

**TEXTOS NEPO 6**

**SOBRE O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE  
E A ANTICONCEPÇÃO EM SÃO PAULO**

**(Análise Preliminar)**

**Elza S. Berquó**

**NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - NEPO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
CAMPINAS (SP) BRASIL  
MAIO 1986**



NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - NEPO  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
CAIXA POSTAL - 1170

REITOR

PAULO RENATO COSTA SOUZA

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO

Antonio Mario Antunes Sette

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Bernardo Beiguelman

PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO

José Carlos Valladão de Mattos

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Hélio Waldman

PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO

Ubiratan D'Ambrósio

DIRETORA DO NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO

Elza Berquó

FICHA CATALOGráfICA

B458s Berquó, Elza Salvatori  
Sobre o declínio da fecundidade e a anti-  
concepção em São Paulo : análise preliminar /  
Elza Salvatori Berquó. -- Campinas : NEPO :  
UNICAMP, 1986  
(Textos NEPO, 6)

1. Fecundidade - São Paulo. I. Título

19. CDD- 304.630 981 61

Índice para catálogo sistemático:

1. Fecundidade : São Paulo : Processo social  
304.630 981 61

SOBRE O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE  
E A ANTICONCEPÇÃO EM SÃO PAULO

(Análise Preliminar)

Elza S. Berquó

Texto preparado para discussão na reunião sobre "Explanations of Fertility Decline in Latin America", realizada em Cambridge, Massachusetts, Maio 2-4, 1985, sob os auspícios do Social Science Research Council.

Este trabalho teve origem no projeto "Mudança e Planejamento Social no Estado de São Paulo", do NEPO, que contou com o financiamento de Convênio com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE

## SUMÁRIO

### SOBRE O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE E A ANTICONCEPÇÃO EM SÃO PAULO

Resumo	04
Abstract	04
O Declínio da Fecundidade até 1980	05
Alguns Esclarecimentos sobre o Planejamento Familiar no Brasil, nos Últimos Dez Anos	11
Alguns Resultados Empíricos sobre Anticoncepção em São Paulo	21
Anexo - Algumas Palavras sobre os Contextos Estudados	
Rio Claro	36
São Caetano do Sul	39
Avaré	43
Itararé	47

## RESUMO

A presente nota tem por finalidade atualizar a situação da anticoncepção e mais especificamente da esterilização feminina, tratando de relacioná-la à evolução que vem tendo nos últimos anos a extensão de uma rede privada de planejamento familiar no país. Enfocaremos, nesta apresentação, a situação de São Paulo e, para tanto, começaremos por oferecer um panorama resumido de alguns aspectos sobre o declínio da fecundidade, e a presença dos anticoncepcionais, até 1978-1980. Em seguida, lançaremos mão de alguns resultados preliminares de uma pesquisa recente conduzida pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) e pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP, em quatro municípios do Estado de São Paulo. Visando caracterizar processos de transformação por que vem passando o interior do Estado e o eventual impacto das políticas públicas nestas mudanças, as duas instituições citadas conduziram, em 1984, estudos em quatro contextos: Municípios de Rio Claro, São Caetano do Sul, Avaré e Itararé.

Como procuraremos mostrar, a despeito das diferenças contextuais, a esterilização feminina está presente de forma marcante em todos eles como resposta direta a programas específicos de planejamento familiar que privilegiam este método de controle.

## ABSTRACT

The purpose of this note is to convey information on the current situation with regard to contraception and, more specifically, female sterilization, relating them to the growth of a private family planning network in Brazil in recent years. The presentation focuses on São Paulo state, beginning with a brief overview of some aspects of the decline in fertility and the presence of contraceptives until 1978-1980. We then move on to discuss some preliminary findings of a recent survey conducted by Brazilian Center of Analysis and Planning (CEBRAP) and the Population Studies Nucleus (NEPO) at the University of Campinas (UNICAMP), covering four municipalities in the state of São Paulo. With a view to characterizing the transformation processes through which the interior of the state has been passing and to observing whether public policies have had any impact on these changes, the same two institutions conducted studies in four contexts in 1984: the contexts were the municipalities of Rio Claro, São Caetano do Sul, Avaré and Itararé.

As we have attempted to show, in spite of the differences between contexts, female sterilization is present in a pronounced form in all of them, as a direct response to specific family planning programs which give priority to this method of control.

SOBRE O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE  
E A ANTICONCEPÇÃO EM SÃO PAULO

Elza S. Berquó

I. O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE ATÉ 1980

São Paulo chegou ao último censo com 25 040 712 pessoas, mostrando ao país um aumento decenal de 40.9%. Muito embora nos últimos trinta anos não tenham diferido muito entre si suas taxas anuais de incremento, as quais, a partir de 1950, estiveram por volta de 3.4%, 3.3% e 3.5% nos três períodos decenais, a composição deste crescimento veio se alterando sistematicamente. De fato, o componente migratório veio tendo seu papel realçado na composição total do crescimento. Da ordem de 27%, no período 1950-1960, passa a contribuir com 32%, na década seguinte, e entre 1970 e 1980 chega a explicar 41% do aumento populacional do Estado. A intensificação da imigração nas condições em que esta normalmente se dá, aliada ao deterioro da qualidade de vida dos últimos anos, devem ter sido os responsáveis pelo relativo estancamento na queda da mortalidade, dentro do Estado. De fato, tendo sofrido um declínio acentuado a partir dos anos quarenta, o que produziu um ganho na esperança de vida ao nascer, da ordem de 9 anos, este passa a 7 anos, no período ime-

diatamente subsequente. Mas a partir dos anos sessenta e até nossos dias a vida média cresce apenas de 61 para 66 anos. Por outro lado, o crescimento vegetativo cujo peso relativo no incremento total da população veio declinando, mas que ainda se constitui em seu fator preponderante, está diretamente afetado pela recente queda acentuada da fecundidade. Os dados da Tabela 1 refletem as modificações sofridas ao longo do tempo, no comportamento reprodutivo da população.

TABELA 1 - Evolução das taxas de fecundidade, no período 1950 a 1980, no Estado de São Paulo

ANOS	TAXA GERAL DE FECUNDIDADE POR MIL	QUEDA PERCENTUAL	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL	QUEDA PERCENTUAL	TAXA DE FECUNDIDADE MARITAL TOTAL	QUEDA PERCENTUAL
1950	140.96		4.56		7.27	
1960	138.25	1.9	4.48	1.7	7.23	0.6
1970	120.36	12.9	4.10	8.5	7.20	3.8
1980	100.34	17.5	3.20	22.0	5.32	26.1

No Estado de São Paulo o período 1950-1960 foi caracterizado por uma estabilidade nos níveis de fecundidade. De fato, a taxa de fecundidade marital total passou de 7.27 a 7.23 filhos por mulher casada, isto é, uma queda de tão somente 0.6%. Não só as taxas globais foram muito próximas durante o período, como também as taxas específicas de fecundidade marital, para faixas etárias correspondentes.

O confronto dos níveis alcançados pela taxa de fecundidade total, no mesmo período, mostra um declínio também muito pequeno, conquanto maior do que o anterior, isto é, de 1.7%.

Muito embora esta redução de 4.56 para 4.48 filhos por mulher se ja diminuta, o ser maior do que a verificada para a fecundidade marital poderá estar refletindo também uma alteração na proporção de mulheres já casadas, nas diversas faixas etárias, quando se passa de 1950 a 1960. Este é, de fato, o maior determinante desta diferença ainda que pequena, verificada nos níveis de fecundidade, neste período. Também com relação às taxas específicas por idade, observa-se a mesma tendência presente para as taxas globais. As curvas de fecundidade, para 1950 e 1960, caracterizam-se por terem cúspide tardia ou, em outras palavras, a fecundidade atinge seu máximo para mulheres em idades entre 25 e 30 anos.

Quando se passa para 1970, observa-se desde logo uma ruptura na estabilidade que marcou os vinte anos anteriores: uma queda de 8.5% na taxa de fecundidade total e de 12.9% na taxa geral de fecundidade. Este declínio começara a se esboçar já a partir de 1965, uma vez que a base da pirâmide etária (0 a 4 anos completos) que representava 14.6% e 14.3%, respectivamente, do total da população em 1950 e 1960, caiu, em 1970, para 12.2%. A curva de fecundidade em 1970, quando cotejada com as correspondentes a 1950 e 1960, mostra que as faixas etárias nas quais se deu o maior declínio entre 1960 e 1970 correspondem a 20 a 24 e 25 a 29 anos completos.

Esta queda se acentuou ainda mais entre 1970 e 1980. De fato, a fecundidade marital total passou de 7.20 a 5.35 filhos por mulher casada, ou seja, uma redução de 26.1%. A taxa de fecundidade total também caiu de 19.3%, passando de 4.10 para 3.31 filhos por mulher. A curva de fecundidade, em 1980, mostra grandes diferenças nas classes etárias 20 a 24, 25 a 29, 30 a 34 e 35 a 39 anos, cabendo ao grupo 25 a 29 a redução máxi-

ma. Em outras palavras, a curva de fecundidade sofreu certa alteração em seu aspecto global, quando comparada às curvas referentes aos períodos 1950, 1960 e 1970. A cúspide tardia, correspondendo ao grupo etário 25 a 29 anos, incontestável naqueles períodos, torna-se muito discreta em 1980, uma vez que as taxas específicas foram iguais a 0.166 e 0.170, respectivamente, para as classes de idade 20 a 24 e 25 a 29 anos.

Vale a pena salientar ainda que no período 1970-1980 o maior declínio ocorreu na área rural do Estado, passando a fecundidade total de 6.13 a 4.54, isto é, com 25.9% de declínio, e a fecundidade marital de 8.85 a 6.27, ou seja, com 29.2% de queda. A população feminina urbana apresentou um descenso de 16.1% na fecundidade total que passou de 3.67 a 3.08, cabendo à fecundidade marital uma redução de 22.9%, ao variar de 6.78 a 5.23 filhos por mulher.

