nos últimos vinte anos, se deve à difusão daqueles procedimentos, com destaque para o uso da pílula e da esterilização, particularmente a feminina (Silva, 1995).

Nas décadas anteriores poucos médicos se dispunham a efetuar a laqueadura tubária. Só as mulheres de estratos mais favorecidos a ela recorriam (Berquó, 1994). A partir dos anos setenta a pílula anticoncepcional e a esterilização cirúrgica feminina passam a ser os métodos anticoncepcionais mais usados no País. Os dados da BEMFAM/IRD 1986, citados por Scavone (1994), mostram que em 1986 - das mulheres entre 15 a 44 anos, em união e usuárias de métodos anticoncepcionais - 25,2% usavam a pílula anticoncepcional e 26,9% haviam optado pela esterilização cirúrgica.

A esterilização cirúrgica, que até 1997 era considerada ilegal, enquadrando-se no Artigo 129 do Código Penal, se difunde no Brasil a partir da década de setenta. A Lei brasileira não proibia explicitamente a esterilização mas proibia a mutilação física (Artigo 129 do Código Penal, Lesões Corporais) e a esterilização era considerada como uma lesão corporal em que ocorre a perda ou inutilização de membro, sentido ou função, portanto - ilegal, passível de ser punida com pena de detenção de três meses a um ano (Franco, 1993). Além disso, o *Código Brasileiro de Ética Médica*, em seu artigo 52 - "Da responsabilidade Médica" - Capítulo VI, condena a esterilização, a não ser em casos excepcionais. Estes casos necessitam da indicação de dois médicos ouvidos em conferência (Berquó, 1982). O *Instituto Nacional de Seguridade Social* (INSS) não financiava a cirurgia, mas ela passou a ocorrer com uma frequência cada vez maior, principalmente associada a partos cesários (Barroso, 1984). Cumpre ressaltar que o Brasil apresenta uma das maiores taxas mundiais de partos por cesárea⁷. As esterilizações são realizadas no curso das cesarianas, freqüentemente indicadas com o objetivo único da realização da laqueadura (Costa, 1996). Faúndes (1996) argumenta que a questão ética deve ser considerada nestes casos e que a esterilização não deve ser feita em momentos de estresse, como no caso de uma operação cesariana, e garante que a principal consequência para a mulher é o arrependimento anos mais tarde, de ter se laqueado. Essa prática cirúrgica tem sido freqüentemente denunciada pela imprensa como sendo indiscriminada, suscitando polêmicas. As críticas mais freqüentes, baseadas em dados estatísticos oficiais (PNAD/IBGE e BEMFAM), denunciam que esta prática incide sobre as populações mais carentes como uma forma velada de controle populacional (Terra, 1991).

Em 1996, a BEMFAM/DHS⁸, considerando as mulheres em união na faixa etária de 15 a 49 anos constatou que o uso da pílula como método anticoncepcional caiu no Brasil. Em 1986 era de 25,2% e em 1996 passou para 20,7%. O uso da esterilização feminina, por outro lado, aumentou nesse mesmo período de 26,9% para 40,1%. Os dados indicam que a esterilização feminina corresponde a 57% do uso de métodos modernos de anticoncepção, entre as mulheres em união na faixa etária considerada, mostrando claramente um declínio no uso dos métodos reversíveis.

A mesma pesquisa, considerando os homens em união na faixa etária de 15 a 59 anos, revelou que o índice de esterilização masculina, embora bastante inferior ao da feminina, apresentou um aumento significativo de 225% , uma vez que, em 1986, 0,8% dos parceiros de mulheres em união haviam se submetido à vasectomia como método anticoncepcional, e em 1996, a taxa havia se elevado para 2,6%. A pesquisa da BEMFAM / DHS de 1996 é o primeiro estudo estatístico no Brasil que levantou dados sobre a anticoncepção masculina com questões respondidas pelos homens.