A julgar pelo valor das taxas de fecundidade marital correspondentes ao período analisado, já em 1950 um certo grau de controle da concepção estava presente em São Paulo. Este grau, ainda que discreto, se manteve também na década seguinte, não só considerando-se globalmente as mulheres na faixa etária 15-49 anos, mas também, separadamente, por grupos etários quinquenais de idade. Entretanto, a queda de 8.5%, entre 1960 e 1970 na fecundidade total, agudizada na década seguinte, com 22.0% de redução, só pode ter sido o fruto de um amplo recurso às formas de regulação voluntária da natalidade. Ainda mais quando se leva em conta que a proporção de mulheres em idade fértil veio crescendo, no Estado, de 1960 a 1980, passando de 24.9% a 26.8% do total da população.

De fato, o índice de contracepção do modelo de decomposição de Bongaarts<sup>(1)</sup> foi da ordem de 0.334 para a população feminina urbana, e de 0.384 para a rural, estimados ambos à base de pesquisa realizada em 1978<sup>(2)</sup>. Corroborando com estes altos índices estão as estimativas de uso de métodos contraceptivos, as quais mostram que 63.9% das mulheres unidas, de 15 a 44 anos de idade, estavam usando algum método; no município de São Paulo, 63.4% e nas áreas rurais, 58.6%. Esta elevada proporção comparável às correspondentes aos países mais desenvolvidos esteve assim distribuída, pelos diversos métodos (Cf. Tabela 2).

TABELA 2 - Métodos anticoncepcionais em uso no momento da entrevista por mulheres casadas de 15 a 44 anos de idade, São Paulo, 1978

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS	SÃO PAULO (1978)		
	Total	Município São Paulo	Áreas Rurais
Esterilização feminina	16.1	13.9	14.1
Contraceptivos orais	27.8	30.0	27.0
Interrupção	7.3	5.9	10.5
Ritmo	5.2	4.5	3.2
Condom	6.6	6.9	3.3
Implante	-	-	-
Outros <sup>(*)</sup>	0.9	2.2	0.5
Nenhum	36.1	36.6	41.4

FONTE: NAKAMURA, M.S. e FONSECA, J.P.B. - "São Paulo State Contraceptive Prevalence Survey". PESMI/PUCC/78.

(\*) Outros inclui injeções, geléias, supositórios, diafragmas.

(1) BONGAARTS, J. - The fertility inhibiting effects of the intermediate fertility variables. Trabalho preparado para o Seminar on the Analysis of Maternity Histories, IUSSP/WFS, London, April 1980.

(2) NAKAMURA, M.S. e FONSECA, J.P.B. - "São Paulo State Contraceptive Prevalence Survey". PESMI/PUCC/78.

Como se pode ver, 44% das mulheres urbanas haviam recorrido a métodos de alta eficiência, e mesmo nas áreas rurais do Estado esta proporção alcançou 41%.

Muito embora a esterilização feminina não ocupasse o primeiro lugar entre os anticoncepcionais, como vinha ocorrendo com alguns estados do Nordeste, para os quais se dispunha de informações, ela aparece como o segundo meio mais freqüente de evitar uma gravidez. Por outro lado, esta prevalência se situava entre a encontrada no Paraná (19.7%)<sup>(3)</sup> e as de Santa Catarina (10.9%) e Rio Grande do Sul (11.3%). Chamava a atenção em São Paulo o fato de que nas áreas rurais a esterilização feminina fosse mais prevalente do que no Município da Capital. Quando se coteja estes resultados sobre laqueadura tubária com os que caracterizavam o distrito da capital em 1965<sup>(4)</sup>, verifica-se que de 7% este valor passou a pelo menos 13.9%. Em compensação, o Condom que era usado por 12% de mulheres compareceu apenas com 6.9%. A política do INAMPS de remunerar diferencialmente uma cesárea de um parto normal levou a um verdadeiro abuso neste sentido. De fato, nos Anuários Estatísticos do Brasil se verifica que do total dos partos hospitalares, 15% correspondiam a cesáreas em 1971, subindo esta porcentagem a 30% em 1980. Em São Paulo, no mesmo período, este percentual se elevou de 17.5% para 36%. A PNAD 1981 mostrou uma proporção ainda mais elevada para São Paulo, isto é, 43.4% de cesáreas! As ligaduras tubárias, via de regra, foram feitas durante o parto e, como se sabe, após

---

(3) Brasil - Região Sul. Resumo março-1982, BEMFAM, 1983 (mimeo).

(4) BERQUÓ, E., OLIVEIRA, M.C.A. e CAMARGO, C.P.F. de - A fecundidade em São Paulo - Características demográficas, biológicas e socio-econômicas. São Paulo, CEBRAP/Editora Brasileira de Ciências, 1977.

duas ou, no máximo três cesáreas, a mulher era, necessariamente, candidata a uma laqueadura.

Não há dúvida de que este aumento verificado até 1980, na prevalência das esterilizações femininas decorreu, entre outros fatores, dos programas de contracepção extra-oficiais em curso no território nacional.

## II. ALGUNS ESCLARECIMENTOS SOBRE O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL, NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

O governo brasileiro apresentou-se à Conferência Mundial de População em Bucareste/1974, apoiado nos princípios básicos:

1. A política demográfica brasileira é do domínio soberano do Governo do Brasil. O Governo não aceitará interferências externas, de caráter oficial ou privado, na sua política demográfica;
2. O controle da natalidade é uma decisão do núcleo familiar, o qual, a esse respeito, não deve sofrer interferência governamental;
3. A capacidade de recorrer ao controle da natalidade não deve ser um privilégio das famílias abastadas e, por isso, cabe ao Estado proporcionar as informações e os meios que possam ser solicitados por famílias de recursos reduzidos;
4. O Governo adotará as medidas necessárias para diminuir a mortalidade no país, sobretudo a infantil; promover a integração dos grupos sociais ainda marginalizados; equilibrar os crescimentos regionais; incorporar ao processo econômico os gran-

des espaços vazios do país e promover o crescimento harmônico dos setores urbano e rural.

Estes princípios foram estabelecidos à luz de considerações sobre a extensão territorial do país, suas riquezas naturais e o crescimento satisfatório de sua economia. Não havia, então, motivos de preocupação com o crescimento da população, uma vez que este era visto como um fator positivo e um dos elementos do desenvolvimento econômico, "na medida em que será necessário para a segurança do país e para a incorporação dos vastos espaços vazios do território nacional à produção".

Dentro desta visão, não havia problema de super-população no Brasil, uma vez que a taxa de crescimento das oportunidades de emprego superava aquela de crescimento demográfico. Todavia, enfatiza o documento a necessidade de uma melhor distribuição da renda nacional, no sentido de atender às necessidades daqueles segmentos da população de menor renda. Por outro lado, esta medida associada a um acompanhamento da evolução do crescimento populacional, para evitar distorções setoriais e regionais, "por si só já terá um efeito regulador do crescimento populacional cujo ritmo já apresenta tendência declinante". Nos anos que se seguiram, o Estado não tomou medidas capazes de pôr em prática sua responsabilidade, assumida no sentido de proporcionar à população as informações e os meios para a regulação da fecundidade.

O Governo do Presidente Ernesto Geisel, ao divulgar seu segundo Plano Nacional de Desenvolvimento, afirmou:

"Em verdade, uma política demográfica insere-se em toda a textura da vida nacional, influenciando o planejamento e os processos de desenvolvimento sócio-econômico, com implicações quanto à segurança. Permeia, igualmente, a perspectiva humana da sociedade, quer em termos coletivos, de objetivos nacionais permanentes ou atuais, quer em termos de relações do Estado com o indivíduo e dos direitos humanos que as presidem. É nessa visão global que se deve considerar a definição de uma política de população no Brasil".

"A orientação de política demográfica brasileira é de respeito ao arbítrio de cada casal na fixação do número desejado de filhos, oferecida a oportunidade de informação que permita o exame completo da questão. Facultada a opção, sem qualquer constrangimento, no sentido ampliativo ou limitativo da natalidade.

As perspectivas atuais são de que a sociedade brasileira na soma das decisões individuais das famílias, atendendo a situações de consciência moral, e levando em consideração fatores sociais e econômicos, venha a obter uma taxa de crescimento demográfico que proporcione a necessária conciliação.

É de esperar-se que, ao longo desta década, haja redução da taxa de aumento demográfico, que entre 1970 e 1980 se situaria entre 2.7 e 2.8. Nas décadas seguintes, continuaria a tendência declinante de forma bem mais acentuada. Tal ocorrência atende amplamente à desejada conciliação de critérios".

Ou seja, o documento explicita a desejabilidade de uma desaceleração no crescimento populacional.

A omissão no Governo Geisel, aliada a tal explicitação, permitiu que instituições privadas que já vinham agindo no território nacional ampliassem seu espectro de cobertura e intensificassem sua atuação sob as "vistas grossas" do próprio governo.

Para se compreender esta questão não se pode deixar de considerar o fato de que nos últimos anos as atividades em planejamento familiar no Brasil estiveram coordenadas por duas grandes entidades privadas, a saber, a Sociedade Civil do

Bem-Estar Familiar (BEMFAM) e o Centro de Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CEPAIMC), diga-se de passagem, nenhuma delas sancionada pelo governo brasileiro. Ambas definidas como organizações privadas sem fins lucrativos, a CEPAIMC aparece no cenário brasileiro, em 1975, ou seja, dez anos mais tarde do que a BEMFAM, e tudo indica que a primeira exerce ação mais concentrada no eixo Rio-São Paulo, cabendo à segunda principalmente o Norte e o Nordeste. A julgar pelos recursos recebidos para programas em planejamento familiar, de entidades estrangeiras, no período 1978/1984, 13.5 milhões e 4.8 milhões de dólares (Tabela 3), pela BEMFAM e pela CEPAIMC, respectivamente, pode-se aquilatar o impacto que iriam ter estes programas sobre a reprodução da população brasileira.

É deste período a experiência de uso e, principalmente, de abuso dos contraceptivos orais, sem a devida assistência médica, necessária em qualquer programa de planejamento familiar. A esterilização feminina também tem sua prevalência bastante aumentada.

Nos primeiros anos do Governo Figueiredo, isto é, entre 1979 e 1982, esta situação se manteve praticamente a mesma. Com a aproximação da Conferência Mundial de População, entretanto, que seria realizada em outubro de 1984, no México, teve início em junho de 1982 a fase de preparação da posição brasileira a ser levada àquele conclave. Começou com uma reunião ministerial para revisar o documento levado a Bucareste, à luz das mudanças ocorridas em nossa economia, que entrara em crise no final de 1980. Isto levou a um reexame da política nacional, que foi transmitido ao Presidente da República, o que certamente determinou o tom contido na sua Mensagem ao Congresso Nacional, em 1º de março de 1983, quando diz:

TABELA 3 - VALOR (EM DÓLAR) DAS DOTAÇÕES A ENTIDADES BRASILEIRAS QUE ATUAM COM PROJETOS DE ASSISTÊNCIA EM PLANEJAMENTO FAMILIAR, DATA E LOCAL DE SUA APLICAÇÃO E RESPECTIVAS ENTIDADES FINANCIADORAS

ENTIDADE (***)	VALOR TOTAL DA DOTAÇÃO (US\$)	PERÍODO DO FINANCIAMENTO	ÁREA DE DOTAÇÃO	ÓRGÃO FINANCIADOR
Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil - BENFAM	13 461 885(*)	1978/84	RJ, PI, PB, CE(**) AL, PE, PR, BA	Association for Voluntary Sterilization, Inc.(AVS); Columbia University (COLUM); Development Associates, Inc.(DA); Family Planning International Assistence(FPIA); Path Finder Found(PATHFINDER)
Centro de Pesquisa, Assistência Integrada à Mulher e à Criança - CPAIMC	4 786 827(*)	1975/84	RJ, PA, SP(**)	United Nation Found for Population Activities (UNFPA); Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS); Church World Service (CWS); Development Associates, Inc. (DA); Family Health International (FHI); Family Planning International Assistance (FPIA); Johns Hopkins University (JHU); Path Finder Found(PATHFINDER)
PRÓ-FAMÍLIA	776 156	1981/83	SP(**)	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Proteção à Paternidade Responsável - PRÓ-PAITER(SP)	399 980	1980/84	SP	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Centro Materno-Infantil - CMI(SP)	306 575(*)	1979/83	SP	Japanese Organization for International Co-operation in Family Planning, In.(JOICFP)
Unidade de Planejamento Familiar de São Paulo - UPFSP	183 229	1981/84	SP	Association for Voluntary Sterilization, Inc.(AVS); Family Planning International Assistance (FPIA)
Conselho Londrinense de Assistência à Mulher - CLAM(PR)	114 305(*)	1981/83	PR	Association for Voluntary Sterilization, Inc.(AVS); Development Associates, Inc. (DA)
Centro Médico Especializado em Planejamento Familiar - CMEPF (SP)	65 459	1981/83	SP	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Serviço de Amparo à Maternidade do Vale do Paraíba - SAMVALP (SP)	63 488	1982/83	SP	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Centro de Laparoscopia de Pará - CLAPA (PA)	58 820	1982/83	PA	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Centro de Estudo e Pesquisa Clóvis Salgado - CEPES (RS)	39 570(*)	1982/83	RS	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS); Development Associates, Inc. (DA)
Centro de Atendimento Materno-Infantil do Sudoeste do Paraná - CAMISP (PR)	33 675	1981/83	PR	Association for Voluntary Sterilization, Inc. (AVS)
Centro de Assistência Especial Materno-Infantil - CAEMI (SP) (***)	-	-	SP	Development Associates, Inc. (DA)
TOTAL	20 289 769	1978/1984	-	-

FONTE: ARILHA, Margaret Martha, GOLDBERG, Paulete e SOBRINHO, Sara Roberto - O Atendimento à Saúde da Mulher - Serviços Privados de Planejamento Familiar que realizam Esterilizações - Levantamento e Considerações. Conselho Estadual da Condição Feminina, São Paulo, 1985.

(\*) Nestes casos existe informação a respeito de outras dotações que não estão aqui incluídas por não termos obtido o montante das mesmas, cujos órgãos financiadores são a DA, COLUM, FHI e JOICFP.

(\*\*) Além dos Estados aqui referidos, alguns dos projetos são de âmbito regional e nacional.

(\*\*\*) Existe referência de uma dotação para treinamento de enfermeiras e assistentes sociais, sem especificação do valor e período, está aqui incluída por se tratar de entidade localizada em São Paulo.

"No elenco dos fatos maiores que, em nosso tempo, abalam a humanidade, estão as mudanças resultantes do crescimento populacional. A explosão demográfica ocorre sobretudo nos países menos desenvolvidos, onde se comprimem cerca de dois terços da população mundial. No Brasil, nos últimos 40 anos, o aumento demográfico ultrapassou cinquenta milhões de habitantes.

Esse crescimento humano, em termos explosivos, devora, como se tem observado, o crescimento econômico. Agente de instabilidade, acarreta desequilíbrios sociais, econômicos, culturais e políticos, que reclamam profunda meditação. Cuida-se de tema que merece detido exame da sociedade e de seus órgãos. O amplo debate da questão, sobretudo por parte do Congresso Nacional, contribuirá para que se fixem, de modo objetivo, diretrizes fundamentais a tal respeito".

A partir deste momento, apoiado no pronunciamento do Governo, o Ministério da Saúde ensaiou seus primeiros passos na elaboração da proposta de um Programa de Assistência à Saúde da Mulher, que deveria conter o planejamento familiar como sua parte integrante.

Por outro lado, as eleições para governadores de todos os Estados, em novembro de 1982, abriu aos partidos de oposição, uma vez eleitos, a oportunidade para o tratamento desta questão. Assim, o maior partido de oposição, o PMDB, uma vez eleito para governar São Paulo, passou a estudar um programa de assistência integral à saúde da mulher, onde, entre outros, estaria o planejamento familiar. Desvinculado de qualquer meta demográfica, este programa do governo democrático de São Paulo respondia ao apelo das mulheres que, cada vez mais separando sexualidade da reprodução, reivindicavam o direito a um controle de regulação de sua fecundidade. Esta visão inspirou também o próprio Ministério da Saúde que acabou por modificar algumas de suas posições, colocando em vigor o PAISM, isto é, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o qual já se encontra em fase de implantação em vários estados brasileiros, com vistas a estender-se em breve por todo o Território nacional.

Neste clima, os movimentos organizados de mulheres levaram adiante as reivindicações feministas de atendimento às necessidades sentidas e à vontade manifestada por milhares de mulheres brasileiras, no sentido do acesso a programas de saúde que incluíssem o planejamento familiar.

A delegação brasileira, presidida pelo Ministro da Saúde, levou à Conferência do México um documento assentado nos seguintes postulados:

1. Total soberania dos Estados nacionais na definição e implantação de suas políticas de população;
2. Grande distanciamento das posições neo-malthusianas, ao afirmar que "não se pode aceitar o diagnóstico simplista que pretende fazer do crescimento demográfico a fonte dos males dos países em desenvolvimento e nem admitir que a terapia do controle populacional seja mais uma solução mágica para os problemas da miséria, da fome e da doença, que afligem a maior parte da humanidade";
3. Que a política populacional do Brasil não contempla metas pré-fixadas para sua taxa de crescimento demográfico, mas inclui preocupações com a morbidade e mortalidade, bem como com os problemas decorrentes das migrações internas;
4. Que o planejamento da prole é um direito fundamental de todo ser humano e deve decorrer de ações livres e informadas dos casais e dos indivíduos;
5. Que este planejamento deverá ser encarado como parte integrante do atendimento público à saúde e como tal deverá ser incorporado aos serviços públicos de saúde nos vários níveis federal, estadual e municipal;

6. Que a proteção dos usuários desses serviços deverá estar assegurada pela supervisão exercida pelo poder público, através de seus órgãos competentes;
7. Que a atuação do Governo brasileiro quanto ao planejamento da prole está sendo programada dentro de uma estratégia de assistência integral à saúde da mulher.

Mas a Mensagem Presidencial estimulou também, por outro lado, iniciativas no âmbito privado, quanto ao planejamento familiar, que encontravam certo respaldo em posições controlistas no próprio governo, como as da chefia do Estado Maior das Forças Armadas. De fato, em 1981 é criada no país a Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF). Definindo-se também como sem fins lucrativos, e a maior associação no gênero na América Latina, a ABEPF tem, entre outros, os seguintes objetivos:

- . Organizar e promover um programa de iniciativa privada, sem fins lucrativos, para a prestação de serviços de planejamento familiar, a nível nacional, de acordo com um plano operacional, coordenado a nível central, que assegure sua eficiência e eficácia, mas adaptado às necessidades regionais e locais;
- . Desenvolver normas, rotinas e procedimentos recomendáveis à prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil;
- . Influir para uma política que apoie a prestação de serviços de planejamento familiar no Brasil, revisando a legislação e códigos de ética em vigor, e propondo modificações compatíveis.