Este estudo indica também que :

a) as mulheres estão se esterilizando cada vez mais jovens, a idade média da esterilização feminina é de 28,9 anos. Em 1986, era de 31,4 anos, o que equivale a um decréscimo de dois anos e meio. Os dados da BEMFAM (1996) apontam que os homens esterilizados estão na faixa entre 30 a 39 anos;

b) A maioria dos esterilizados já possuem, em média, dois filhos e as esterilizadas três ou mais, mas o estudo da BEMFAM/DHS-1996 aponta que 6,4% das mulheres esterilizadas possuem apenas um filho;

c) Quanto à educação, a pesquisa citada mostra que as mulheres esterilizadas se distribuem de forma mais ou menos homogênea em relação aos anos de escolaridade, com uma pequena diferença a mais, nas que possuem baixa escolaridade. Já os homens esterilizados possuem cinco ou mais anos de educação, com maior concentração na faixa de doze anos ou mais de escolaridade;

d) Os grandes levantamentos estatísticos, tais como a PNAD/1986, indicavam diferenças regionais no uso dos diferentes métodos anticonceptivos e apontavam diferenças de práticas anticonceptivas entre pessoas de condições sócio-econômicas distintas. O Rio Grande do Sul, por exemplo, apresentava a menor taxa de esterilizações do Brasil em 1986. Das mulheres entre 15 e 54 anos e em união, 12,7% estavam esterilizadas (IBGE,1986). A comparação com outros Estados brasileiros permitiu associar a esterilização e o grau de pobreza da Região, pois os estados do Nordeste e do Norte estão entre os que apresentam taxas mais elevadas de mulheres esterilizadas.

A falta de uma regulamentação quanto à esterilização cirúrgica e seu uso gerou debates que colocaram a questão dos direitos reprodutivos em pauta. E, a partir de 1991 alguns parlamentares, em parceria com movimentos organizados de mulheres, instauraram uma Comissão Parlamentar de Inquérito(CPI) da Esterilização. Essa CPI documentou os riscos para a saúde das mulheres face aos abusos dessa prática, conduzida de forma indiscriminada e clandestina. Esta situação se traduziu em um projeto de lei aprovado no Congresso Nacional em 1996 (Lei N.9263-12/01/96), que além de regulamentar o exercício do direito reprodutivo - dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, proibindo a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico - regulamentaria a esterilização no País, prevendo a possibilidade de que mulheres e homens com mais de 25 anos e pelo menos 2 filhos vivos possam recorrer a hospitais públicos para solicitarem espontaneamente a esterilização. Para tanto, o Serviço Único de Saúde (SUS) deve garantir um programa de atenção integral à saúde em todos os seus níveis.

O artigo que trata da regulamentação da esterilização foi vetado pelo Executivo no dia 15/01/96. O Presidente da República Fernando Henrique Cardoso baseou sua decisão em um parecer jurídico que considera a esterilização uma "clara mutilação" (Diário Oficial da União). A imprensa veiculou, na época, que o Presidente Fernando Henrique Cardoso afirmou que havia cometido um erro ao vetar esse artigo e pediria que o Congresso derrubasse seu veto⁹ o que só veio a ocorrer em 14/08/97.

A partir da publicação no Diário Oficial da União, ocorrido no dia 27/11/97, a rede pública de saúde deve assumir a esterilização preparando os Hospitais Públicos para o cumprimento da Lei de Planejamento Familiar. Para tanto, os hospitais deverão se aparelhar com equipes multidisciplinares para aconselhar e desencorajar a esterilização precoce. A Lei proíbe a esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, "exceto nos casos de comprovada necessidade", como é o caso de cesarianas sucessivas.

A pessoa interessada na esterilização terá, antes da cirurgia, que se inscrever num programa de planejamento familiar para, durante dois meses, se informar sobre várias formas de evitar a gravidez. Caso a pessoa opte pela esterilização, terá que expressar sua vontade, por escrito, e os médicos deverão

comunicar ao Ministério da Saúde todas as cirurgias de esterilização que fizerem. Governadores e prefeitos deveriam ser convocados pelo Ministério da Saúde para colaborar na regulamentação da Lei de Planejamento Familiar e os técnicos do ministério teriam um prazo de noventa dias, após a publicação da Lei no Diário Oficial, para definir o preço da cirurgia e incluí-lo na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS).

De acordo com Berquó, o Brasil possui uma "cultura da esterilização" que trata-se de "uma rede familiar e social envolvida no processo de difusão da esterilização que permeia gerações, raças e classes sociais" (1994:19). Este processo de difusão da esterilização passa de mãe para filha, de irmã para irmã, de amiga para amiga e acrescentamos de colega de trabalho para colega, de patroa para empregada doméstica, enfim, é inter e intrageracional e perpassa todo o tecido social. A opção pela vasectomia parece ampliar a cultura da esterilização, abrangendo também os homens e os trabalhadores da saúde. Um Planejamento Familiar acessível à todos, poderia suscitar uma mudança nesta "cultura", pois as opções de anticoncepção se ampliam.

A inovadora *Lei do Planejamento Familiar* representa um avanço nas políticas populacionais do País, mas deve ser cumprida e abranger todas as camadas da população para que acabe de vez com a prática abusiva de esterilizações. O casal ao ter acesso a este tipo de serviço pode realmente planejar sua prole com a certeza do acesso gratuito à informação e aos métodos anticoncepcionais, para então optar pelo mais adequado a sua situação.

Bibliografia

ÁVILA, M. B. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas*, Vol. 1, Nº 2. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, 1993.

ÁVILA, M. B. e CORREA, S. *Os direitos reprodutivos e a condição feminina*. Recife: SOS Corpo – Grupo de Saúde da Mulher, 1989.

AZEREDO, S. e STOLCKE, V.(Coord.) *Direitos reprodutivos*. São Paulo: FCC/DPE, 1991.

BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 18, Nº 2. São Paulo, 1984.

BEMFAM. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde: Relatório Preliminar*. BEMFAM/ DHS, Rio de Janeiro, 1996.

BERQUÓ, E. *Algumas indicações sobre a recente queda da fecundidade no Brasil*. Trabalho apresentado na Reunião do Grupo de Trabalho sobre Processo de Reprodução da População, Teresópolis, 1980.

BERQUÓ, E. Os corpos silenciados. *Novos Estudos – CEBRAP*, Nº 3, São Paulo, 1982.

BERQUÓ, E. Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos. *Revista Brasileira de Estudos de População/ABEP*, Vol. 7, Nº 1, jan/jun, São Paulo, 1990.

BERQUÓ, E.(1994) Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População / ABEP*, Vol. 11, Nº 1, jan/jun, São Paulo, 1994.

BLAY, E. *Direitos reprodutivos*. Discurso proferido em 26/06/93 no Senado Federal, Brasília, 1993.

CARVALHO, J. A.; PAIVA, P. e SAWYER, D. A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação. *Monografia Nº 12*. Belo Horizonte: CEDEPLAR, Outubro, 1981.

COSTA, A. M. Planejamento familiar no Brasil. *Revista Bioética*, Vol. 4, Nº 2. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1996.

- DALTRO, M. E.; NORONHA, C.; MENEZES, G. Mulheres do Recôncavo Baiano e práticas anticonceptivas: diferenças entre gerações. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano I, Nº 4. Brasília: setembro, 1992.
- FARIA, V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: consequências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje*. São Paulo: Vértice/ANPOCS, 1989.
- FAÚNDES, A. e HARDY, E. Ética médica e planejamento familiar no Brasil. *Revista Bioética*, Vol. 4, nº 2. Brasília: Conselho Federal da Medicina, 1996.
- FONSECA Sobrinho, D. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos/FNUAP, 1993.
- FRANCO, A. e outros. *Código Penal e sua interpretação jurisprudencial*. 4ª Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais Ltda, 1993.
- GIDDENS, A.. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GIFFIN, K. M. A modernidade perversa e a reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M. C. e outros (Orgs.) *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento*, Vol. II. São Paulo: HUCITEC /ABRASCO, 1992.
- IBGE. *Anticoncepção: 1986*. Rio de Janeiro: Fundação IBGE, Depto. de Emprego e Rendimentos, Vol. 1, 1991.
- IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio De Janeiro: FIBGE, 1995.
- IBGE. *Tendências demográficas: uma análise a partir dos resultados do Censo Demográfico de 1991*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996a.
- IBGE. *Sistema de Informação Estatística e Geográfica: Versão 1,0*. 1996.
- KABEER, N. From fertility reduction to reproductive choice: gender perspectives on family planning. *Discussion Paper – Institute of Development Studies*, March, 1992.
- OLIVEIRA, M. C. Trabalho, família e condição feminina: considerações sobre a demanda por filhos. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Vol. 6, Nº 1, São Paulo: ABEP, jan/jun, 1989.
- OLIVEIRA, M. C. e outros (1994) Os homens, esses desconhecidos *Revista Brasileira de Estudos de População*, Vol. 11, Nº 1 .São Paulo: ABEP, jan/jun, 1994.
- PAIVA, P. *O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil*. Trabalho apresentado na VII Reunião de Grupo de Trabalho sobre o processo de Reprodução Social / Cuernavaca, México; CEDEPLAR, Belo Horizonte, 1982.
- PATARRA, N. Transição demográfica: novas evidências, velhos desafios. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Vol. 11, Nº 1 São Paulo: ABEP, jan/jun, 1994.
- PENA, M. V. J. Política e população : dados sobre um estado de duas caras. *Physis / Revista de Saúde Coletiva*, Vol. 1, Fascículo 1, 1991.
- SCAVONE, L.; BRETIN, H.; THEBAUD-MONY, A. Contracepção controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. *Revista de Estudos Feministas*, Vol. 2, Nº 2. Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ, 1994.