Contando com um total de 120 instituições atuantes em planejamento familiar no país, que lhe são associadas, ofere-

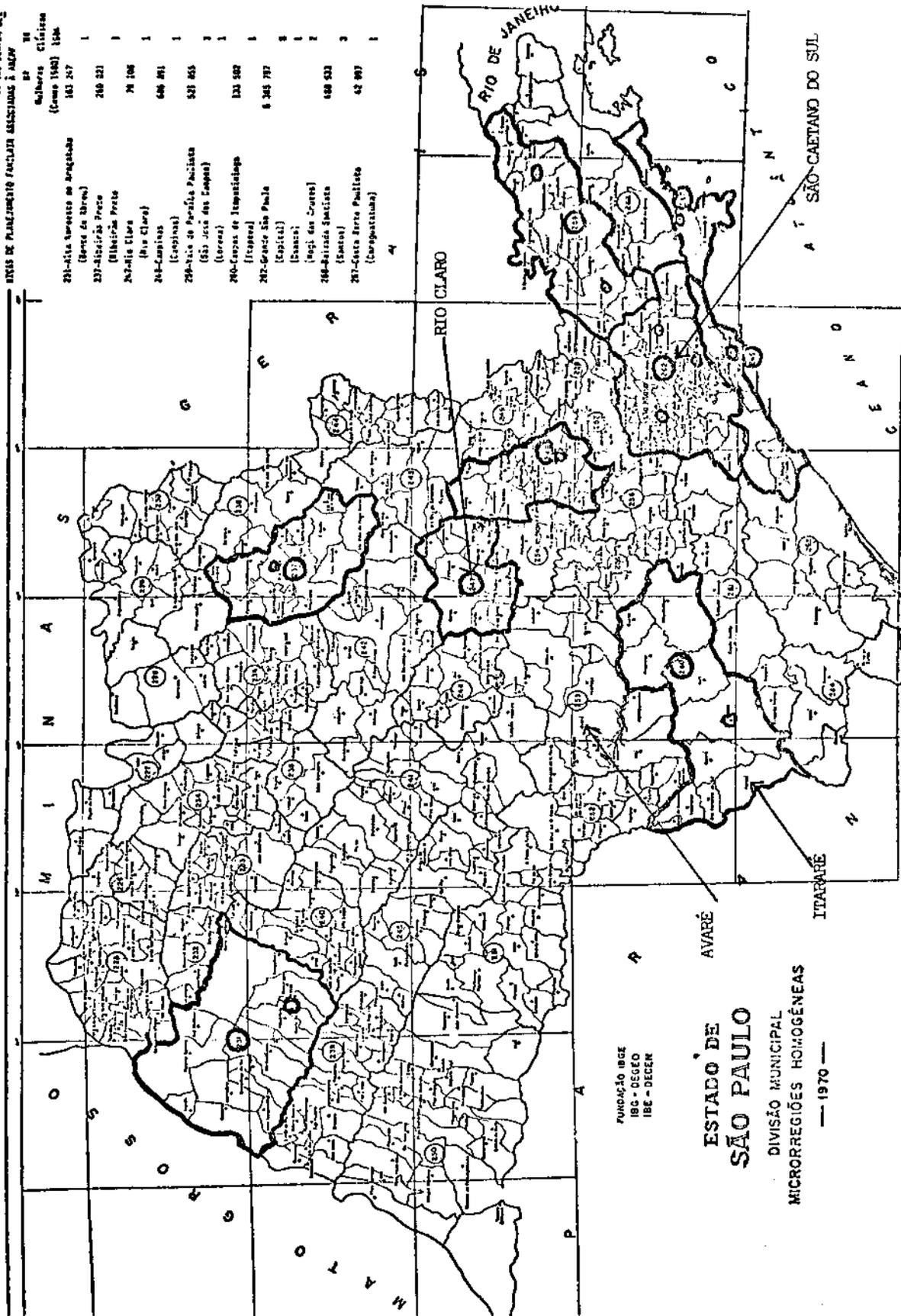
ce-lhes apoio material, jurídico, financeiro e político. Cada clínica filiada à ABEPF, desta recebe equipamentos para instalação, laboratórios, consultórios, material didático e artefatos contraceptivos. Além disso, médicos, enfermeiras, assistentes sociais, administradores, enfim, o corpo de profissionais que integram uma clínica, é enviado à CEPAIMC para preparo técnico em planejamento familiar. Além de órgão técnico, a CEPAIMC opera como um repassador de recursos vindos do exterior. A ABEPF atua como um verdadeiro sindicato de suas filiadas, dando respaldo jurídico maiormente nas questões relacionadas com a esterilização tanto feminina quanto masculina, principalmente conduta contraceptiva adotada por suas clínicas.

Das 120 clínicas mencionadas, 24 localizam-se no Estado de São Paulo, distribuídas conforme o Mapa anexo.

A Comissão de Saúde do Conselho da Condição Feminina do Estado de São Paulo procedeu a uma pesquisa junto a seis dessas clínicas e a uniformidade encontrada quanto a objetivos, origem de recursos e procedimentos operacionais deixou claro que, com muito pequenas variações, ao visitar uma, já se terá visitado todas. Nestas, foi freqüente o oferecimento de cursos rápidos sobre anticoncepção, via convênio com as empresas, aos trabalhadores e trabalhadoras, para em seguida, aproveitando ainda dos convênios, operar em massa grande número de pessoas. O reflexo negativo desta conduta, à qual se espera que o programa oficial, em curso no país, ponha um fim muito em breve, será visto nas páginas seguintes, ao analisarmos a esterilização feminina.

REGIÕES ESPECIAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO DE ACORDO COM  
 NÍVEIS DE PLANEJAMENTO FUNDACIONAL ASSOCIADOS À ANÁLISE

231-Municípios em Arqueologia (Barragem de Itaipava)	237-Municípios de Pesca (Ilha de São Roque)	242-Municípios de Turismo (Rio Claro)	248-Municípios de Indústria (Sorocaba)	254-Municípios de Indústria (São João das Boa Esperanças)	260-Municípios de Indústria (Sorocaba)	262-Grande São Paulo (Capital)	264-Municípios de Indústria (Sorocaba)	267-Costa Verde Paulista (Sorocaba)
1	1	1	1	1	1	1	1	1
181.247	210.321	74.106	648.961	531.465	133.582	8.345.797	608.533	42.907



FUNDAÇÃO IBGE  
 IBG - CENSO  
 IBE - DESENHO

ESTADO DE  
**SÃO PAULO**  
 DIVISÃO MUNICIPAL  
 MICRORREGIÕES HOMOGÊNEAS  
 — 1970 —

### III. ALGUNS RESULTADOS EMPÍRICOS SOBRE A ANTICONCEPÇÃO EM SÃO PAULO

1. Chama a atenção, em primeiro lugar, a elevada proporção de mulheres tentando evitar uma gravidez, como atesta a alta demanda por meios anticoncepcionais, traduzida por 51.6% de mulheres usando algum método, cifra esta que ascende a 65.1% para mulheres casadas (Tabela 4). Tais cifras podem estar um pouco subestimadas se se leva em conta que só estão incluídos na Tabela 4 os métodos exclusivamente femininos e, como se nota pela Tabela 5, o uso de Condom entre os homens casados chegou a 7%.

**TABELA 4** - Proporção de mulheres e de mulheres casadas, de 15 a 49 anos de idade, usando algum anticoncepcional feminino<sup>(\*)</sup>, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

MUNICÍPIOS	MULHERES		MULHERES CASADAS	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Rio Claro	32.8	62.3	41.2	80.0
São Castano do Sul	33.0	47.2	39.2	58.1
Avaré	30.9	55.3	38.9	67.4
Itararé	22.4	40.5	29.5	52.6
Todos os Municípios	29.8	51.6	37.3	65.1

(1) A lista de anticoncepcionais femininos exclui a laqueadura tubé-  
ria.

(2) A lista inclui a laqueadura tubé-  
ria.

(\*) Não está incluído o Condom.

Esta prevalência de 65.1% resulta de uma variação de uso entre os quatro municípios, que vai desde a elevadíssima proporção de 80%, encontrada em Rio Claro, até os 52.6% verifica-  
dos em Itararé.

TABELA 5 - Proporção de homens e de homens casados, usando algum anticoncepcional masculino<sup>(\*)</sup>, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

MUNICÍPIOS	HOMENS		HOMENS CASADOS	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Rio Claro	1.6	6.3	3.4	13.6
São Caetano do Sul	3.8	4.5	11.1	13.3
Avaré	7.8	12.5	15.1	24.2
Itararé	0.0	3.7	0.0	6.8
Todos os Municípios	3.3	6.7	7.0	24.4

(\*) Os únicos mencionados na pesquisa foram o condon e a vasectomia.

(1) Exclui a vasectomia.

(2) Inclui a vasectomia.

Não parecem diferir muito as mulheres com maior ou menor nível de instrução, quando se trata de evitar uma gravidez por meios outros que não sejam irreversíveis. De fato, a partir do primário completo, as proporções de uso são muito próximas, mantendo-se um pouco superiores àquela registrada pelas mulheres analfabetas ou com alguns anos de primário (Tabela 6). O confronto dos dados da Tabela 7 com aqueles da Tabela 1 evidencia que em 1984 continuou bastante restrito o leque de alternativas à disposição das mulheres, no Estado de São Paulo, para regularem sua fecundidade. Os contraceptivos orais, competindo com a esterilização, e em conjunto com esta, respondem pela alta proporção de uso encontrada. Vale notar que o "Coitus Interruptus", que em 1978 era o terceiro método, em 1984 perde este lugar para o Ritmo, chegando este último a responder por 16.2% da proporção de uso em Rio Claro.

TABELA 6 - Proporção de mulheres de 15 a 49 anos de idade usando algum anticoncepcional feminino<sup>(\*)</sup>, para cada nível de escolaridade, para o conjunto dos quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

ESCOLARIDADE	USAM	TOTAL DE MULHERES	% USO
Até Primário Incompleto	28	113	24.8
Primário Completo	41	129	31.8
Ginásio	27	85	31.8
Colégio + Superior	41	139	29.5
TOTAL	137	466	29.8

(\*) Exceto esterilização feminina.

TABELA 7 - Mulheres e mulheres casadas, de 15 a 49 anos, segundo o método anticoncepcional usado, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

MÉTODOS	RIO CLARO				SÃO CAETANO DO SUL				AVARÉ				ITARARÉ			
	Mulheres		Mulheres Casadas		Mulheres		Mulheres Casadas		Mulheres		Mulheres Casadas		Mulheres		Mulheres Casadas	
	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias	% Sobre Total	% Sobre Usuárias		
Contraceptivos Orais	16.4	26.0	21.2	26.5	26.4	56.0	32.4	55.8	27.6	48.6	33.7	49.2	20.7	51.1	26.9	51.2
Esterilização	29.5	46.7	38.8	46.5	14.1	30.0	18.9	32.6	24.4	42.8	28.4	41.5	18.0	44.7	23.1	45.0
Ritmo	10.7	16.9	12.9	16.2	3.8	8.0	4.1	7.0	4.9	8.6	6.3	9.2	0.9	2.1	1.3	2.4
Interrupção	4.1	6.5	3.5	4.4	0.9	2.0	1.3	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	2.1	1.3	2.4
DIU	1.6	2.6	2.3	2.9	0.9	2.0	1.4	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Outros <sup>(*)</sup>	0.0	1.3	1.2	1.5	0.9	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
TOTAL DE CASOS	122	76	85	68	106	50	74	43	123	70	95	65	116	47	78	41
% USO	62.3		80.0		47.2		58.1		56.9		67.4		40.5		52.6	

(\*) Outros inclui geléias, injetáveis, diafragma, espositórios.

Quanto ao DIU, esteve praticamente ausente da lista em todos os contextos. Até julho de 1984 a fabricação de DIU era proibida no país, o que explica, apenas em parte, sua quase total ausência em 1978 e mesmo reduzidíssima incidência em 1984. A Portaria nº 6, de 6 de julho de 1984, baixada pela Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, regulamentou a fabricação e a comercialização do dispositivo intra-uterino de cobre. Definiu as características do produto, as contra-indicações absolutas e relativas, advertências, efeitos colaterais e instruções de uso. O alto custo da aplicação dos DIUs importados e do acompanhamento médico subsequente parece, entretanto, ser o maior responsável pela baixa frequência de uso. De fato, ainda mesmo nas clínicas privadas da rede de planejamento familiar, o custo do DIU oscila entre 10 e 20 dólares, custo proibitivo para a maior parte das candidatas a um método anticoncepcional.

Por outro lado, a escassa difusão e também alto custo dos métodos femininos de barreira justificam sua total ausência na lista apresentada.

Esta situação explica a alta concentração de uso da pílula, facilmente encontrável em qualquer farmácia. De fato, das 108 usuárias de contraceptivos orais, no conjunto dos quatro municípios, todas, com exceção de um único caso, dizem que os compram em farmácias. Explica, em parte também, que mulheres na faixa etária acima dos 35 anos continuem usando estes contraceptivos, ignorando que justamente esse é o pior método para esse grupo de idade, por oferecer alto risco de agravamento ou desenvolvimento de certas patologias. Foram de 20%, 32.1%, 24.2% e 16.7% as porcentagens de mulheres, acima dos 35 anos, respectivamente, em Rio Claro, São Caetano, Avaré e Itararé que declararam estar usando pílula. Se se considera o grupo etário

de 31 anos ou mais, estas cifras atingem os valores 50%, 53.5%, 42.4% e 37.5%.

Esta conduta, em resposta à desinformação ou à informação incorreta, nos permite interpretar porque a grande maioria das mulheres esterilizadas justificam a laqueadura tubária, como veremos mais adiante, por questões de saúde. De fato, diante das reduzidas opções e recorrendo inadvertidamente à pílula, à procura de um método eficiente, e frente à sua freqüente intolerância, só resta à mulher a laqueadura tubária.

## 2. A esterilização feminina

Para iniciar esta análise dos resultados empíricos recentes sobre a esterilização, vale a pena ter como pano de fundo o que postula o Código Brasileiro de Ética Médica, em vigor até o presente momento. No Capítulo VI, da Responsabilidade Médica, artigo 52, o Código diz:

"A esterilização é condenada, podendo, entretanto, ser praticada em casos excepcionais, quando houver precisa indicação, referendada por dois médicos, ouvidos em conferência".

Como se verá, o processo já desencadeado no país, há alguns anos, na direção de esterilizar as mulheres, em que pese a regulamentação brasileira existente, ou em decorrência dela, foi agudizado nos últimos anos.

Este código vem ainda do tempo em que a esterilização não era considerada como um recurso contraceptivo. Na ausência de uma definição clara dos órgãos oficiais quanto ao plane-

jamento familiar em geral, ele não foi reformulado para regulamentar esta prática no sentido de ampliar as possibilidades de uso e, ao mesmo tempo, impedir sua indução e abuso.

Indubitavelmente, cresceu muito no período mais recente o contingente de mulheres esterilizadas em São Paulo. De um percentual de 16.1%, em 1978, a pesquisa recente nos mostra que, em apenas cinco anos, esta prevalência atingiu 27.7%. Ou seja, estes dados mostram que de cada cem mulheres casadas, de 15 a 49 anos, 28 recorrem, ou são induzidas a recorrer, a um método para encerrar definitivamente sua atividade reprodutiva. Se juntarmos às mulheres esterilizadas os homens vasectomizados, chega-se a estimar em 31.8% o percentual de casais onde pelo menos um deles está esterilizado, proporção que chega a 44.4% em Rio Claro!

Rio Claro destaca-se com o elevadíssimo percentual de 38.8%, seguido por Avaré e Itararé, cabendo a São Caetano do Sul o menor percentual, todavia também superior àquele verificado em 1978 (Tabela 8).

Mais alarmante ainda é o fato da aceleração desta prática. Com efeito, procurando saber quando foram realizadas as cirurgias, encontramos que foi entre 1980 e 1984 que se deu a maioria delas (Tabela 9) para os quatro contextos. Preocupante ainda é o fato de que, em grande medida, estas cirurgias são feitas em mulheres jovens: cinquenta por cento dessas mulheres foram esterilizadas com menos de 30 anos. Apesar do reduzido tamanho das amostras, observa-se pela Tabela 10 que mesmo antes dos 25 anos, 16% das mulheres, no conjunto dos quatro municípios, já estavam esterilizadas.

**TABELA 8 - Proporção de mulheres esterilizadas, de mulheres casadas esterilizadas, de homens vasectomizados e de casais esterilizados, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984**

	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ	TOTAL
(1) Mulheres esterilizadas	36	15	30	21	102
(2) Mulheres casadas esterilizadas	33	14	27	18	92
(3) Mulheres casadas	85	74	95	78	332
(4) Total de mulheres	122	106	116	123	467
(1)/(4)= % Esterilizadas	29.5%	14.2%	25.9%	17.1%	21.8%
(2)/(3)= % Casadas esterilizadas	38.8%	18.9%	28.4%	23.1%	27.7%
(5) Homens vasectomizados	6	1	6	5	18
(6) Homens casados vasectomizados	6	1	6	5	18
(7) Homens casados	59	45	66	73	243
(6)/(7)= % Casados vasectomizados	10.2%	2.2%	9.1%	6.8%	7.4%
(8) Casais onde pelo menos um dos cônjuges foi esterilizado	64	30	49	40	183
(9) Total de casais	144	119	161	151	575
(8)/(9)= % Casais onde pelo menos um deles é esterilizado	44.4%	25.2%	30.4%	26.5%	31.8%

**TABELA 9 - Mulheres esterilizadas, segundo a época em que foi realizada a cirurgia, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984**

ÉPOCA	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ
Antes de 1960	0.0	11.1	0.0	3.8
1960 a 1969	13.2	16.7	0.0	3.8
1970 a 1979	41.5	22.2	45.4	26.9
1980 a 1984	45.3	50.0	54.6	65.4
Total de Casos	53	18	33	26

**TABELA 10 - Idade das mulheres na época da esterilização, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984**

IDADE EM ANOS	AVARÉ		ITARARÉ		SÃO CAETANO DO SUL		RIO CLARO	
20 - 24	6	20.7	6	22.2	4	22.2	5	9.4
25 - 29	8	27.6	10	37.0	5	27.8	17	32.1
30 - 34	11	37.9	5	18.5	6	33.3	10	18.9
35 ou mais	4	13.8	6	22.2	3	16.7	21	39.6
TOTAL	29	100.0	27	100.0	18	100.0	53	100.0
Idade Mediana(anos)	29.3		26.9		30.0		31.8	

Olhando esta questão do ângulo da parturição, ou seja, da relação entre a prática da esterilização e o número de filhos tidos nascidos vivos, verifica-se que o mais comum, nas quatro amostras estudadas, foi a esterilização depois do 2º ou 3º filhos. De fato, o valor modal foi de dois filhos em São Caetano e Itararé. Além disso, nestes dois contextos, o total de dois filhos foi também o valor mediano, pois praticamente 50% das mulheres com dois filhos já haviam posto um fim definitivo à

vida reprodutiva. Em Rio Claro e Itararé, o mais freqüente foi a prática da esterilização após o terceiro filho, correspondendo a 37.0% e a 41.9% de mulheres, respectivamente.

TABELA 11 - Mulheres esterilizadas segundo o número de filhos tidos, nascidos vivos, que tinham na época da esterilização, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

Nº DE FILHOS JÁ TIDOS NA ÉPOCA DA ESTERILIZAÇÃO	RIO CLARO		SÃO CAETANO		AVARÉ		ITARARÉ	
	% de Mulheres	% Acumulada						
1	1.9	1.9	4.5	4.5	12.9	12.9	0.0	0.0
2	27.8	29.7	50.0	54.5	35.5	48.4	16.1	16.1
3	37.0	66.7	18.2	72.7	29.0	77.4	41.9	58.0
4	16.7	83.4	13.6	86.3	12.9	90.3	22.6	80.6
5 ou mais	16.7	100.0	13.6	100.0	9.7	100.0	19.3	100.0
<b>TOTAL</b>	100.0		100.0		100.0		100.0	
<b>Nº de Mulheres Esterilizadas</b>	54		22		31		31	

Não cabe nenhuma dúvida de que este processo se intensificou nos últimos anos pela ação da rede de clínicas que se estabeleceram no país, vinculadas, conforme já salientamos antes, à Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar. Grande quantidade dos recursos entrados no país, através da CEPAIMC, e repassados pela ABEPF, tem na "Association for Voluntary Sterilization Inc. (AVS)" um de seus grandes colaboradores. Efetivamente, pelas informações colhidas junto a algumas das clínicas visitadas, verifica-se que o volume de cirurgias por elas realizadas é bastante elevado.

Muito embora estas mesmas clínicas afirmem que exigem a apresentação de certidão de nascimento das mulheres e dos filhos, a fim de comprovarem que uma candidata à cirurgia tenha no mínimo 30 anos e 3 ou mais filhos, ou no mínimo 35 anos e 2

ou mais filhos, os resultados encontrados, como vemos, não confirmam esta conduta.

Por outro lado, o elevado percentual de mulheres esterilizadas que alegam "questões de saúde" para terem se submetido à cirurgia (Tabela 12), reforça mais uma vez uma conduta, apoiada pelos médicos, coerente com a legislação vigente: declarar o que é permitido.