SILVA, L. H. O declínio da fecundidade e os direitos reprodutivos no Brasil: um urgente desafio. Trabalho Apresentado no *V Congreso Español de Sociología*, Granada, 1995, (Publicado na América Latina Hoy, Madrid).

SILVA, S. V. da. *Não quero mais filhos... a opção pela esterilização cirúrgica no município do Rio Grande/RS*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998 (Dissertação de Mestrado em Sociologia).

SOUZA, A. População e populacional no Brasil. In: BIB: *O que se deve ler em Ciências Sociais no Brasil*. São Paulo: Cerqueira, Cortez / ANPOCS, 1986.

TAYLOR, H. Fatores socio-econômicos na fecundidade – SP/BR. *Revista Brasileira de Geografia*, Nº 37 (2). Rio de Janeiro: abril/junho, 1975.

TERRA, P. Esterilização – uma arma política. *Revista Terceiro Mundo*, Nº 141, jul. 1991.

TINÔCO, A. e MODENA, C. M. As políticas populacionais e de saúde e seus reflexos na família. In: *Informe epidemiológico do SUS (Brasil)*, ano V, Nº 1. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, jan/mar, 1996.

WOOD, C. e CARVALHO, J. A. A demografia da desigualdade no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA, Série PNDE / 27, 1994.

Notas:

1. Algumas idéias deste trabalho foram desenvolvidas na Dissertação de Mestrado *Não quero mais filhos... a opção pela esterilização cirúrgica no município do Rio Grande/RS*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998, 156 p. (Mestrado em Sociologia).
2. Taxas de Crescimento Populacional no Brasil (por mil): 1940-50: 23,9; 1950-60: 29,9; 1960-70: 28,9; 1970-80: 24,9 e 1980-91: 19,3 com estimativas preliminares para o período 1991-96 de 14,4 (IBGE, 1996b).
3. Taxa de Fecundidade Total corresponde ao número de filhos que, em média, uma mulher teria durante sua experiência reprodutiva, caso se sujeitasse às taxas específicas de fecundidade, observadas em determinado período (Wood e Carvalho, 1994:178).
4. Os autores analisam também os possíveis efeitos da redistribuição da população por lugares de residência ou níveis de renda e a políticas que influenciam diretamente a fecundidade.
5. Os métodos modernos de anticoncepção considerados aqui são: pílula, DIU, condom (camisinha), métodos vaginais (diafragma) e a esterilização feminina e masculina. Os métodos tradicionais são: abstinência periódica, coito interrompido, ervas e chás (BEMFAM/DHS, 1996).
6. *Jornal Folha de São Paulo*, 21/03/1995.
7. *Jornal Folha de São Paulo*, 20/01/1992.
8. *Pesquisa Nacional Sobre Demografia*, BEMFAM/DHS: realizada em 800 municípios do Brasil nas 7 regiões trabalhadas pela PNAD: Rio de Janeiro, São Paulo, Região Sul, Centro-Oeste, Centro-Leste, Nordeste e Norte em 1995/96.
9. *Jornal Folha de São Paulo*, 19/01/1996.

© Copyright: Susana Veleda da Silva, 2000

© Copyright: Scripta Nova, 2000



[Menú principal](#)