TABELA 12 - Razões dadas pelas mulheres para terem se submetido à esterilização, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

RAZÕES	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ	TODOS OS MUNICÍPIOS
Para evitar filhos	28.3	40.9	31.1	25.0	30.3
Questões de saúde	54.7	45.5	51.1	62.5	53.9
Fez muitas cesáreas	11.3	4.5	15.6	6.3	10.5
Questões de idade	3.8	0.0	0.0	0.0	1.3
Decisão do marido	1.9	0.0	0.0	6.3	2.0
Problemas com a descendência	0.0	4.5	0.0	0.0	0.7
Problemas financeiros	0.0	4.5	2.2	0.0	1.3
TOTAL DE CASOS	53	22	45	32	152

As cesáreas, conforme já mencionado no item I, se constituíam até bem pouco tempo atrás, no momento cirúrgico mais adequado para uma laqueadura. Esta não parece ser mais a situação, uma vez que apenas 7.2% das esterilizadas declaram terem sido operadas logo após ou durante o parto (Tabela 13). Por outro lado, estas operações são feitas normalmente em hospitais conveniados com estas clínicas particulares ou nas próprias clínicas, como se verificou na pesquisa de campo.

TABELA 13 - Mulheres esterilizadas segundo o local onde foi realizada a cirurgia, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

ONDE FOI REALIZADA A CIRURGIA	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ	TODOS OS MUNICÍPIOS
Maternidade	17.5	4.8	0.0	0.0	7.2
Clínicas particulares	32.5	19.0	6.7	0.0	17.1
Hospitais filantrópicos	15.0	0.0	60.0	55.0	31.5
Outros hospitais	35.0	76.2	33.3	45.0	44.1
TOTAL DE CASOS	40	21	30	20	111

Após várias cesáreas, e na falta de um leque de opções para regular a fecundidade, algumas mulheres acabam necessariamente tendo de se submeter a uma laqueadura tubária. De fato, 10.5% das mulheres entrevistadas alegaram o fato de terem feito muitas cesáreas como motivo para a esterilização.

Em 30% dos casos, as mulheres não lançaram mão de nenhum subterfúgio e disseram claramente que se submeteram à cirurgia para evitar filhos.

O papel que os médicos desempenham nesta questão é de fundamental importância quando se verifica que 74% das esterilizadas assim o foram por "indicação do médico" e em apenas 6.3% ela própria decidiu o que fazer com a sua reprodução (Tabela 14). Por decisão do casal, 16.5% mulheres encerraram a capacidade de gerar filhos. Neste sentido, vale a pena mencionar que em todas as clínicas visitadas havia exigência de um documento assinado pelo marido ou companheiro, permitindo a esterilização da mulher. Nenhuma permissão da mulher era necessária no caso da vasectomia em seu marido ou companheiro.

TABELA 14 - Mulheres esterilizadas segundo quem indicou a cirurgia em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

QUEM INDICOU A ESTERILIZAÇÃO	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ	TODOS OS MUNICÍPIOS
Indicação do médico	73.8	68.4	77.8	71.5	74.0
Decisão do casal	21.4	5.3	13.3	23.8	16.5
Decisão própria	2.4	10.5	8.9	4.8	6.3
Indicação de amiga	2.4	15.8	0.0	0.0	3.1
TOTAL DE CASOS	42	19	45	21	127

Em um terço da amostra de esterilizadas, a cirurgia foi totalmente gratuita (Tabela 15), reforçando, mais uma vez, o papel destas clínicas no afã de esterilizar, pois não constando de programas oficiais, jamais estas cirurgias poderiam ter sido feitas sem custo, a não ser que pagas aos médicos e hospitais pelas próprias agências que atuam no país com esta finalidade, como a ABEPF, CEPAIMC e BEMFAM.

TABELA 15 - Mulheres esterilizadas segundo a cirurgia, tenha ou não sido paga, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1984

CIRURGIA FOI	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	AVARÉ	ITARARÉ	TODOS OS MUNICÍPIOS
Paga	47.5	84.2	58.1	81.8	63.4
Gratuita	45.0	15.8	41.9	18.2	33.9
Parcialmente paga	7.5	0.0	0.0	0.0	2.7
TOTAL DE CASOS	40	19	31	22	112

Finalizando, vale notar que no momento a esterilização atinge mulheres em todos os níveis de escolaridade, sendo mais freqüente em mulheres com o menor nível, atingindo 36% daquelas ou analfabetas ou que nem chegaram a completar o curso primário, em contraposição aos 26% das com ginásio, colégio ou curso superior, ou seja, uma diferença de vinte e sete pontos percentuais (Tabela 16).

TABELA 16 - Proporção de mulheres casadas esterilizadas em cada nível de escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	OS QUATRO MUNICÍPIOS	MUNICÍPIO SÃO PAULO <sup>(1)</sup>
	1984 % ESTERILIZADAS <sup>(*)</sup>	1978 % ESTERILIZADAS <sup>(**)</sup>
No máximo Primário Incompleto	36.0	18.6
Primário Completo	37.4	14.3
Ginásio	26.7	14.9
Colégio ou Superior	25.8	

(\*) De 15 a 49 anos de idade.

(\*\*) De 15 a 44 anos de idade.

(1) FONTE: NAKAMURA, M. S. e FONSECA, J.P.B. - São Paulo State Contraceptive Prevalence Survey. PESMI/PUCC/78.

DISTRITO SÃO PAULO <sup>(1)</sup> 1965 % ESTERILIZADAS <sup>(*)</sup>	NÍVEL ESCOLARIDADE
5.2	Analfabetas
5.6	Primário
10.2	Superior ao Primário

(\*) De 15 a 49 anos de idade.

(1) FONTE: BERQUÓ, E. et alii - A Fecundidade em São Paulo. CE BRAP, Editora Brasileira de Ciências, 1977.

O confronto destes resultados com a situação prevalente em 1978, mostra que onde houve maior aumento no volume relativo de laqueaduras tubárias foi para mulheres com primário completo, passando de 14.3% a 37.4%. Relacionando estes achados com aqueles obtidos para o distrito de São Paulo, em 1965, tem-se uma visão da dinâmica do processo, nos últimos vinte anos. Partindo-se de uma proporção de 5.2% de esterilizadas para as analfabetas em 1965, chega-se a 36%, em 1984. Além disso, a associação positiva entre esterilização e nível de escolaridade — quanto maior o nível, maior a proporção de mulheres esteriliza-

das — torna-se negativa em 1978, acentuando-se ainda mais esta inversão em 1984.

Não cabe dúvida de que a esterilização está sendo utilizada como o método anticoncepcional para esterilizar mulheres com baixo nível de instrução que acabam por não ter outra opção, de um lado pela desinformação e escassa disponibilidade de outros métodos e, de outro, por ficarem nas mãos dos médicos que irão decidir por elas o que fazer.

Conforme já enfatizamos anteriormente<sup>(5)</sup>, em que pese a responsabilidade específica que cabe a estes, é necessário que se diga que é a estrutura assistencial que termina por afunilar e colocar sobre o médico a responsabilidade pelo aconselhamento ou, na prática, por uma decisão de gravíssima importância, no lugar do seu paciente. O prestígio do aconselhamento médico, seu lugar na estrutura técnica da Previdência Social, seu monopólio no nefando sistema da medicina de grupo, facilitada no caso da esterilização, por polpudos recursos financeiros, concorrem fortemente para o cenário aqui encontrado.

---

(5) BERQUÓ, E. - Os corpos silenciados. São Paulo, Novos Estudos CEBRAP, v. 1, nº 3, julho de 1982, p. 46-49.

ANEXO

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE OS CONTEXTOS ESTUDADOS

. RIO CLARO<sup>(\*)</sup>

Rio Claro pode ser caracterizado como um município com alto grau de urbanização, crescimento moderado, fecundidade baixa, imigração considerável e um quadro sócio-econômico relativamente favorável no que diz respeito à mortalidade e outros indicadores de saúde, infra-estrutura urbana e receita municipal.

O município de Rio Claro fica a 162 km a Noroeste da Capital e, como tantos outros municípios da região de Campinas, seu desenvolvimento econômico esteve ligado ao ciclo do café. Atualmente, entretanto, a importância deste produto é modesta, cedendo lugar à cana-de-açúcar e à citricultura. Outras atividades lhe são tradicionais, como a criação de cavalos e de gado leiteiro, bem como as granjas avícolas e a apicultura.

Em 1970 Rio Claro contava com 358 estabelecimentos industriais e, entre estes, apenas 24 estabelecimentos, nos setores de química e bebidas, concentravam 44.8% do valor de transformação industrial do município. Como um todo, estes setores perderam muito da sua importância relativa durante a década. De fato, em 1980, contavam com 22 estabelecimentos, responsáveis por 22.6% do valor da transformação industrial do município. O terceiro maior setor industrial em 1970, o de produtos alimentares, se manteve mais estável, com uma participação de 15% no emprego industrial.

---

(\*) Extraído de SYDENSTRICKER, John M., ROCHA, Maria Isabel Baltar da & HAKKERT, Ralph - Mudança e planejamento social no Estado de São Paulo. Relatório parcial de pesquisa: Perfil socio-econômico de Rio Claro. Campinas, NEPO/UNICAMP, abr.1985, pp. 1-104.

Sendo rica em minerais, a área de Rio Claro tem jazidas de calcários, argila e barro próprio para olaria, o que dá à indústria de extração e transformação de minerais não-metálicos um papel importante na sua estrutura industrial. Dois setores industriais que cresceram muito durante a década passada são a indústria de material de transporte e, especialmente, a indústria de plásticos.

A taxa de participação no município passou de 32.8% em 1970, para 40.0% em 1980. A renda pessoal mensal da população está concentrada entre 1/2 e 5 salários mínimos, que compreende 77.41% do total de pessoas de 10 anos ou mais com rendimentos.

TABELA 17 - Pessoas ocupadas de 10 anos ou mais, segundo setores de atividade em Rio Claro, em 1970 e 1980

ATIVIDADE	1970	1980	TAXA DE CRESCIMENTO 1970/80
Agropecuária	12.3	7.6	6.7
Indústria	31.0	26.2	114.4
Comércio	11.0	9.4	88.7
Prestação de Serviços	15.9	3.0	107.8
Transporte e Comunicações	12.6	12.1	-13.0
Atividades Sociais	7.8	19.2	94.0
Administração Pública	3.8	6.4	63.1
Outras Atividades	5.5	8.8	-16.1

FONTE: Censos Demográficos de 1970 e 1980.

Atualmente, Rio Claro possui uma nítida função de centro urbano, com uma taxa de urbanização de 94.5%, devido não apenas a um crescimento considerável das suas atividades urbano-industriais, mas também a um acentuado êxodo rural que reduziu

sua população rural em 26.8% durante a década de 70. Sua população que, em 1970, era de 78 040 habitantes, sofreu um crescimento da ordem de 3.51% ao ano, passando, em 1980, a 110 212, crescimento este superior ao experimentado na década anterior, que foi de 3.06% ao ano. Nos anos 70, Rio Claro, seguindo a tendência do interior do Estado como um todo, recebeu um saldo líquido considerável de migrantes. Entre 70 e 80 a imigração superou a emigração em 15 000 a 20 000 pessoas, responsáveis por aproximadamente 40% do crescimento da área durante a década. Dos não-naturais do município aí residentes em 1980, 23.0% eram migrantes recentes e destes praticamente 95% se dirigiram para a área urbana de Rio Claro. Os provenientes de outros Estados eram paranaenses ou nordestinos e, por último, mineiros.

Sua taxa de natalidade manteve-se baixa e praticamente constante nos dez últimos anos, por volta de 24.0 nascidos vivos por mil habitantes. A fecundidade total em 1980 esteve abaixo da média do Estado, ou seja, foi igual a 3.22 filhos por mulher.

Rio Claro, ao longo do tempo, sempre teve uma mortalidade menor do que a do Estado, diferença esta acentuando-se mais no período 1930-1970 e, quando se aproximou da do Estado após 1970, foi devido ao envelhecimento de sua população. O município possuía, de fato, em 1980, 17.5% de pessoas com 50 ou mais anos de idade.

Aparelhado com uma infra-estrutura de saúde de muito bom nível, situa-se em uma sub-região com melhor nível sanitário no Estado. Isto explica a relativamente baixa taxa de mortalidade infantil de 25.8 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos.

. SÃO CAETANO DO SUL<sup>(\*)</sup>

São Caetano do Sul é um município totalmente urbano, situado a apenas 11 km do centro da capital do Estado (Sé). É um dos menores municípios do país em extensão e está hoje praticamente impossibilitado de crescer para os lados, pois se encontra espremido entre as áreas urbanas dos municípios de São Paulo, Santo André e São Bernardo do Campo.

São Caetano apresenta uma certa homogeneidade em sua geografia espacial: possui um comércio espalhado por todos os bairros, exceção feita ao Jardim São Caetano, o bairro "chique", estritamente residencial.

Em termos de infra-estrutura urbana, São Caetano é singular pois todas as ruas são pavimentadas; todas as edificações (residenciais ou comerciais) são servidas por água, luz e esgoto; as escolas estão muito bem distribuídas pelo município, algumas até com uma pequena capacidade ociosa — motivo de orgulho para as lideranças locais e quadros administrativos, pois São Caetano apresenta a menor taxa de analfabetismo do país.

São Caetano emancipou-se do município de Santo André em 1948 através de um plebiscito e, quando aparece pela primeira vez no Censo de 1950, o novo município já registra praticamente 60 mil habitantes. Nessa primeira década de autonomia sua população quase duplica, passando para 114 421 em 1960. A

---

(\*) Extraído de PIERUCCI, Antonio Flávio de Oliveira - Mudança e planejamento social no Estado de São Paulo. Relatório parcial de pesquisa: Perfil sócio-econômico de São Caetano do Sul. São Paulo, CEBRAP, abr. 1985, pp. 1-90.

partir daí esse município, predominantemente industrial e urbano, começa a sofrer uma queda em seu crescimento populacional. De fato, entre 1960 e 1970, cresceu a uma taxa média anual de 2.75% e, na última década, quando vamos encontrar São Caetano em 1980 com uma população de 163 083 habitantes, este crescimento representa apenas uma taxa da ordem de 0.83. A densidade demográfica é muito alta — 10 788.28 habitantes por km<sup>2</sup> — a maior do Estado, sendo que qualquer incremento populacional daqui para frente se revelará extremamente penoso para o município. A natalidade cresceu um pouco entre 1970 e 1980, passando de 24.7 para 26.0 por mil habitantes, e a fecundidade total é de 2.89 filhos por mulher, inferior à média do Estado, igual a 3.44.

Se, por um lado, São Caetano é, dos quatro municípios aqui estudados, o de menor proporção de crianças e adolescentes — 34.3% menores de 20 anos em 1980 —, por outro lado, é onde se observa a maior porcentagem de velhos com 50 anos e mais. Já era assim em 1970, com uma taxa de 13.3% de pessoas já passadas dos 50 anos, e até 1980 esta tendência ao envelhecimento de sua população só fez crescer, atingindo a porcentagem nada desprezível de 17.3%.

A participação relativa dos migrantes recentes na população total de São Caetano é de 25.0% e, do total de migrantes chegados no ABC, apenas 6.8% fixaram residência nesse município. No ABC, a maior parte deles (70.0%) é proveniente da Região Sudeste — em São Caetano representam 71.4% —, diferentemente do município da capital, onde são os nordestinos os que mais a procuram.

São Caetano não só foi o primeiro dos municípios do ABC a ver totalmente urbanizada sua população, como é também

o que aparece com a menor taxa de ocupados no setor secundário, dentre todos os municípios do ABC (Tabela 18).

TABELA 18 - PEA em São Caetano do Sul segundo o setor de atividade - 1970 e 1980

SETOR DE ATIVIDADE	1970	1980	ÍNDICE DE CRESCIMENTO	
			1970	1980
Primário	0.4	0.1	100	36
Secundário	60.2	56.1	100	117
Terciário	39.4	43.8	100	139

FORTE: FIBGE.

É também o município com a maior proporção de pessoas ocupadas no terciário, indicando também uma tendência a um maior crescimento relativo do número de ocupados nesse setor. No ABC é onde vamos encontrar o maior número de empregadores, como também a quase segunda maior taxa de autônomos. São Caetano aparece, portanto, no Censo de 1980 com a menor proporção de assalariados em sua PEA.

O rendimento médio mensal por indivíduo é significativamente mais elevado do que no conjunto da sub-região. Se em todo o ABC a média dos que percebem mais de 5 salários mínimos é de 23.0%, em São Caetano esta faixa salarial abrange 30.0%.

Um reflexo direto destas condições é a relativamente baixa taxa de mortalidade infantil exibida pelo município em 1980, isto é, 29.3 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos.

Apesar de já ser, hoje em dia, o município com o maior terciário do ABC, é bom ter presente que São Caetano é um município-cidade, predominantemente industrial, com mais da metade da sua população economicamente ativa (56.1%) trabalhando no setor secundário, principalmente na indústria de transformação. O ritmo de desenvolvimento das indústrias é que vem ficando menos acelerado, sobretudo pela exigüidade de sua área que constrange a expansão de seu parque industrial. Vêm caindo nos anos recentes, tanto em número de estabelecimentos quanto de pessoal ocupado, as indústrias de produtos de minerais não-metálicos (entre as quais se incluem as fábricas de cerâmica, louças e porcelanas, tradicional atividade do município), as fábricas de material de transporte, as indústrias químicas e as têxteis.

Em compensação, outros ramos continuam a se expandir, como é o caso das indústrias mecânicas, de produtos de madeira, de papel e papelão, de produtos de matérias plásticas, de vestuário e de material elétrico e de comunicação.

## . AVARÉ (\*)

Município paulista — quinto em extensão territorial no Estado — sofreu uma intensa modernização nas duas últimas décadas, sendo que a expansão da pecuária bovina e das atividades de reflorestamento deram o principal impulso à modernização de suas atividades econômicas.

Esse crescimento propiciou a constituição de bairros típicos de trabalhadores volantes na periferia da cidade, já revelando um crescimento econômico desigual que diferencia as classes sociais e aumenta as distâncias econômicas, sociais e até espaciais (como esses bairros de bóias-frias).

Com uma população de 46 918 habitantes, Avaré cresceu, entre 1970 e 1980, a uma taxa média anual de 2.17%, representando certa aceleração se contrastada com a taxa de crescimento da década anterior, que foi de 1.36% ao ano. O êxodo rural na última década foi muito acentuado, como atesta a taxa de -3.07% para o crescimento da população rural. De um índice de urbanização de 78.9% em 1970, passou a 87.6% em 1980, valor muito próximo ao exibido pelo Estado, traduzido por 88.6%. O crescimento de Avaré foi, portanto, devido ao seu crescimento urbano, e se deveu certamente ao componente migratório, uma vez que a natalidade declinou no período, passando de 30.9 para 28.5 nascimentos por mil habitantes, de 1970 a 1980. A taxa de fecundidade total esteve apenas um pouco acima à do Estado, isto é, foi

---

(\*) Extraído de SALES, Teresa - Mudança e planejamento social no Estado de São Paulo. Relatório parcial de pesquisa: Perfil sócio-econômico de Avaré. São Paulo, CEBRAP, abr. 1985, pp. 1-38.

de 3.78 filhos por mulher.

De fato, a proporção de não-naturais em relação ao total da população de Avaré é maior em 1980 (38.7%) do que em 1970 (32.5%). Vale observar ainda que metade destes migrantes de 1980 estão residindo no município há menos de 11 anos, isto é, são de migração recente.

A população de Avaré concentra-se nas faixas etárias mais jovens: 49.2% com menos de 20 anos em 1970, caindo um pouco para 45.1% em 1980.

Avaré começa uma participação econômica mais ativa que estimula a constituição da cidade e sua própria participação econômica, no período da expansão cafeeira. Essa atividade será mais tarde substituída pela pecuária leiteira principalmente nas duas últimas décadas, registrando-se também uma expansão das atividades de reflorestamento. Na década de 70 acontece uma intensificação da atividade pecuária mais que sua expansão — o número de estabelecimentos cresce pouco (14.3%), bem como o número de vacas ordenhadas (9.5%). No entanto, a quantidade de leite produzido cresce significativamente — 42.8%.

Esse processo de intensificação das atividades econômicas da pecuária leiteira e mesmo do reflorestamento incorpora e se integra aos padrões mais modernos de desenvolvimento, incentivando, por outro lado, as atividades urbanas. Destacam-se a indústria (a Staroup, Melita, Laticínios Paulista), o comércio e ainda o turismo que é também muito valorizado pela população local.

A composição da população economicamente ativa confirma esse processo de modernização e desenvolvimento urbano, in

dicando um decréscimo de 15.2% entre 1970 e 1980 na população ocupada nas atividades agropecuárias (Tabela 19). Essa mudança ocorre em sua organização, estrutura produtiva e técnicas de cultivo, não significando diminuição da importância dessas atividades. Temos ainda que a administração pública, a indústria, o comércio e a prestação de serviços são os setores com as maiores taxas de crescimento.

TABELA 19 - Pessoas ocupadas de 10 anos ou mais e taxa de crescimento da população ocupada, segundo setores de atividades entre 1970 e 1980, em Avaré

ATIVIDADE	1970	1980	TAXA DE CRESCIMENTO 1970/80(em %)
Agropecuária	34.7	21.3	- 15.2
Indústria	18.0	24.0	84.1
Comércio	9.0	12.2	85.7
Prestação de Serviços	17.4	21.9	72.9
Transporte e Comunicações	6.4	3.7	- 20.6
Atividades Sociais	7.1	7.9	52.4
Administração Pública	3.2	4.7	103.7
Outras Atividades	4.2	4.3	46.6
TOTAL	-	-	37.9

FONTE: Censos Demográficos de 1970 e 1980

Avaré é um município caracteristicamente rural que desenvolveu seu núcleo urbano em função, principalmente, das atividades agropecuárias de uma indústria incipiente, ao lado de algumas atividades ligadas ao terciário, destacando-se aí a prestação de serviços.

Essa realidade caracteristicamente rural propõe uma renda média mensal inferior a outros municípios que tenham

um parque industrial mais diversificado. 56.2% da população de Avaré ganham no máximo até 1 1/2 salários mínimos por mês, e, na verdade, Avaré não faz mais que confirmar as péssimas condições de distribuição de renda do país. Isto está refletido na taxa de mortalidade infantil que ainda em 1980 atingia o valor de 77.3 óbitos de menores de um ano para cada mil nascidos vivos, bastante superior à do Estado.

. ITARARÉ<sup>(\*)</sup>

Pertencendo à microrregião de Campos de Itapetininga, com uma população de 37 763 em 1980, é o terceiro município mais populoso da microrregião.

Esta terceira colocação faz de Itararé uma espécie de cidade média, funcionando como uma capital regional para onde convergem alguns assuntos administrativos, judiciais, comerciais e mesmo culturais. Apenas Itararé e Itaporanga possuem um Fórum, sendo que a promotoria com residência em Itararé; os habitantes das cidades vizinhas vão até lá comprar adubos, defensivos, sementes; questões de crédito rural são tratadas no Banco do Brasil de Itararé. Os meios de comunicação, como programas de rádio, são produzidos no município e irradiados para toda a região.

O crescimento da população do município, da ordem de 2.1% ao ano na última década, é o resultado de um aumento da população urbana que, crescendo a 4.50% ao ano, passa a representar 64.5% da população total em 1980, enquanto que em 1970 representava 51.4%. Em outras palavras, a população rural cresceu a uma taxa negativa de 1.01% ao ano, nos últimos dez anos, isto é, o campo perdeu população. Essa realidade é fruto de uma modernização dos métodos de cultivo no campo, bem como de uma ou da rápida especialização da região — e Itararé em especial — durante a década de 70, no cultivo soleiro do feijão. A força de a-

---

(\*) Extraído de SALES, Teresa - Mudança e planejamento social no Estado de São Paulo. Relatório Parcial de Pesquisa: Perfil sócio-econômico de Itararé. São Paulo, CEBRAP, abr. 1985, pp. 1-37.

tração das atividades urbanas é menor que esses fatores de expulsão do campo.

O papel significativo que a imigração representou no crescimento do município pode ser apreciado pelos 36.1% e 38.7% de população de não-naturais que os censos detectaram em 1970 e 1980, respectivamente. E destes, 54.4% em 1970 e 50.9% em 1980, eram de imigração recente, isto é, de pessoas há no máximo 10 anos na cidade.

A desaceleração que Itararé sofreu na sua taxa de crescimento de 1960/1970 e 1970/1980, ou seja, passando de 2.68% a 2.16% ao ano, respectivamente, se deveu, além do saldo migratório, a um certo declínio na natalidade que passou de 32.7 a 31.2 nascimentos vivos por mil habitantes. O Censo de 1980, entretanto, vai encontrar Itararé com uma taxa de fecundidade total da ordem de 4.36 filhos por mulher, acima da média do Estado, estimada em 3.44. Como decorrência destes níveis, a população de Itararé é bastante jovem, com quase 50% de menores de 20 anos de idade.

O município de Itararé é responsável por aproximadamente 40% do feijão produzido no Estado de São Paulo, e consolidou essa posição na década de 70 devido, principalmente, às novas políticas de incentivo à agricultura — crédito, seguro rural, insumos, programas de extensão rural, novas variedades de sementes, etc.

Itararé conserva, de 1970 para 1980, praticamente a mesma quantidade de área dos estabelecimentos, bem como das terras produtivas. Ocorre um remanejamento de terras quanto à sua utilização, com decréscimo das pastagens e matas naturais em favor das pastagens e matas plantadas e das lavouras temporá-

rias. A consolidação da cultura do feijão da década de 70 incentivou as lavouras temporárias que ocupam em 1980 o primeiro lugar em relação ao total das terras produtivas com 24.1%.

A especialização de Itararé no cultivo do feijão, em continuidade a uma tradição de lavouras temporárias, tem como contrapartida uma estrutura fundiária com forte predomínio da pequena produção. De outro lado, existe uma concentração de terras que até se acentua entre os anos de 1970 e 1980. Essa concentração de terras se deve muito à expansão das atividades de reflorestamento do município. Esta atividade fez com que os trabalhadores volantes viessem para a cidade, aumentando a população da periferia e dos bairros pobres.

O cultivo do feijão e o reflorestamento que também se situa sobretudo ao lado agrícola do complexo — fornecimento de matéria-prima à indústria — são as principais atividades econômicas e as atividades propriamente industriais são insignificantes em Itararé.

Isto acaba por definir esse município como essencialmente rural e a população ocupada no setor agropecuário sofre apenas uma pequena redução de 47% (1970) para 39% (1980), resultado das transformações nas relações de produção do campo (Tabela 20). O cultivo do feijão, baseado principalmente nas pequenas e médias propriedades rurais, emprega fundamentalmente a mão-de-obra familiar e temporária.

O segundo setor em importância passa a ser, em 1980, a indústria com 18% da PEA, mesmo que ainda em uma fase bastante incipiente. Em 1979 a indústria de transformação contava com 31 estabelecimentos que empregavam 489 pessoas.

TABELA 20 - Pessoas ocupadas segundo setores de atividade em Itararé em 1970 e 1980

ATIVIDADES	1970 (%)	1980 (%)
Agropecuária	47.0	39.0
Indústria	13.0	18.0
Comércio	6.8	9.8
Prestação de Serviços	13.3	16.6
Transporte e Comunicações	8.2	5.7
Atividades Sociais	5.6	5.4
Administração Pública	1.5	3.3
Outras atividades	4.4	2.2

FONTE: Censos Demográficos de 1970 e 1980.

Esse caráter essencialmente rural de Itararé interfere decisivamente na distribuição da renda e o coloca, dentre todos os municípios estudados, como o que apresenta a mais baixa renda mensal.

A maior proporção de pessoas no município está na faixa de rendimento de 1/2 a 1 salário mínimo (23.2%), sendo que se agregarmos as faixas até 1 1/2 SM temos 62.0% da população com esse baixíssimo rendimento médio mensal. Um indicador das precárias condições de vida é a taxa de mortalidade infantil, a mais alta dos quatro municípios aqui estudados, que atingiu em 1980 o valor de 80 óbitos de menores de um ano para 1 000 nascidos vivos, enquanto para o Estado esta taxa foi de 51.2 por mil.

TABELA 21 - População residente por grupos de idade, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1980

GRUPOS DE IDADE (Em Anos)	AVARÉ	ITARARÉ	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL
0 - 4	12.3	13.2	11.2	9.2
5 - 9	11.2	12.7	10.2	7.6
10 - 14	10.7	12.0	9.8	7.5
15 - 19	10.9	11.4	10.6	10.0
0 - 19	45.1	49.3	41.8	34.3
20 - 24	9.5	9.0	9.8	11.9
25 - 29	8.2	7.4	7.9	10.4
30 - 39	12.2	11.2	12.6	14.7
40 - 49	9.8	8.9	10.1	11.4
50 - 59	7.3	6.7	8.5	9.3
60 e mais	7.8	7.5	9.0	8.0
50 ou mais	15.1	14.2	17.5	17.3

FONTE: Censo Demográfico de 1980.

TABELA 22 - Pessoas de 10 anos ou mais, economicamente ativas, por rendimento médio mensal, em quatro municípios do Estado de São Paulo, 1980

FAIXAS DE SALÁRIO (Unidade: Salário Mínimo)	AVARÉ	ITARARÉ	RIO CLARO	SÃO CAETANO DO SUL	ESTADO SÃO PAULO
Até 1/2 SM	12.3	17.5	8.3	1.6	6.9
Mais de 1/2 a 1 SM	21.7	23.2	16.6	5.7	13.9
Mais de 1 a 1 1/2 SM	22.7	21.3	20.0	23.0	30.3
Mais de 1 1/2 a 2 SM	9.8	10.2	12.2		
Mais de 2 a 3 SM	11.5	10.6	14.7	15.7	15.8
Mais de 3 a 5 SM	11.2	8.7	13.8	21.6	15.7
Mais de 5 a 10 SM	7.4	5.3	9.3	19.2	10.4
Mais de 10 a 20 SM	2.5	2.2	3.5	8.1	4.3
Mais de 20 SM	0.9	1.0	1.5	2.7	2.1

FONTE: Censo Demográfico de 1980.